Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Marcadores da desigualdade na autoavaliação da
saúde geral e da saúde bucal de adultos no Brasil em
2013**

Jailson Lopes de Sousa

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Epidemiologia para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Zilda Pereira da Silva

São Paulo
2019

Marcadores da desigualdade na autoavaliação da saúde geral e da saúde bucal de adultos no Brasil em 2013

Jailson Lopes de Sousa

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Zilda Pereira da Silva

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sousa JL. Marcadores da desigualdade na autoavaliação da saúde geral e da saúde bucal de adultos no Brasil em 2013 [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2019.

ERRATA

Página ou folha	Onde se lê	Incorpore-se a referência
Numeração sequencial (oculta) para referência: [p. 6]	RESUMO	Sousa JL. Marcadores da desigualdade na autoavaliação da saúde geral e da saúde bucal de adultos no Brasil em 2013 [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2019.
Numeração sequencial (oculta) para referência: [p. 7]	ABSTRACT	Sousa JL. Markers of inequality in the self-assessment of general health and oral health of adults in Brazil in 2013 [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2019. Portuguese.

Aos meus pais, por minha formação humana, baseada na verdade e respeito ao próximo.

Aos meus irmãos, que são espelhos de vida, onde sempre busco força, coragem e inspiração.

Aos meus sobrinhos, que representam a continuidade do espírito da nossa família.

Agradecimentos

Ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em especial à Unidade Estadual de Pernambuco, que através de sua política de qualificação dos seus servidores, proporcionou o meu afastamento das atividades profissionais e as condições ideais para a realização deste doutorado.

À Zilda, minha orientadora nessa jornada, pela acessibilidade, confiança e inestimável contribuição na minha formação enquanto pesquisador e docente, bem como na construção desta tese. Foi minha fonte de tranquilidade nos momentos de angústia e incerteza e parceira nas alegrias.

À Susana Silva, minha orientadora durante o período de mobilidade internacional no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), pelos saberes construídos durante a disciplina “Saúde e Sociedade” e durante a realização do primeiro artigo desta tese, além do compromisso com a minha formação acadêmica.

À coordenação, docentes e funcionários do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia desta faculdade, pelo comprometimento com a excelência do programa e dos seus egressos.

À CAPES pelo suporte financeiro por meio do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior (Processo nº 88881.134588/2016-01), ao qual esta tese está vinculada.

À Ana Henriques, pesquisadora do ISPUP, pela ótima convivência e parceria na realização do primeiro artigo desta tese.

Aos docentes, colegas e funcionários do ISPUP e dos amigos que fiz durante a vivência na cidade do Porto, Portugal.

Aos professores Leopoldo Antunes e Gizelton Alencar pelas importantes contribuições na realização do segundo artigo que compõe esta tese.

Ao professor José Alcides Figueiredo Santos, sociólogo brasileiro, pela disponibilização da sintaxe de comandos para a construção da variável classe social utilizada neste estudo.

Aos integrantes do grupo de pesquisa “Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos”, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos Professores da Banca Examinadora, pela disponibilidade para leitura crítica da tese e pelas importantes contribuições.

À Wilson Gomes, Afonso Novaes, Samuel Soares, Claydon Freitas, Gevson Andrade, Phillipe Joaquim, Mario Albuquerque, Rafael Haeffner e Jaqueline Lima pela amizade e suporte em todas as fases.

A todos que contribuíram para a concretização deste sonho.

Apresentação

A presente pesquisa é fruto do desenvolvimento do doutorado no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, iniciado em março de 2015, sob orientação da Prof^a Dr^a Zilda Pereira da Silva. Destaco na minha trajetória acadêmica o período de formação no Instituto de Saúde Pública da Faculdade de Medicina, da Universidade do Porto, Portugal (mar/2017-fev/2018), sob supervisão da Prof^a Dr^a Susana Silva, onde fui bolsista do Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Ministério da Educação do Brasil.

Esta tese é apresentada na forma de coletânea de artigos e está organizada em cinco seções: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Discussão e Considerações Finais.

Na introdução é apresentado o referencial teórico que orientou a delimitação do objeto de pesquisa, que foi estudar a relação dos marcadores de desigualdade em saúde, com destaque para a posição socioeconômica, e a autoavaliação da saúde geral e bucal da população adulta brasileira em 2013.

Nas seções que compõem o desenvolvimento da tese são explicitados os objetivos geral e específicos da investigação. Nos Métodos, são descritas as escolhas metodológicas do estudo, bem como os conceitos que orientaram a análise dos dados. A apresentação, análise e discussão dos resultados são sistematizadas em dois artigos, já submetidos à publicação nos Cadernos de Saúde Pública, de acordo com cada um dos dois desfechos estudados.

Artigo 1 – Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal de adultos no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (CSP_0995/18 – Em revisão);

Artigo 2 – Marcadores da desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo (CSP_2303/18 – Em avaliação).

Nas Considerações Finais são destacados os principais achados dos dois artigos e as possíveis contribuições do estudo.

A lista de referências bibliográficas que compõe cada seção do corpo da tese é apresentada ao final de cada seção. Os anexos são apresentados ao final da mesma.

Resumo

O objetivo do estudo foi analisar a relação dos marcadores de desigualdade em saúde, com destaque para a posição socioeconômica, com a autoavaliação da saúde bucal e da saúde geral da população adulta brasileira em 2013. Estudaram-se 59.758 indivíduos com 18 anos ou mais de idade, que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, um inquérito domiciliar de base populacional. As variáveis dependentes do estudo foram a autoavaliação da saúde bucal (dentes e gengivas) e autoavaliação da saúde geral, sendo ambas analisadas como positiva, regular e negativa. As variáveis independentes foram os marcadores de desigualdade em saúde (cor ou raça, região de residência, nível de escolaridade completo, renda domiciliar *per capita* e classe social). Odds ratios (OR) brutos e ajustados e intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram calculados usando modelos de regressão logística multinomial. Os resultados referentes à autoavaliação da saúde geral foram estratificados segundo o sexo. A prevalência da autoavaliação de saúde bucal positiva foi 67,4%, 26,7% para regular e 5,9% para negativa, enquanto para a saúde geral foram 66,2%, 28,0% e 5,8%, respectivamente. As mulheres avaliam pior sua saúde geral do que os homens. Após ajuste pelas variáveis de controle, as chances de autoavaliar a saúde bucal como negativa foi significativamente mais elevadas entre os indivíduos com renda domiciliar *per capita* de até um salário mínimo (OR=4,71; IC95%: 2,84-7,83), sem escolaridade (OR=3,28; IC95%: 2,34-4,61), da classe social destituídos de ativos (OR=3,03; IC95%: 2,12-4,32) e residentes da região nordeste (OR=1,50; IC95%: 1,19-1,89). Em relação à autoavaliação da saúde geral nos homens, as chances de avaliar pior foram significativamente mais elevadas entre os indivíduos de menor renda domiciliar *per capita*, com pior nível de escolaridade, pessoas fora da força de trabalho, moradores das regiões Nordeste e Norte e que se declararam pardos e pretos. Enquanto nas mulheres, as chances de avaliar pior seu estado de saúde geral foram maiores entre as de pior nível de escolaridade, menor renda domiciliar *per capita*, que se encontravam fora da força de trabalho, que se declararam não brancas e moradoras das regiões Nordeste e Norte do país. A tipologia de classe social utilizada neste estudo foi válida para capturar desigualdades na autopercepção da saúde bucal e da saúde geral de adultos, à semelhança da renda domiciliar *per capita* e da escolaridade, com diferenciais apenas na força de associação, a depender do desfecho e do sexo. A compreensão da relação dos marcadores de desigualdade da autoavaliação da saúde bucal e da saúde geral pode levar ao melhor direcionamento de políticas públicas para grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde que persistem no Brasil.

Descritores: Autoavaliação; Saúde bucal; Disparidades nos níveis de saúde; Condições sociais; Sexo; Grupos étnicos; Escolaridade; Renda; Classe social; Inquéritos epidemiológicos.

Abstract

The objective of the study was to analyze the relationship between health inequality markers, with emphasis on the socioeconomic position, with the self-assessment of oral health and general health of the Brazilian adult population in 2013. A total of 59,758 individuals aged 18 years and older participated in the National Health Survey 2013, a population-based household survey. The dependent variables on the study were self-assessment of oral health (teeth and gums) and self-assessment of general health, both of which were analyzed as positive, regular and negative. The independent variables were the markers of health inequality (color or race, residence area, education, per capita household income and social class). Crude and adjusted odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95% CI) were computed using multinomial logistic regression models. Results regarding general self-rated health were stratified by gender. The prevalence of self-assessment of positive oral health was 67.4%, 26.7% for regular and 5.9% for negative, while for general health were 66.2%, 28.0% and 5.8%, respectively. Women evaluate their overall health worse than men. After adjustment, the probability of rating their oral health as negative was significantly higher among individuals with a *per capita* household income up to a minimum wage (OR=4.71, 95%CI: 2.84-7.83), no schooling (OR=3.28, 95%CI: 2.34-4.61), of the social class devoid of assets (OR=3.03, 95%CI: 2.12-4.32) and living in the northeast region (OR=1.50, 95%CI: 1.19-1.89). Regarding the self-assessment of general health in men, the odds of evaluating worse were significantly higher among individuals with lower per capita household income, with lower educational level, people outside the work force, residents of the Northeast and North regions, and declared themselves brown and black. While in women, the chances of a worse evaluation of their general health status were higher among those with the lowest level of schooling, lower per capita household income, who were outside the work force, who declared themselves as nonwhites and residents of the Northeast and North regions of the country. The social class typology used in this study was valid to capture inequalities in self-perception of oral health and general health of adults, similar to per capita household income and education, with differentials only in strength of association, depending on the outcome and gender. Understanding the relationship between the inequality markers of oral health self-assessment and general health can lead to improvement of public policies to vulnerable social groups, contributing to the reduction of health inequities that persist in Brazil.

Key-words: Self-assessment; Oral health; Health status disparities; Social conditions; Sex; Ethnic Groups; Education; Income; Social class; Health surveys.

SUMÁRIO

Apresentação

Resumo

Abstract

1	INTRODUÇÃO	15
	1.1 Determinantes Sociais de Saúde	15
	1.2 Marcadores de Desigualdade em Saúde	18
	1.2.1 Sexo/gênero	20
	1.2.2 Idade	23
	1.2.3 Cor ou raça	24
	1.2.4 Região de residência	27
	1.2.5 Escolaridade	30
	1.2.6 Renda	32
	1.2.7 Classe social	33
	1.3 Autoavaliação da saúde geral	40
	1.3.1 Conceito	40
	1.3.2 Modelos teórico e analítico	43
	1.3.4 Aspectos epidemiológicos	45
	1.4 Autoavaliação da saúde bucal	47
	1.4.1 Conceito	47
	1.4.2 Modelos teórico e analítico	48
	1.4.4 Aspectos epidemiológicos	52
	Referências	55
2	OBJETIVOS	67
	2.1 Objetivo Geral	67
	3.2 Objetivos Específicos	67
3	MÉTODOS	68
	3.1 Desenho de estudo e fonte de dados	68

3.2	Área e população de estudo	70
3.3	Variáveis de estudo	71
3.3.1	Variáveis do Artigo 1	71
3.3.2	Variáveis do Artigo 2	74
3.4	Análise de dados	75
3.5	Aspectos Éticos	76
	Referências	77
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1	Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde	80
4.2	Marcadores da desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo	99
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
	Referências	126
	Anexos	
	Currículo Lattes	

Lista de Figuras, Tabelas e Quadro

Lista de Figuras

Figura 1	Modelo teórico da determinação da autoavaliação da saúde geral	44
Figura 2	Modelo analítico da autoavaliação da saúde geral	45
Figura 3	Modelo teórico da determinação da autoavaliação da saúde bucal	50
Figura 4	Modelo analítico da autoavaliação da saúde bucal	51

Lista de Tabelas

Artigo 1

Tabela 1	Caracterização da população de estudo (n=59.758) segundo variáveis investigadas e categorias da autoavaliação de saúde bucal, Brasil, 2013	94
Tabela 2	<i>Odds Ratios</i> (OR) brutos e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal, Brasil, 2013	96
Tabela 3a	<i>Odds Ratios</i> (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal, Brasil, 2013	97
Tabela 3b	<i>Odds Ratios</i> (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal, Brasil, 2013	98

Artigo 2

Tabela 1	Caracterização da população de estudo (n=59.758) segundo variáveis investigadas e categorias da autoavaliação de saúde, Brasil, 2013 (Artigo 2)	115
Tabela 2	<i>Odds Ratios</i> (OR) brutos e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde da população adulta do Brasil, 2013 (Artigo 2)	117
Tabela 3	<i>Odds Ratios</i> (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição	118

socioeconômica e autoavaliação de saúde estratificada por sexo, Brasil, 2013 (Artigo 2)

Tabela 4a	<i>Odds Ratios</i> (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) das variáveis de posição socioeconômica entre si e autoavaliação de saúde estratificada por sexo, Brasil, 2013 (Artigo 2)	119
Tabela 4b	<i>Odds Ratios</i> (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) das variáveis de posição socioeconômica entre si e autoavaliação de saúde estratificada por sexo, Brasil, 2013 (Artigo 2)	120

Anexo

Tabela	Critérios operacionais da Classificação Socioeconômica para o Brasil de Figueiredo Santos (2013) e estimativa de distribuição na população adulta, Brasil, 2013	129

Lista de Quadro

Quadro	Módulos do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), IBGE, 2013	128

Siglas Utilizadas

AAS	Amostragem Aleatória Simples
CDC	Centro de Controle e Prevenção de Doenças, USA
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, Brasil
CNEF	Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos
COD	Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPP	Domicílios Particulares Permanentes
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EPA	Efeito de Plano Amostral
ESS	<i>European Social Survey</i>
EU-SILC	<i>EU Statistics on Income and Living Conditions</i>
EWCS	<i>European Working Conditions Survey</i>
IADR	<i>International Association for Dental Research</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo com 95% de confiança
ISSP	<i>International Social Survey Programme</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds ratio</i>
PDA	<i>Personal Digital Assistant</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento Econômico
SB Brasil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SB Minas Gerais	Pesquisa de condições de saúde bucal da população mineira
SC	Santa Catarina, Brasil

SIPD	Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares, IBGE
TCLE	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
TX	Texas, USA
UF	Unidade da Federação
UPA	Unidade Primária de Amostragem
USA	<i>United States of America</i>

1 INTRODUÇÃO

1.1 Determinantes Sociais de Saúde

As desigualdades em saúde são diferenças sistemáticas no estado de saúde entre grupos populacionais causados pela exposição real aos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)¹. Denomina-se iniquidades em saúde quando estas desigualdades entre grupos populacionais além de serem sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias². As iniquidades em saúde provocam custos sociais e econômicos significativos tanto para os indivíduos quanto para as sociedades³.

Apesar das ações na tentativa de reduzi-las, as desigualdades em saúde são reflexos das condições de acesso desproporcional aos recursos materiais ou simbólicos, devido às divisões sociais existentes internamente e entre os países⁴. Há evidências que o estado de saúde dos indivíduos diminui continuamente ao longo do que é chamado de gradiente social em saúde⁵.

Por outro lado, equidade em saúde se refere a um estado caracterizado pela ausência dessas desigualdades sistemáticas em saúde, sendo usualmente referido em termos de aspiração, devido à impossibilidade de eliminá-las por completo. Assim, o objetivo das ações, programas e políticas deve ser direcionado para reduzi-las a um nível mínimo¹. Dessa forma, equidade em saúde é um conceito ético, fundado no princípio da justiça distributiva⁶.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁷, “os DSS estão relacionados às desigualdades em saúde, uma vez que as desigualdades em saúde tendem a advir das desigualdades sociais” (p. 13, tradução nossa).

A Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, implantada em março de 2005, afirma que as desigualdades na saúde surgem devido às circunstâncias em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem⁷, estando relacionadas com vários desfechos como morbidade^{8,9}, mortalidade¹⁰ e medidas de saúde física e mental^{4,11}.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) do Brasil foi criada em março de 2006, sendo o primeiro país do mundo a criar sua comissão nacional, define os DSS como as características socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade que influenciam as condições de vida e trabalho de todos seus integrantes, a partir da interrelação das condições socioeconômicas, culturais e ambientais, condições de vida e trabalho, redes sociais e comunitárias e estilos de vida individuais¹². A CNDSS destaca, em seu relatório final de 2008, que a intervenção sobre os mecanismos de estratificação social é das mais cruciais para o enfrentamento das iniquidades em saúde, incluindo-se políticas que diminuam as diferenças sociais como as relacionadas ao mercado de trabalho, à educação e à seguridade social¹³.

No campo da saúde bucal, em 2009, foi criada a rede de pesquisa Desigualdades Globais de Saúde Bucal, sob a direção da *International Association for Dental Research (IADR)*. O objetivo da rede é estimular, promover e fomentar a pesquisa sobre as desigualdades globais em saúde bucal, preferencialmente por meio da colaboração interdisciplinar entre pesquisadores interessados em desigualdades globais em saúde bucal¹⁴.

Para o monitoramento das desigualdades em saúde são necessários dois tipos de dados: dados sobre saúde e dados que descrevam uma determinada dimensão da desigualdade no território, como riqueza, educação, região ou sexo. As fontes desses dados podem ser de base populacional, de base institucional ou de ambos, constituindo neste último caso, um sistema de vigilância das desigualdades em saúde considerado de terceira geração de fonte de dados⁷.

As associações de posição socioeconômica e saúde são tão fortes que vários pesquisadores propuseram a hipótese de que a posição social pode, de fato, ser a causa fundamental da saúde^{4,7,15}. Também é relevante saber que a saúde é afetada não apenas pela posição socioeconômica atual do indivíduo, mas também pela posição socioeconômica durante a infância, ou seja, as origens sociais^{16,17}. Possíveis mecanismos da influência da posição socioeconômica dos pais aos filhos incluem estresse causado por insegurança financeira, nível de acesso a recursos materiais e aquisição de diferentes conjuntos de comportamentos de saúde e estilo de vida dos pais, como por exemplo, o tabagismo, o padrão alimentar e a prática de atividade física^{16,17}.

As desigualdades sociais em saúde refletem a desigualdade multidimensional e interativa de variáveis como escolaridade, renda, classe social e outros indicadores de posição socioeconômica. Essas desigualdades variam entre países e regimes de bem-estar social¹⁵.

Pessoas com posição socioeconômica desfavorável têm, em média, pior saúde e morrem mais jovens do que aquelas em posição privilegiada^{18,19}. Além de que, à medida que se piora a condição social, os fatores de proteção são menos freqüentes e o acesso a cuidados médicos e medidas preventivas é menor²⁰.

Embora a medição das desigualdades socioeconômicas em saúde seja relativamente comum²², na saúde bucal ela é pouco investigada²². A determinação social na saúde bucal é uma questão de fundamental importância para a saúde pública devido à alta carga de problemas dentários, principalmente nos grupos sociais menos favorecidos²³⁻²⁷, bem como o impacto negativo que estes problemas representam na saúde geral e qualidade de vida dos indivíduos²⁸.

Segundo dados da OMS, em termos globais, 60 a 90% das crianças em idade escolar e aproximadamente 100% dos adultos possuem cavidades dentárias; doença periodontal severa é encontrada entre 15 a 20% nos adultos de 35 a 44 anos; em torno de 30% das pessoas entre 65 e 74 anos de idade não possuem dentes naturais; doenças bucais em crianças e adultos são mais elevadas nos grupos populacionais em desvantagem social; fatores de risco para doenças bucais incluem alimentação não saudável, uso do tabaco, consumo frequente de álcool, precária higiene bucal e desfavorável posição socioeconômica²⁹.

Em relação aos países desenvolvidos, nas últimas décadas, a carga de problemas dentários tem diminuído constantemente para toda a população. No entanto, um conjunto robusto e consistente de evidências demonstra que a carga de doenças está distribuída de forma desigual entre os grupos socioeconômicos, mesmo nestes países: os indivíduos na extremidade inferior da escala socioeconômica têm um fardo mais elevado de problemas dentários, em comparação com aqueles que estão em melhor situação³⁰.

Os países de baixa e média renda compreendem dois terços da população mundial⁷. Houve indícios de um aumento recente e acentuado da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) nesses países e as doenças bucais compartilham fatores de risco comuns com muitas outras DCNT. Espera-se que as associações entre desigualdade socioeconômica e saúde bucal sejam agravadas em países de baixa e média renda, onde a pobreza extrema é mais comum e os sistemas de saúde bucal apresentam subfinanciamento³¹.

1.2 Marcadores de Desigualdade em Saúde

Existe consenso na literatura em reconhecer os aspectos socioeconômicos das populações como os principais determinantes da saúde e um papel de menor destaque para os serviços de saúde³². Indivíduos de menor nível socioeconômico geralmente apresentam risco aumentado de morbidade e mortalidade prematura^{5,10,33-35}.

Várias medidas de estratificação social têm sido utilizadas em estudos epidemiológicos, não havendo um único indicador ideal para todas as investigações e contextos^{36,37}. Essas medidas podem ser operacionalizadas em múltiplos níveis de análise: individual, domiciliar, comunitário, regional, nacional e até mais amplos³⁷. As mais utilizadas em pesquisas empíricas são: educação; renda e riqueza; ocupação e desemprego; posse de casa, condições de habitação e amenidades domésticas. Também são propostos indicadores compostos, indicadores de curso de vida e medidas em nível de área^{36,37}.

Os aspectos capturados por essas medidas e os caminhos pelos quais elas afetam a saúde são provavelmente diferentes, seja como a exposição principal ou como fator de mediação e confundimento. Além de que, os processos de mensuração e interpretação para alguns indicadores podem ser consideravelmente diferentes entre países de alta renda quando comparados com os de baixa e média renda³⁷. Dentre as variáveis clássicas utilizadas na definição da posição socioeconômica, as mais comuns são a escolaridade, renda e ocupação^{19,36-39}.

Sabe-se que os indicadores de posição socioeconômica não são necessariamente intercambiáveis, pois há diferenças nas suas associações com os desfechos de saúde^{36,37,40}. Há riscos de perda de informações relevantes para estratificação social quando se utiliza apenas um indicador como medida de posição socioeconômica¹⁹. Assim, estudos que utilizam um conjunto de variáveis a fim de entender as desigualdades em saúde são mais robustos^{32,36,41}.

É importante destacar a relação estreita que existe entre os vários indicadores de posição socioeconômica¹⁹. A escolaridade, classe social e renda são estreitamente relacionadas, pois a escolaridade está associada à posição ocupacional, que por sua vez está associada à renda⁴². Além disso, a desvantagem socioeconômica tende a se acumular ao longo da vida, tanto entre os estratos socioeconômicos quanto dentro deles⁴³.

Estudos identificaram que as desigualdades sociais em saúde variam entre grupos populacionais segundo o gênero, idade, indicador de posição socioeconômica e o desfecho em saúde^{44,45}. Por exemplo, a classe social foi mais sensível para captar diferenças socioeconômicas na mortalidade do que a educação⁴⁶. Já a escolaridade esteve mais fortemente associada à mortalidade por causas não relacionadas às doenças cardiovasculares e câncer⁴⁶ e mais forte preditor de diabetes⁴⁷. Enquanto diferenças na renda estiveram mais associadas à mortalidade por todas as causas⁴⁷.

A percepção da saúde pelos indivíduos depende de suas características socioeconômicas⁴⁸. Fatores materiais, psicossociais e comportamentais são identificados como elementos-chave na explicação das desigualdades na saúde autopercebida^{49,50}. Uma revisão sistemática das evidências científicas nomeia os elementos materiais como sendo os principais determinantes da autopercepção da saúde, tanto por sua ação direta, bem como seu efeito indireto através dos fatores psicossociais e comportamentais⁵¹.

De forma semelhante, indivíduos economicamente desfavorecidos tendem a sofrer maiores impactos negativos dos problemas com seus dentes, boca ou próteses dentárias, relatar maior perda de elementos dentários e pior saúde autorreferida do que os indivíduos em melhores condições econômicas^{23-25,52,53}.

1.2.1 Sexo/Gênero

Krieger⁵⁵, em *A glossary for social epidemiology*, discute diferenças nos conceitos de gênero, sexismo e sexo. Gênero é uma construção social baseada em convenções, papéis e comportamentos vinculados à cultura e na relação social entre homens e mulheres. Sexismo envolve relações de gênero desiguais e vincula-se às práticas institucionais e interpessoais em que membros dos grupos de gênero dominantes (tipicamente homens) acumulam privilégios subordinando outros grupos de gênero (tipicamente mulheres), justificando essas práticas através de ideologias de superioridade inata, diferença ou desvio. Já sexo, é um constructo biológico baseado em características sexuais secundárias, gônadas ou cromossomos sexuais, incluindo as categorias: masculino, feminino, intersexual (com características sexuais masculinas e femininas) e transexuais (pessoas que se submeteram a intervenções cirúrgicas e/ou hormonais para reatribuir seu sexo).

Embora a biologia desempenhe um papel nas diferenças de saúde entre homens e mulheres, as desigualdades sociais respondem especialmente pela gênese dessas diferenças⁵⁴. Denton, Prus e Walters⁵⁶ afirmam que o gênero expressa diferenças biológicas e sociais no perfil de saúde, provavelmente devido a diferentes níveis de exposição e vulnerabilidade a fatores de risco ou proteção observada entre homens e mulheres nas sociedades⁵⁷.

A definição de papéis e estereótipos de gênero começa cedo, com a socialização de meninas e meninos, continua no curso da vida e resulta em desigualdades de gênero no poder e na divisão desigual do trabalho remunerado e não remunerado. A incorporação destes papéis sociais gera consequências para mulheres e homens. O domínio sistemático das mulheres pelos homens restringe o acesso a privilégios e recursos sociais e de emprego para as mulheres, aumentando sua responsabilidade no trabalho doméstico e não remunerado, com consequências para seu estado de saúde⁵⁸. Por outro lado, o desenvolvimento e a manutenção de uma identidade masculina dominante promovem a aquisição de riscos para a saúde, contribuindo para a mortalidade prematura entre os homens em comparação com as mulheres^{55,59}. Dessa forma, justifica-se a abordagem de gênero como a primeira das desigualdades sociais em saúde^{32,58,60,61}.

As desigualdades de saúde segundo o gênero podem ser explicadas por diferenças na posição socioeconômica ocupadas por homens e mulheres na sociedade. Várias são as constatações a este respeito: diferenças de renda entre os gêneros, resultando em pensões mais baixas quando idosas; acesso limitado a mercados de trabalho; atividades menos valorizadas e menos cargos de gestão ocupados por mulheres^{58,62,63} e diferenças na distribuição do trabalho remunerado e não remunerado entre os gêneros, com predominância das mulheres neste último^{58,64}.

A partir de um olhar macro, as desigualdades de gênero também têm sua origem em questões políticas, em que mulheres têm menos oportunidades de ser socialmente e politicamente ativas, com menos chances de influenciar leis e políticas, havendo um favorecimento dos interesses e influências dos homens na manutenção das desigualdades de gênero⁶⁵. Cabe destacar que a diferença de poder entre homens e mulheres também é percebida em pequenas escalas, como por exemplo, em comunidades⁵⁸.

As desigualdades sociais em saúde segundo o gênero se reproduzem sob vários mecanismos. Um estudo comparando resultados dos quatro principais inquéritos populacionais sobre as condições de vida na Europa identificou desigualdades de classe ocupacional entre homens e mulheres entre os 35 países analisados, sendo as desigualdades maiores para mulheres que vivem nas regiões da Europa Oriental, Central e Países Bálticos⁶⁶.

Em relação aos estilos e condições de vida de homens e mulheres, estudos apontam que maiores proporções de fumantes atuais e bebedores de alto risco são observados entre os homens quando comparados com as mulheres, enquanto as prevalências de depressão e exposição a um ambiente de trabalho psicossocial muito ruim são maiores nas mulheres⁶⁷.

Quando se analisam as desigualdades sociais em saúde segundo gênero e idade, elas se tornam mais evidentes entre os indivíduos de idade mais avançada, pois as mulheres vivem mais e geralmente apresentam pior condição socioeconômica devido a uma baixa incorporação no mercado de trabalho ao longo da vida⁶⁸. Estas privações socioeconômicas trazem repercussões negativas sobre a saúde das mulheres, principalmente nas faixas etárias mais avançadas⁶⁹.

A literatura é convergente sobre as diferenças na autopercepção do estado de saúde segundo o gênero, com as mulheres tendendo a avaliar pior sua saúde^{32,58,70,71}. Esta diferença de gênero na autopercepção da saúde se mostra coerente com outras medidas de morbidade e não podem ser atribuídas apenas a uma maior tendência das mulheres em relatar doença⁷². Estas diferenças também são reflexos do “paradoxo de gênero”¹⁸ ou “paradoxo de morbidade”⁷³, onde os homens morrem antes e as mulheres passam mais anos com pior estado de saúde. Várias possíveis explicações para este fenômeno foram levantadas. Primeiro, o estilo de vida dos homens aumenta o risco de sofrer de doenças que levam à morte precoce, enquanto as mulheres seriam mais propensas a doenças não fatais, porém incapacitantes^{18,73}. Segundo, o menor contato dos homens com os serviços de saúde é outro importante fator, pois eles resistem mais em pedir ajuda do que as mulheres, o que poderia ser considerado um aspecto de fragilidade no seu papel socialmente construído⁷⁴. E por último, diferenças na posição socioeconômica entre os gêneros, com as mulheres geralmente possuindo menor renda, condições de trabalho mais precárias e menor independência econômica⁷¹. Segundo Pongiglione, Stavola e Poubidis¹⁸, o paradoxo de gênero é amplamente reconhecido e validado em estudos realizados em diferentes países, tanto para aqueles com alta renda, quanto para os de média e baixa renda.

Desigualdades de gênero na autopercepção da saúde variam de acordo com a nacionalidade, indicando que elas são afetadas pelas condições específicas dos países. A literatura existente é inconclusiva se as diferenças de gênero são menores em países mais igualitários⁷⁵. Bambra e colaboradores⁷⁶ compararam 13 países e encontraram que a saúde autorreferida era uma desvantagem para as mulheres no sul da Europa e Escandinávia, uma desvantagem para homens na Finlândia e Reino Unido, enquanto não encontraram diferenças na Bélgica, França, Alemanha e Irlanda. Em outro estudo com 28 países europeus, os autores concluíram que as lacunas de gênero na autopercepção da saúde eram indiferentes nos países com mais altos índices de igualdade de gênero, mas eram menores nos países com alto Índice de Desenvolvimento Humano⁷⁵.

As principais explicações sobre as desigualdades de gênero na percepção do estado de saúde recaem sobre dois aspectos: diferenças na saúde autorreferida e diferenças na morbidade. Estudos apontam que as mulheres reportam pior saúde do que

os homens mesmo sob condições semelhantes de saúde, porque elas são mais conscientes sobre sua saúde, mais frequentemente admitem vulnerabilidade e procuram ajuda⁷⁷. Outros estudos explicam essas diferenças pela alta morbidade das mulheres^{78,79}, principalmente para doenças crônicas, psicológicas e condições somáticas^{75,80}.

A literatura é divergente quanto à associação da variável do sexo com a autoavaliação da saúde bucal, havendo estudos que indicam que a saúde bucal autopercebida piora entre as mulheres^{24,25}, enquanto outras não encontram associação estatisticamente significativa^{23,81-83}.

Embora exista desigualdade de gênero quanto à renda, classe social e à condição ocupacional, as mulheres têm vantagens sociais, principalmente em relação aos níveis educacionais^{58,84}, que serão discutidos posteriormente.

1.2.2 Idade

A magnitude das desigualdades sociais em saúde difere entre os grupos etários^{45,85,86}. Estudos mostram que as desigualdades em saúde em países industrializados tendem a ser menores nos adultos jovens, tornam-se maiores em idades médias e voltam a decrescer entre os idosos⁸⁵⁻⁸⁷. As desigualdades em saúde segundo grupos de idade talvez se devam, principalmente, ao envelhecimento, mas também podem ser causadas por diferenças na constituição das coortes^{45,87}. A literatura sugere que a idade é mais importante para a saúde dos idosos, enquanto a posição socioeconômica pode ser mais importante em idades mais jovens⁸⁸.

Outra questão importante é que a desvantagem socioeconômica tende a se acumular ao longo da vida¹⁹ e o *gap* na posição socioeconômica tende a aumentar com o avanço da idade^{89,90}. Assim, os indicadores de posição socioeconômica parecem ter propriedades sobrepostas mais acentuadas em relação à saúde nas idades avançadas¹⁹.

Van Zon e colaboradores⁴⁵, a partir de um estudo longitudinal na Holanda, defendem que a idade deve ser igualmente considerada como um marcador de posição socioeconômica em estudos sobre saúde. Eles também alertam que estudos sobre desigualdades sociais em saúde que não levem em consideração o efeito da idade devem ser interpretados com cautela.

Os níveis de escolarização e de renda entre os grupos de idade ajudam a esclarecer a relação da idade, posição socioeconômica e saúde. Diferenças na distribuição do nível educacional entre coortes podem afetar a relação entre a posição socioeconômica e a saúde, uma vez que o nível educacional alcançado pode ter diferentes significados através das coortes, e assim, diferentes associações com a saúde, já que o nível de escolarização nos jovens é maior quando comparado com grupos etários mais velhos^{45,88}. A renda também está relacionada com a idade, pois ela geralmente tende a aumentar na transição da adolescência para a vida adulta, sendo mais duradoura na meia-idade e tipicamente diminui após a aposentadoria⁹¹.

Estudos sobre as desigualdades sociais na saúde autopercebida identificaram que o aumento da idade esteve associado a uma pior saúde percebida e que, nas faixas de idade extremas, há uma tendência de reversão desta relação, com um aumento da saúde percebida como boa⁴⁸. Achados apontam que esta reversão ocorre a partir da oitava década de vida^{32,48,92} e está relacionada com uma maior conformidade com as condições de saúde nesse grupo de idade e com as diferenças intergeracionais na percepção de saúde³². Outros estudos atribuem esta reversão à mortalidade seletiva e fragilidade biológica, onde pessoas em grupos economicamente menos favorecidos tenderiam a ser afetadas por doenças e incapacidades em idades mais precoces, deixando os sobreviventes com mais vitalidade física e mental entre as populações menos favorecidas do que nas populações mais privilegiadas⁴⁸.

Com relação à autopercepção da saúde bucal, há estudos que indicam que a autoavaliação da saúde bucal piora com o aumento da idade^{25,93-95} contrastando com outros que mostram que os mais velhos referem melhor saúde bucal^{23,96,97}, enquanto outras pesquisas não encontram associação estatisticamente signicante^{83,98}.

1.2.3 Cor ou raça

Conceitualmente, raça diz respeito às características fenotípicas do indivíduo, com destaque para a cor da pele. Já a etnia está fortemente relacionada a características socioculturais⁹⁹. Assim, a característica étnico-racial não é fixa e imutável e muito menos determinística, estando sujeita a variações temporais, espaciais e

contextuais^{99,100}. Um estudo mostrou que, ao avaliar a sua própria raça, indivíduos levavam em consideração tanto características físicas pessoais quanto o contexto social em que vivem¹⁰⁰. Enquanto outro estudo verificou que, quando as entrevistadoras eram da cor ou raça preta, os indivíduos apresentaram menor probabilidade de se identificarem como pretos¹⁰¹. Num país com presença histórica de miscigenação e marcantes desigualdades sociais, como o caso do Brasil, é possível um mesmo indivíduo se considerar branco em um determinado ambiente socioeconômico e pardo ou preto em outro¹⁰².

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelo Sistema Estatístico Nacional, a variável cor ou raça é definida como a característica declarada pela pessoa com base nas seguintes opções: branca, preta, amarela (origem oriental: japonesa, chinesa, coreana, etc.), parda (pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) ou indígena (pessoa que se declarou indígena ou índia, vivendo ou não em terras indígenas)¹⁰³.

Na maioria dos países com heterogeneidade racial, estudos sobre características étnico-raciais da população são frequentes, principalmente nos Estados Unidos⁹⁹. Análises recentes da literatura têm concluído que esse não é o caso do Brasil^{104,105}. Apesar do aumento recente, a produção brasileira sobre o tema ainda pode ser considerada ínfima se comparada com países desenvolvidos¹⁰⁶.

Estudos da estratificação social de cor no Brasil apontam que há um contraste marcante em termos de recompensas materiais entre brancos e não-brancos, constituídos por pardos e negros. Há evidências de um ciclo acumulativo de desvantagens que afeta a trajetória de vida dos indivíduos não brancos, colocando-os em posições inferiores na hierarquia social. Por exemplo, a desigualdade racial no Brasil difere da que ocorre nos Estados Unidos pela baixa presença de não brancos no topo da pirâmide social brasileira⁸⁴.

Segundo dados do censo demográfico brasileiro de 2010, pessoas que se referem como brancas têm renda 84,5% maior que pretos e 81,95% maior que pardos, além de maior taxa de alfabetização (92,78%) em relação a pretos (81,66%) e pardos (82,85%)⁹⁹.

Relacionando gênero, cor ou raça e posição socioeconômica no Brasil, de uma forma geral, quando comparado com os homens brancos, os homens negros sofrem mais discriminação na formação e na inserção ocupacional, enquanto as mulheres brancas sofrem mais discriminação da definição salarial. Já as mulheres negras sofreriam uma discriminação intermediária entre os homens negros e as mulheres brancas¹⁰⁷. O grau de discriminação é crescente conforme se caminha para o topo da hierarquia de renda¹⁰⁸.

Figueiredo Santos¹⁰⁹ aponta que as desigualdades de gênero e raça no Brasil se estruturam com magnitudes e características diferenciadas. Analisando o efeito sobre renda, ele conclui que a discrepância de raça é maior que a discrepância de gênero, embora a grande parte do efeito do gênero sobre a renda se dá de forma direta, enquanto o efeito da raça se dá de forma indireta. Isso reforça que a desigualdade de renda no Brasil é uma questão de gênero e principalmente de cor, pois homens e mulheres não brancos sofrem de um elevadíssimo componente de desigualdade de acesso a recursos valiosos, caracterizando a desigualdade socioeconômica segundo a raça no país.

O achado comum na maioria dos estudos é que os indivíduos brancos, quando comparado com qualquer outra cor ou raça, desfrutam de mais anos de boa saúde, embora esta diferença diminua com a idade^{18,109}. Após uma determinada idade, existe um cruzamento de mortalidade “preto-branco”, na qual homens e mulheres negros teriam uma vantagem sobre os brancos¹⁸, porém não está claro na literatura em que idade acontece.

Estudos têm apontado resultados conflitantes entre cor/raça e autoavaliação da saúde. Uma análise com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) não identificou diferenças estatisticamente significantes na avaliação positiva entre brancos e negros em 1998 e apenas marginalmente significativa em 2003 (para pardos foi significativa nos dois períodos)¹¹⁰. Outro estudo também utilizando dados da PNAD de 1998 verificou que as diferenças raciais perderam significância estatística após a inclusão no modelo das variáveis renda e educação¹¹¹. Por outro lado, estudos encontraram associação estatisticamente significantes com negros avaliando pior seu estado de saúde^{99,112}.

Um estudo sobre a relação de cor/raça e autoavaliação de saúde em 145 municípios brasileiros⁹⁹, identificou que indivíduos que se declararam pretos ou pardos apresentavam maior razão de chances de avaliar sua saúde como negativa (agregadas as categorias de “regular”, “ruim” e “muito ruim”). Numa reclassificação da categoria “regular” para a saúde positiva (“muito boa” e “boa”), o resultado não foi estatisticamente significativo em nenhum dos modelos, apesar de manter a mesma direção estatística, ou seja, de pretos e pardos apresentarem maior razão de chances que brancos. Segundo os autores, isso pode indicar a existência de um gradiente no efeito de cor/raça na saúde autorreferida.

Estudos internacionais têm destacado a importância das características do local de residência para a associação entre raça e saúde autorreferida, com um efeito adicional às características individuais⁹⁹. Um estudo realizado na Inglaterra encontrou que condições socioeconômicas locais desfavoráveis tiveram maior efeito na saúde autorreferida de indivíduos de raça branca¹¹³. Uma análise de regiões metropolitanas dos Estados Unidos identificou que uma maior densidade local de negros estava associada a uma maior probabilidade de homens e mulheres negros declararem sua saúde como ruim¹⁰².

Em relação à saúde bucal, pesquisas apontam que indivíduos que se autodeclararam como não brancos, historicamente marcados com condições de vida menos favoráveis, tenderam a avaliar pior sua condição de saúde bucal^{23,25,27}.

1.2.4 Região de residência

Segundo Araújo e Flores¹¹⁴, a desigualdade territorial deve ser entendida como a capacidade desigual das regiões, a partir de sua conformação política, proverem recursos de subsistência aos seus cidadãos. Mais especificamente, esta desigualdade territorial é reflexo da concentração desigual de indivíduos vulneráveis em unidades territoriais, não podendo ser desprezadas as consequências deste fenômeno. Os autores também destacam que a desigualdade territorial no Brasil é um problema que remete às suas origens e perpassa muitas dimensões.

Mesmo que alguns autores defendam que o aumento médio das rendas vem colaborando para uma tendência de redução das disparidades regionais no Brasil^{115,116}, evidências recentes demonstram que o acesso a recursos de subsistência permanece desigualmente distribuído entre as regiões do país¹¹⁷.

Os resultados de saúde são reflexos das desigualdades de condições de vida relativas ao ambiente em que as pessoas vivem e trabalham. Formam-se nos territórios práticas coletivas que são moldadas pelas estruturas sociais e de estilos de vida coletivos que repercutem na saúde dos indivíduos. Os ambientes podem ter um efeito durável na saúde mesmo após a mudança de lugar. As implicações para a saúde são decorrentes da composição de fatores positivos e ao sistema de oportunidades associados ao ambiente físico, social, características socioculturais e históricas dos lugares¹¹⁸.

Variáveis de posição socioeconômica individuais, como escolaridade, renda e classe social, sofrem muita influência do ambiente e da localização contextual onde as pessoas vivem, mesmo sabendo que os efeitos protetivos e danosos não se distribuem de forma uniforme nos lugares e nas pessoas. Assim, estudos que também utilizam indicadores de áreas podem revelar aspectos das condições de vida que não são capturados pelos indicadores individuais ou domiciliares, já que as características contextuais presentes nos territórios resumem o sistema de oportunidades presentes no ambiente físico e social local¹¹⁸.

Para a maioria dos indicadores socioeconômicos, a desvantagem social é desigualmente distribuída no espaço, em qualquer escala estudada¹¹⁸. Um estudo comparativo de saúde entre os Estados Unidos e a Inglaterra destacou o papel dos ambientes sociais e materiais em que as pessoas vivem e trabalham para explicar as discrepâncias de saúde entre os dois países¹¹⁹.

No Brasil, existe uma enorme desigualdade social, marcada por uma heterogeneidade regional que persiste ao longo da história, compondo uma polaridade e separação do país em dois blocos: Norte/Nordeste e Sul/Sudeste/Centro-Oeste^{118,120}. As macrorregiões do primeiro bloco são historicamente caracterizadas por maiores desigualdades internas, menor renda média, condições de vida precárias, desigualdades na distribuição de recursos valiosos e de serviços de saúde, o que as distanciam das demais regiões^{120,121}.

Se analisarmos o Produto Interno Bruto *per capita*, o Nordeste, macrorregião mais pobre do país, alcançava 43% da média nacional em 1989 e 48% em 2010¹²², sendo a região com maior proporção de pobres do país¹¹⁴. Penna e colaboradores¹²³, analisando as disparidades de bem-estar entre as Unidades da Federação (UF) do Brasil, reforçam que os estados do Norte-Nordeste ainda apresentam um bem-estar relativamente baixo quando comparado com os estados do Sul/Sudeste/Centro-Oeste do país.

As disparidades sociais entre as regiões do Brasil e os reflexos na vida de seus moradores são evidenciadas a partir de vários indicadores. Num estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 sobre desigualdades regionais na expectativa de vida saudável entre brasileiros, um indicador que combinava dados sobre autoavaliação do estado de saúde e mortalidade, identificaram-se desigualdades marcantes entre as regiões do país, com perda de vida saudável muito maior entre os moradores das regiões Norte e Nordeste com, respectivamente, cerca de 5,4 e 4,5 anos a menos do que a região Sul do país. Esse quadro se acentua entre os indivíduos mais velhos⁶⁹.

Figueiredo Santos¹¹⁸, analisando a combinação da classe social e do território na constituição do padrão de saúde na população brasileira, identificou padrões bem diferentes entre as macrorregiões do Brasil na distribuição das posições extremas de classe social, representado pelo topo social e pelo pólo de destituídos. O bloco Norte/Nordeste possui uma forte presença do pólo de destituídos devido uma maior densidade de empregos desvantajosos, além de que, possuem uma infraestrutura material, social e de serviços mais precária e estilos de vida coletivos que podem reforçar ou agravar riscos à saúde. Assim, segundo esse autor, pode-se caracterizar como um processo de concentração ou acúmulo espacial de desvantagens nestas duas regiões, configurando um ciclo reprodutivo com repercussões negativas para a saúde, concentrando nestas regiões as maiores prevalências da saúde não boa do país.

A mesma polarização Norte/Nordeste e Centro/Sul também é percebida na autoavaliação da saúde bucal, com piores estados de saúde referidos pelos moradores do primeiro bloco, regiões com piores condições sociais, de saúde e de acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil^{23,27,124,125}.

1.2.5 Escolaridade

A educação tem papel de destaque no processo de determinação da saúde, seja pela maior capacidade das pessoas mais escolarizadas de compreender melhor os sinais e sintomas das enfermidades, maior capacidade para o autocuidado, maior engajamento em programas de prevenção e maior busca por resolução dos problemas de saúde. Além disso, a escolaridade é um preditor de melhores condições socioeconômicas, como emprego, renda, posse de bens e acesso a serviços⁷⁰. Por outro lado, a baixa escolaridade está associada à morbidade, à mortalidade precoce e a comportamentos não saudáveis¹².

Barros e colegas¹²⁶ citam três abordagens teóricas para compreender o papel da escolaridade na determinação social da saúde: a materialista, focada nos diferentes acessos aos recursos materiais; a comportamental, relacionada ao efeito sobre as decisões de vida; e a psicossocial, centrada na relação da escolaridade com o estresse na determinação do processo saúde-doença.

A educação é um indicador válido, estável em adultos e de fácil mensuração^{127,128}. A principal vantagem de medir a posição socioeconômica pela educação é que, na maioria dos casos, os indivíduos concluíram seu caminho educacional até o início da vida adulta, sendo, portanto, um indicador possível de ser aferido em todas as idades¹⁸. Além de sua constância no tempo, o nível educacional está relacionado com idade, coorte de nascimento, posição de classe, raça e gênero^{40,129}.

Entretanto, a estabilidade da educação no período de vida adulta pode comprometer sua capacidade de capturar mudanças no curso da vida⁶⁰. Além disso, como a amplitude dos níveis educacionais é relativamente menor, este fator tende a se tornar menos sensível para avaliar a magnitude das desigualdades em saúde^{40,129}.

Já é bem estabelecido na literatura o papel especial do nível educacional para a saúde, mostrando que indivíduos com maior escolaridade têm menor morbidade e melhores taxas de mortalidade⁷¹. Geralmente as pessoas mais instruídas relatam maior senso de controle sobre suas vidas e, portanto, exibem comportamentos mais saudáveis¹³⁰, ao passo que pessoas menos instruídas fumam mais¹³¹, consomem mais bebidas alcoólicas e são menos ativas fisicamente do que indivíduos mais instruídos⁷¹.

A escolaridade também constitui um importante fator na determinação da percepção da saúde geral e bucal^{25,70,71,93,132,133}, pois a mesma se relaciona com o capital humano, recursos psicossociais, condições de vida, melhores cuidados de saúde e estilos de vida^{19,70}. Sabe-se que mais anos de escolaridade predizem mais anos de vida e de vida ativa, independentemente do contexto de vida na infância¹⁸.

Estudos mostram que pessoas com baixo nível de escolaridade tendem a ter um declínio na sua saúde de forma mais rápida em idades avançadas¹⁹. Contudo, a escolaridade frequentemente mostra uma fraca associação com saúde nesses grupos etários quando comparado com outros indicadores, tais como riqueza, renda, posse de bens e privação^{46,47,134}.

Ainda não está claro na literatura se os benefícios da educação diferem entre homens e mulheres⁷¹. Estudos recentes nos Estados Unidos relatam impactos mais altos da escolaridade sobre a saúde de mulheres do que nos homens^{135,136}, embora outros estudos apontem direções opostas na Europa^{137,138}, enquanto outros não relatam nenhuma diferença estatisticamente significativa¹³⁹⁻¹⁴¹. Duas hipóteses são levantadas para entender o impacto da educação sobre os gêneros. A primeira diz que devido às mulheres terem menos recursos socioeconômicos (menos independência econômica, menos oportunidade de emprego em tempo integral, menor autoridade no trabalho, etc.) sua saúde seria mais favorecida como resultado do melhor desempenho educacional, reduzindo o efeito negativo da insuficiência dos outros recursos. A segunda hipótese explica que a saúde dos homens seria mais favorecida, pois o ganho no desempenho educacional ampliaria as vantagens socioeconômicas já presentes entre eles quando comparados com as mulheres^{135,136}.

Achados de um estudo com dados de um inquérito populacional com trabalhadores espanhóis de 25 a 65 anos de idade mostram que a lacuna de gênero na autoavaliação da saúde ocorre apenas para os grupos populacionais menos instruídos, não sendo estatisticamente significativa entre os indivíduos mais instruídos⁷¹.

1.2.6 Renda

É importante fazer uma distinção entre desigualdade de renda e desigualdade socioeconômica. A desigualdade socioeconômica é um conceito amplo que envolve não apenas a desigualdade de renda, mas também o desemprego, a educação e a exclusão social. A relação entre as desigualdades de renda e as desigualdades em outros indicadores de posição social pode ser bastante diferente por causa de várias influências econômicas da renda que afetam as vantagens individuais e coletivas²⁸.

A renda é considerada um indicador direto das condições materiais dos indivíduos e é a medida mais direta da posição socioeconômica²⁸, estando associada de forma robusta e positiva com a longevidade dos indivíduos^{142,143}. O rendimento pode afetar a saúde das pessoas, permitindo que aqueles com alta renda tenham estilos de vida saudáveis, enquanto aqueles que estão em posições mais baixas na distribuição de renda têm menos recursos capacitadores¹⁴⁴.

Cada passo dado na escala de renda pode acrescentar vantagens capazes de gerar ganhos imediatos e cumulativos¹⁴⁵, entretanto a forma de mensuração pode ser extremamente volátil e flutuar consideravelmente no curso da vida, em particular na base da distribuição populacional, onde existem menos empregos estáveis nesses estratos⁶⁰.

A literatura mostra que medidas que indicam a situação financeira dos indivíduos geralmente estão mais fortemente associadas à saúde e mortalidade na velhice quando comparadas com o nível de escolaridade e a classe social^{46,134}.

Segundo o modelo comportamental de saúde de Andersen¹⁴⁶, a renda tem um papel importante como um recurso facilitador para o acesso e uso de cuidados em saúde. Por outro lado, problemas de saúde também podem resultar em menores rendimentos¹⁴⁷. Portanto, a associação entre renda e saúde é provavelmente moldada por mecanismos causais bidirecionais¹⁹.

O rendimento cria circunstâncias materiais que afetam a saúde através da qualidade da habitação, alimentação, cuidados médicos e oportunidades para atividades recreativas e físicas¹⁴⁸. Pesquisas indicam que a baixa renda familiar está relacionada à autoavaliação de saúde ruim e com o sentimento de depressão^{67,149}.

Grupos de status socioeconômico mais baixo são mais afetados pelas condições sociais, uma vez que são mais propensos a depender de serviços públicos e de infraestrutura, como escola, transporte e serviço de saúde. A maior desigualdade de renda levaria a um hiato de saúde cada vez maior entre as pessoas que têm pouca renda e que dependem dos serviços públicos e as que não dependem¹⁴⁹. Link e Phelan¹⁵⁰ descrevem isso como a abordagem da causa fundamental: pessoas com mais recursos socioeconômicos são capazes de manter sua vantagem de saúde sobre pessoas com menos recursos.

Em relação à lacuna de renda entre os gêneros, Figueiredo Santos⁸⁴ analisando a estrutura social brasileira, identifica que a vantagem de gênero dos homens não é homogênea entre os grupos raciais. A diferença de renda entre homens e mulheres é maior entre os brancos do que os não brancos (pardos e pretos).

Alguns autores sugerem que o aumento médio da renda vem colaborando para uma tendência de redução das disparidades regionais brasileiras^{115,116}, embora achados recentes demonstrem que o acesso a recursos de subsistência permanecem desigualmente distribuídos entre as regiões do país¹¹⁷.

Indivíduos em desvantagem econômica tendem a ser mais acometidos por problemas com seus dentes, boca ou próteses dentárias, além de relatarem maior perda de elementos dentários e pior percepção da saúde bucal do que os indivíduos em melhores condições econômicas²⁵.

1.2.6 Classe social

Não se pode afirmar que as desigualdades resultantes da divisão da sociedade em classes explicam tudo ou quase tudo em relação à vida social da era moderna. Mas não se pode desconsiderar que a sociedade moderna é uma sociedade dividida em classes e que a posição social de um indivíduo produz forte impacto nas suas escolhas e nas suas chances de vida⁴¹.

Estudos que se proponham a analisar o conceito sociológico de classe social, confrontando com os marcadores usuais de posição social, podem contribuir para uma

melhor descrição, previsão e interpretação das variações de saúde entre grupos populacionais⁶⁰. Barata e colaboradores¹⁵¹ apontam que, embora os marcadores clássicos apresentem utilidade indiscutível na descrição e na predição da distribuição dos eventos e problemas de saúde, elas têm se mostrado menos apropriadas para a explicação dos mecanismos sociais que determinam a posição dos agentes sociais, nos diferentes gradientes analisados. Por isso, quando analisados isoladamente, não são suficientes para a compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Classe social é uma categoria fundamental na investigação da determinação social do processo saúde-doença-cuidado, pois os riscos tendem a se distribuir desigualmente segundo as classes e suas posições na estrutura social¹⁵¹. Indivíduos em posições mais favoráveis socialmente têm maior probabilidade de desfrutar de uma vida mais longa e mais saudável¹⁵².

Já é conhecido que a posição de classe define muitos aspectos da vida dos indivíduos, tais como o acesso e posse a recursos materiais, padrão de vida e vulnerabilidade a inúmeros determinantes de saúde e doença, além de influenciar a percepção dos problemas de saúde e a procura por soluções¹⁵¹. Também é claro que as desigualdades de classe têm papel decisivo na modulação de outras desigualdades, tais como as étnicas e de gênero⁴¹.

Independente da raça, do gênero e da localização geográfica, indivíduos de classes sociais desfavorecidas têm pior saúde e maior mortalidade do que indivíduos de classes privilegiadas¹⁵³. Isto é verificável tanto para medidas objetivas de classe social, geralmente acessada pela combinação da renda, escolaridade e status ocupacional^{154,155}, quanto para medidas subjetivas, geralmente avaliadas pela comparação com os recursos materiais de outros¹⁵⁶.

Várias explicações para essa ligação robusta entre classe social e saúde têm sido propostas, desde relacionadas ao acesso a ambientes que previnem doenças e ajudam a curá-las^{157,158}, quanto aos recursos necessários para arcar com os custos da cobertura de saúde^{153,159}.

A classe social está, entre outras coisas, diretamente relacionada à renda e aos recursos materiais e, portanto, reflete um bom acesso aos cuidados de saúde, posicionamento social, redes sociais, bem como fatores relacionados ao trabalho, como

estresse e prestígio, controle, autonomia e riscos ocupacionais^{38,39,66}. A posição de classe tem relação com a renda atual, segurança de renda, estabilidade de renda de curto prazo e desenvolvimento de renda de longo prazo¹⁹.

Enquanto a escolaridade capta o capital humano adquirido e geralmente é alcançada em idades mais jovens, permanecendo mais ou menos estável na vida adulta, a classe social reflete a possibilidade de concretização do capital humano no mercado de trabalho e pode mudar ao longo da vida^{66,160}.

Mais frequentemente, o constructo de classe social utiliza a ocupação como um princípio estratificador, por isso alguns a denominam de classe social ocupacional. Muitos esquemas de classe primariamente distinguem suas posições segundo o status de propriedade sobre os recursos produtivos, diferenciando empregadores e empregados. Depois, grupos de empregadores e empregados são diferenciados dependendo do tamanho e do tipo de organização, dos ativos de qualificação, da relação de poder e das condições de trabalho^{41,67}.

Estudos sobre a classe social ocupacional geralmente excluem uma grande parcela da população que se encontra economicamente inativa. Este grupo geralmente inclui pessoas com deficiência, estudantes, aposentados, pensionistas e desempregados de curta e longa duração⁶⁶.

Classificações de ocupações são usadas frequentemente nos estudos epidemiológicos de base populacional. Figueiredo Santos⁴¹ revela que a ocupação foi utilizada como principal indicador de classe social em 38% de estudos epidemiológicos. Entretanto, seu uso em pesquisas de saúde está longe de ter a padronização obtida por outras classificações aplicadas na epidemiologia. Embora não seja difícil sua mensuração e gere menos resistência de ser coletada, a ausência de atualização de esquemas de classificação ocupacional pode comprometer sua capacidade de dar conta da estrutura ocupacional atual.

Os esquemas conceituais e operacionais mais consagrados na sociologia contemporânea sobre classe social para o uso em pesquisas empíricas foram desenvolvidos pelos sociólogos Erick Olin Wright e John Harry Goldthorpe⁴¹.

Wright filia-se na tradição marxista e se baseia na distribuição desigual de poderes e direitos sobre os recursos produtivos. Para ele, o poder causal da posição de classe é exercido ao se condicionar o acesso a recursos produtivos e ao se moldar as experiências de vida nas esferas do trabalho e do consumo. Ele elabora uma proposta de tipologia de classe na sociedade capitalista em função de três componentes: a propriedade de ativos de capital, do controle diferenciado de ativos de qualificação e da relação com o exercício de autoridade dentro da produção, gerando uma classificação com seis classes básicas: capitalista, pequena burguesia, gerentes especialistas, especialistas, gerentes não especialistas e trabalhadores¹⁶¹.

Já Goldthorpe filia-se à concepção weberiana de classe social, a partir da inserção no mercado de trabalho, ou seja, relações e condições de emprego. Ele elabora um esquema de classe cuja meta consiste em diferenciar posições dentro dos mercados de trabalhos e unidades de produção. Seu esquema resulta em três categoriais e sete classes. **Classes de serviço:** I- Profissionais com formação de nível superior, executivos e gestores de grandes empresas e grandes empregadores; II- Profissionais, gerentes e administradores de pequenos estabelecimentos ou em posições de menor autoridade na hierarquia; **Classes médias:** III- Trabalhadores em atividades não manuais na administração, comércio, segurança ou serviços pessoais; IV- Pequenos proprietários e artesãos sem ou com até 25 empregados, agricultores e extrativistas por conta própria; V- Supervisores de trabalhadores manuais; **Classes trabalhadora:** VI- Trabalhadores manuais qualificados; VII- Trabalhadores manuais não qualificados nos setores primário, secundário e terciário¹⁶².

Segundo leitura de Figueiredo Santos⁴¹, as correntes marxista e weberiana de classe social apresentam semelhanças e diferenças no campo da análise de classes. Ambas as tradições sustentam uma concepção relacional de classes, destacam o papel de controle dos ativos ou recursos economicamente relevantes e entendem que o poder causal de classe opera ao menos em parte através do modo como as relações moldam os interesses materiais dos atores. Entretanto, o enfoque weberiano se assenta em um nexos causal entre a condição de classe e as chances de vida que opera essencialmente através das trocas de mercado. A perspectiva marxista defendida por Wright vai além dessa conexão, pois acrescenta de forma privilegiada a esfera da produção e, além disso,

considera a interação entre a produção e o mercado, o que lhe permite pensar o conflito na distribuição, na produção e articulação de ambos.

A Sociedade Espanhola de Epidemiologia propôs um esquema em cinco classes a partir do modelo de Goldthorpe para pesquisas de campo, sendo: I- Executivos da administração pública ou de empresas com 10 ou mais empregados e profissionais com titulação superior ou pós-graduada; II- Executivos de empresas com menos de 10 empregados, profissionais com titulação superior, técnicos de nível superior, artistas e desportistas; III- a) Empregados administrativos e de apoio à gestão administrativa ou financeira, trabalhadores no ramo de serviços pessoais e segurança; b) Autônomos; c) Supervisores; IV- a) Trabalhadores manuais qualificados; b) Trabalhadores manuais semiqualeificados; V- Trabalhadores não qualificados¹⁶³.

Bronfman e Tuirán (1984)¹⁶⁴ desenvolveram esquema de operacionalização do conceito de classe para o censo demográfico mexicano, que levava em consideração quatro dimensões: o lugar ou posição no sistema de produção, a propriedade dos meios de produção, o papel na organização social do trabalho e a participação na riqueza, organizando uma proposta em seis classes: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado.

Quando se analisa autores nacionais, uma revisão de literatura feita por Barata e colaboradores¹⁵¹, discute as tipologias de classe propostas a partir dos estudos de Singer, Barros e Lombardi e colaboradores.

Singer (1981)¹⁶⁵ elaborou uma proposta utilizando dados do censo demográfico e da PNAD, a partir da posição na ocupação, nível de renda, setor de atividade e ocupação dos indivíduos, organizando-os em cinco classes: burguesia empresarial, constituída pelos proprietários de empresas produtivas; burguesia gerencial, formada por executivos e técnicos da administração de empresas públicas e privadas; pequena burguesia, composta pelos autônomos e pequenos empregadores; proletariado seria o conjunto de trabalhadores assalariados dos vários setores econômicos e, por fim, o subproletariado, constituído por trabalhadores com inserção precária no mundo do trabalho ou desempregados.

Barros (1986)¹⁶⁶ utilizou estas mesmas cinco categorias de Singer em um estudo amostral da população urbana de Ribeirão Preto-SP em 1978, modificando apenas o critério de composição de cada categoria.

Lombardi e colaboradores (1988)¹⁶⁷ compararam os esquemas propostos por Bronfman e Tuirán e Barros, adaptando uma proposta de divisão de classe para Pelotas-RS em seis categorias: burguesia, nova pequena burguesia, pequena burguesia tradicional, proletariado não típico, proletariado típico e subproletariado.

Figueiredo Santos (2005)⁴¹, utilizando dados da PNAD 2002 e sob o marco teórico de Wright, a partir da tradição marxista em analisar a relação de classe social com os direitos e poderes sobre os recursos produtivos, propôs uma divisão de classe socioeconômica para o Brasil, com 13 posições de classe originalmente, que passou por processo de validação¹⁶⁸. Mais recentemente, a partir dos dados da PNS 2013, o próprio autor adapta sua tipologia, alterando a composição das classes e utilizando a renda individual para superar a ausência de informações da PNS sobre o número de empregados, a propriedade do estabelecimento e o tamanho da propriedade agrícola. Esse autor também propõe a possibilidade de agregação das posições de classe em quatro agrupamentos sociais, assim distribuídos: **Posições privilegiadas** – Capitalistas e fazendeiros, especialistas autônomos, gerentes, empregados especialistas e pequenos empregadores; **Controladores de ativos de menor valor** – Autônomos com ativos e autônomos agrícolas; **Classe trabalhadora não destituída** – Empregados qualificados, supervisores e trabalhadores típicos; **Destituídos de ativos** – Trabalhadores elementares, autônomos precários, empregados domésticos e trabalhadores excedentes¹⁶⁹.

Além das questões materiais relacionadas às classes sociais, estudos têm sido direcionados a investigar a relação da estrutura de classe sobre as condições de vida, bem como com outros marcadores da desigualdade social em saúde, como gênero, idade, raça/etnia, local de moradia e indicadores clássicos de posição socioeconômica.

Um estudo de base populacional com trabalhadores de 19 a 64 anos de idade na Coréia do Sul⁶⁷ aponta impactos da posição de classe nos hábitos e estilos de vida. Por exemplo, os achados apontam maiores prevalências de fumantes atuais nos homens entre as classes de capitalistas, pequenos empregadores, supervisores não qualificados, trabalhadores qualificados e trabalhadores não qualificados. As maiores prevalências de bebedores de alto risco nos homens foram entre os capitalistas, pequenos empregadores, gerentes, supervisores não qualificados e trabalhadores não qualificados. Os capitalistas

e pequenos empregadores mostraram maior prevalência de estresse percebido e sensação de depressão do que outras classes sociais.

Um estudo comparativo entre Grã-Bretanha e Finlândia sugeriu a possibilidade de que as mulheres em uma sociedade com baixa taxa de participação no emprego e alta taxa de trabalho em tempo parcial possam mostrar um efeito fraco de sua própria classe ocupacional e um forte efeito de suas funções domésticas sobre o estado de saúde¹⁷⁰.

Um estudo com dados de países da América Central encontrou que 60% dos trabalhadores não agrícolas têm emprego informal, representando um importante fator de iniquidades sociais em saúde entre os trabalhadores da região¹⁷¹.

Pesquisa com trabalhadores do Chile reforça que existe desigualdade na distribuição da exposição ocupacional aos riscos psicossociais segundo a classe social e o sexo, repercutindo numa distribuição desigual da saúde autopercebida e saúde mental entre a população estudada. Por exemplo, os gerentes e supervisores relatam maiores demandas psicológica ou cognitiva no ambiente de trabalho, os homens relatam mais demanda física e sensorial, enquanto as mulheres relataram maiores riscos associados à dupla jornada de trabalho¹⁵⁶.

Figueiredo Santos⁸⁴, estudando a interação estrutural entre a desigualdade de gênero, de raça e de classe social no Brasil, concluiu que a distância de gênero é grande entre brancos e não brancos, embora seja maior entre os primeiros. O autor também estabelece uma hierarquia de vantagem social no Brasil como sendo: homem branco, seguido da mulher branca, mulher não branca e, por último, o homem não branco. Embora haja uma alta vantagem social de gênero a favor dos homens, a dimensão de perícia e qualificação, frutos de uma maior escolaridade entre as mulheres, provavelmente tenha permitido avanços de classe para as mulheres não brancas em comparação com os homens do mesmo grupo racial. Segundo o autor, estes achados reforçam a tese do efeito interativo, entendido como um efeito sobre outro efeito, em que pessoas em posição subordinada em mais de uma hierarquia social sofreriam pela potencialização das várias dimensões de desvantagem envolvidas.

Ainda segundo Figueiredo Santos⁸⁴, os homens brancos possuem vantagem de gênero para as posições de classe de controle de ativos de capital e de terra, sendo

crescente conforme aumenta a dimensão do capital controlado. Na área agrícola, onde predominam relações de gênero tradicionais, a probabilidade do homem ser titular de uma pequena propriedade é quase cinco vezes maior quando comparado com as mulheres. Em relação à distribuição das posições de classe segundo o gênero, há uma desvantagem masculina nas classes de empregado especialista, empregado qualificado, autônomos precários e empregado domésticos; um quase equilíbrio entre os especialistas autônomo; uma pequena vantagem em relação aos gerentes, supervisores e trabalhadores típicos e uma grande vantagem masculina entre os destituídos de ativos, as quais são mais relacionadas às ocupações braçais agrícolas e não agrícolas. Um dos fatores para a desvantagem masculina nas posições de classe empregado especialista e de empregado qualificado se dá pelo avanço educacional das mulheres.

1.3 Autoavaliação da saúde

1.3.1 Conceito

A epidemiologia historicamente tem utilizado medidas de morbi-mortalidade, a partir da contagem de doentes e óbitos, para aferir o estado de saúde das populações. A partir das últimas décadas do século XX, apontou-se a riqueza e a diversidade presentes em conceitos positivos da saúde, como função, desempenho, bem-estar e qualidade de vida⁷⁰. Assim, a saúde pode ser definida como um objeto plural e multifacetado, considerando a peculiaridade do ser humano, no que diz respeito à diversidade de comportamentos, valores e sentimentos que ocorre na relação dos sujeitos consigo e com o mundo¹⁷².

O conceito de qualidade de vida está intimamente relacionado com a percepção que os indivíduos têm da própria saúde, podendo ser entendida como a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária^{23,70,173}. A autoavaliação ou autopercepção da saúde ou saúde autorreferida é um construto complexo que incorpora vários aspectos de saúde física e mental, além das características individuais e sociais que resultam num indicador de percepção subjetiva de bem-estar e higidez^{70,174}. É um

indicador capaz de captar os distintos níveis ou modos de saúde, definidos tanto no sentido social, coletivo e público, quanto em termos clínicos, subjetivos e individuais^{70,175}.

A autoavaliação da saúde é uma alternativa metodológica de grande potencial para avaliação do estado de saúde em estudos populacionais⁷⁰. Há evidências sobre sua associação com medidas de morbidade^{62,176} e de mortalidade^{77,177}, sendo utilizada em vários países das diversas regiões do mundo¹⁷⁷. Estudos também demonstram uma maior procura por serviços de saúde à medida que a autopercepção da saúde se tornava pior⁷⁰. Autores apontam a predição do estado de saúde autopercebido com a mortalidade e outros desfechos em saúde devido as suas características de sensibilidade, da facilidade de compreensão da medida e da capacidade para captar de modo sumário o estado de saúde subjetiva dos indivíduos¹⁷⁹.

Numa investigação sobre a associação entre a autoavaliação da saúde e o status objetivo da saúde identificou-se que as prevalências de todas as 21 doenças investigadas estiveram associadas à pior autopercepção da saúde, sendo mais proeminente nas doenças cardiovasculares, deficiência visual e transtornos mentais. Esse mesmo estudo também identificou que indivíduos com anormalidades nos sete parâmetros laboratoriais investigados tenderam a ter pior saúde autorreferida. Os resultados levaram à conclusão de que o status de saúde subjetivo é consistente com o estado de saúde objetivo, servindo assim, como uma medida global de saúde individual, podendo inclusive ser utilizado como ferramenta de rastreamento em saúde pública para identificar pessoas e grupos populacionais mais vulneráveis¹⁷⁸.

Operacionalmente, a autoavaliação da saúde apresenta simplicidade de aplicação, sendo na maioria dos estudos formulada numa única questão: Em geral, como você avalia sua saúde? Em sua resposta, o informante define o seu estado de saúde numa escala, comumente de cinco categorias nominais (“muito ruim”, “ruim”, “regular”, “muito boa” e “excelente”) ou em escala numérica que varia, a depender do estudo, de quatro a sete pontos^{70,180}. A variável tem sido analisada em forma de escore ordinal ou em formato dicotômico, tendo vários arranjos na composição das categorias, a depender do estudo. A opção de resposta “regular” pode ser estudada como categoria separada^{181,182} ou agregada aos indivíduos com saúde ruim e muito ruim, para compor a

categoria da saúde pobre, precária ou negativa^{99,183}, bem como pode ser incluída na categoria de saúde boa ou positiva^{70,184}. Uma revisão sistemática da literatura identificou que 69,7% dos artigos analisados utilizaram a escala de cinco pontos, definindo saúde negativa para os dois últimos pontos da escala⁷⁰.

A partir de estudos em vários países que utilizaram a autoavaliação da saúde como medida do estado de saúde individual, organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, a Comissão da União Européia e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (*CDC*), passaram a recomendar sua utilização para monitorar o estado de saúde das populações⁷⁷. Assim, destaca-se a autopercepção da saúde como uma medida adequada e valiosa para descrever o perfil de saúde dos indivíduos em populações, tendências temporais e/ou espaciais, investigar os determinantes da saúde e identificar grupos mais vulneráveis^{35,70}.

Embora a facilidade de aplicação e a validade para aferir o estado de saúde, pesquisas apontam para um efeito de diferenças linguísticas e culturais na resposta da autoavaliação da saúde, necessitando fazer adequações à realidade local na sua forma de captação¹⁸⁵. Por exemplo, um estudo realizado nos Estados Unidos verificou que latinos apresentaram maior probabilidade de classificar a sua situação de saúde como negativa quando a pergunta foi feita em espanhol¹⁸⁶.

De acordo com Jylla¹⁷⁹, mesmo que a informação autorreferida possa sofrer influência de diferenças culturais ou do que o autor chama de respostas socialmente desejáveis, sua alta correlação com resultados de saúde a torna um indicador bem aceito em modelos observacionais comparativos, além de que esta influência da diversidade cultural está presente em algumas outras medidas de saúde.

Os resultados de pesquisas de autoavaliação de saúde apontam que as condições sociais mais precárias ou menor nível socioeconômico são fortes preditores da saúde negativa. Isso implica que, consistentemente em todos os contextos apresentados, as condições de vida compreendem um dos elementos fundamentais para a construção da autopercepção do indivíduo sobre sua saúde^{70,187}.

1.3.2 Modelos teórico e analítico

A autoavaliação da saúde pode ser determinada por mecanismos complexos, em vários níveis de determinação. A abordagem dos DSS no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) propõem que estes mecanismos estão dispostos em diferentes camadas, indo desde os determinantes individuais, alocados numa camada proximal, até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes da saúde, possuindo, dessa forma, determinantes em vários níveis de organização contextual¹². Este modelo inclui desde as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, relacionando-as com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias⁴.

Para o presente estudo, lançou-se mão do modelo teórico proposto por Souza⁷⁰, adaptado do modelo dos DSS de Dahlgren e Whitehead, em que serão considerados quatro contextos de determinação da autoavaliação da saúde e suas inter-relações: macro, meso e microambiente, além do contexto individual, as características dos indivíduos que determinam a percepção da própria saúde incluem as características demográficas, a posição socioeconômica, o suporte social, as condições de saúde e os hábitos de vida. O microambiente envolve as condições materiais e conformação do ambiente de moradia. O mesoambiente se refere aos aspectos físicos do meio ambiente e os serviços estruturais disponíveis onde as pessoas vivem. O macroambiente engloba a organização política e social, a macroeconomia e a infraestrutura estatal. Já as questões culturais perpassam os quatro níveis de determinação (Figura 1).

Figura 1- Modelo teórico da determinação da autoavaliação da saúde geral

FONTE: Sousa (2012)⁷⁰

Assim, à luz do modelo teórico e a partir das variáveis disponíveis na Pesquisa Nacional de Saúde 2013, propõe-se um modelo analítico para estudar a relação da posição socioeconômica e a autoavaliação da saúde, conforme a Figura 2.

Figura 2- Modelo analítico da autoavaliação da saúde geral

1.3.3 Aspectos epidemiológicos

As prevalências da autoavaliação positiva segundo os sexos encontradas em investigações de base populacional com adultos foram de 71,5% nos homens e 66,4% nas mulheres no Brasil em 2008¹⁸¹; 82,3% entre os homens e 66,9% entre as mulheres

residentes em Florianópolis-SC/Brasil em 2007¹⁸⁸; 95,7% entre os homens e 91,9% entre as mulheres das capitais do Nordeste brasileiro em 2011 e 84,5% entre os homens e 74,9% entre as mulheres de Portugal em 2005-2006¹⁸⁹; 67,4% entre os homens e 62,5% entre as mulheres na China em 2013¹⁹⁰; 82,8% entre os homens e 88,0% entre as mulheres na Suécia¹⁸³; 78,7% entre os homens trabalhadores e 64,4% entre as mulheres trabalhadoras no Chile em 2009¹⁵⁵; e de 96,5% entre os homens e de 93,5% entre as mulheres no Casaquistão em 2012¹⁹¹.

Possíveis explicações para as diferentes prevalências da saúde boa entre as diversas pesquisas recaem nas diferenças no contexto dos estudos, diferenças na escalas ou pontos de corte utilizados e, principalmente, na diversidade dos contextos socioculturais entre as populações^{66,70,126}.

De uma forma geral, a literatura científica demonstra que as mulheres, pessoas de maior idade, que se declaram pretas e pardas, residentes em locais economicamente menos favoráveis, baixa escolaridade, pior renda e pertencentes às classes sociais desfavorecidas referem mais negativamente seu estado de saúde^{67,70,187}.

Num estudo comparativo dos quatro principais inquéritos populacionais na Europa: *the European Social Survey (ESS)*, *the EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC)*, *the European Working Conditions Survey (EWCS)* and *the International Social Survey Programme (ISSP)*, com dados de 35 países, concluiu que a prevalência da saúde “não boa” variou visivelmente entre países e a pesquisa. Segundo o autor, diferenças sócio-culturais e na codificação da variável autoavaliação da saúde foram determinantes para as divergências nas prevalências encontradas entre os inquéritos⁶⁶.

As evidências científicas apontam que fatores sociais e econômicos são importantes determinantes da autoavaliação da saúde, uma vez que condições desfavoráveis de vida implicam maior estresse e sofrimento no cotidiano das pessoas. Estudos indicam que mesmo em países desenvolvidos, pertencer a grupos de menor condição socioeconômica e baixa escolaridade apresenta maior probabilidade de percepção ruim sobre a saúde^{70,192,193}.

1.4 Autoavaliação da saúde bucal

1.4.1 Conceito

A utilização de exame clínico em inquéritos de base populacional para avaliar o estado de saúde da população tem sido pouco frequente em razão do seu alto custo e escassez de recursos¹⁹⁴. A autopercepção da saúde bucal é uma medida reconhecidamente mais simples e econômica do que os exames odontológicos para serem utilizados em inquéritos epidemiológicos de larga escala^{23,195,196}.

Igualmente ao estado geral da saúde, a autoavaliação da saúde bucal é uma medida multidimensional que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos e reflete a condição objetiva da saúde bucal em termos de funcionalidade, valores sociais, culturais, emocionais e do bem-estar individual^{24,173}.

Além da facilidade de aplicação, este indicador permite mensurar de maneira rápida as condições de saúde bucal dos indivíduos e da sociedade, além de seus fatores associados^{197,198}, contribuindo para o planejamento em saúde de acordo com as necessidades da população¹⁹⁵. Para Gift, Atchison e Drury¹⁹⁴, indicadores de saúde, como a autoavaliação da saúde bucal, atuam como mediadores entre os sintomas e sinais clínicos de doenças bucais e impactos na qualidade de vida.

Considerando-se que o comportamento dos indivíduos é condicionado por suas percepções e pela importância dada a elas¹⁹⁹, o uso de medidas subjetivas torna-se cada vez mais importante em relação a avaliações de saúde²⁵, uma vez que a autopercepção é um dos fatores que influenciam a utilização de serviços odontológicos^{25,200}.

A autoavaliação negativa da saúde bucal pode ser reflexo do resultado de sentimentos provocados pela dor ou desconforto, pelo mal-estar em interação com fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais que modificam a maneira como a vida da pessoa é ou como ela a percebe¹⁹⁴.

Problemas bucais como cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias, são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de serviços de saúde²⁰¹. Esses agravos apresentam impacto negativo na vida cotidiana das pessoas,

gerando dificuldades funcionais, desordens na mastigação e na fala e insatisfação com a aparência, podendo acarretar problemas de sociabilidade, dificuldade de aceitação social e restrições no acesso ao mercado de trabalho²⁰².

Numa investigação, que utilizou informações dos adultos participantes do SB Brasil 2010 e SB Minas Gerais 2012, identificou-se que a associação de condições clínicas e autorrelatadas de saúde bucal que afetam a função e a qualidade de vida estiveram associadas a uma maior concordância, enquanto a visita recente ao dentista esteve associada à menor concordância. A concordância entre a autopercepção e a avaliação clínica foi considerada alta para ambas as populações, sendo de 78,8% no Brasil e 73,8% em Minas Gerais¹⁹⁶. Um estudo com uma população de idosos na Inglaterra encontrou que 42% dos indivíduos que tinham alguma necessidade de tratamento dentário houve concordância entre a avaliação autorreferida e a avaliação profissional²⁰³.

1.4.2 Modelos teórico e analítico

Pesquisas têm avançado nas explicações teóricas e construção de modelos que identificam uma série de fatores causais e intermediários através dos quais a posição socioeconômica afeta a saúde bucal, tais como fatores materiais, comportamentais, psicossociais e de acesso a serviços de saúde que operam em diferentes níveis e ao longo da vida^{25,93}.

Gift, Atchison e Drury (1998)¹⁹⁴ propuseram um modelo teórico baseado em modelos sociológicos de interação para compreender a percepção global da saúde bucal. Os autores defendem que a autopercepção da saúde bucal é um fenômeno múltiplo, envolvendo aspectos demográficos individuais, como idade e raça; fatores de predisposição e facilitação, como escolaridade e renda; autopercepção da saúde geral e orientações recebidas; fatores da condição de saúde bucal e fatores de autopercepção da necessidade de tratamento.

Martins, Barreto e Pordeus (2009)²³, a partir de uma adaptação ao modelo de Gift, Atchison e Drury, definem que a autoavaliação da saúde bucal está associada aos aspectos do ambiente externo, englobando o local de residência e o sistema de saúde

disponível; e das características individuais, como as características demográficas escolaridade e acesso a informações sobre cuidados em saúde, que os autores chamam de características de predisposição; e de disponibilidade de recursos, por meio da renda pessoal e familiar, bem como a adesão a um plano ou seguro de saúde para facilitar o acesso a serviços odontológicos. Este dois blocos de variáveis influenciam os comportamentos relacionados à saúde, as condições objetivas de saúde e as condições subjetivas relacionadas à saúde (Figura 3).

Dentre as variáveis coletadas na PNS 2013 e à luz do modelo teórico escolhido, propõe-se um modelo analítico para responder à pergunta de pesquisa, conforme a Figura 4.

Figura 3- Modelo teórico da determinação da autoavaliação da saúde bucal

FONTE: Martins, Barreto e Pordeus (2009)²³

Figura 4- Modelo analítico da autoavaliação da saúde bucal

^a Indivíduos com ≥ 20 dentes naturais⁷.

1.4.3 Aspectos epidemiológicos

Estudos internacionais a partir de inquéritos populacionais com adultos encontraram prevalências diversas da saúde bucal positiva, sendo 83% na Austrália entre 2004-2006⁹⁵, 81,7% em Toronto/Canadá em 2003²⁰⁴, 75,0% na Suécia em 2012⁹⁴, 68,6% nos Estados Unidos (2005-2008) e 69,2% na Inglaterra (2009)⁹³, contrastando com 35,2% em Istambul/Turquia em 2003²⁰⁵.

Estudos nacionais encontraram prevalências da autopercepção positiva da saúde entre adultos de 60,9% entre moradores de quatro municípios do estado do Rio de Janeiro em 2005²⁴, 66,8% no município de Florianópolis/SC em 2009²⁵, 44,2% entre indivíduos de 35-44 anos residentes na região Sudeste do Brasil em 2003⁹⁷ e 37,0% entre residentes no nordeste brasileiro em 2010¹⁷³. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal-SB Brasil 2010¹²⁵ mostram que 40,3% dos brasileiros de 35-44 anos de idade tinham uma percepção positiva da sua saúde bucal, variando entre as regiões de 36,1% no Norte a 47,3% no Sul do país. Para a população de 65-74 anos de idade essa percepção foi de 52,6%, variando de 47,9% no Norte e 58,2% no Centro-Oeste.

Essas diferenças nas prevalências apresentadas podem ser resultado de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como de distintas percepções acerca do estado de saúde e estilos de vida, influenciadas por valores sociais, culturais, emocionais e bem-estar individual^{23,24}.

Indivíduos que relatam mais sintomas bucais, disfunções e incapacidades apresentam pior saúde bucal autorreferida^{23,25}. Pesquisas evidenciam associações entre condição de saúde bucal, autoavaliação de saúde bucal, consciência dos sintomas, características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde bucal e qualidade de vida^{23,25}.

Apresentar sensação de boca seca, dificuldade de alimentação e perda de dentes naturais está associado a maiores prevalências de autoavaliação negativa da saúde bucal^{23,25}. Tanto a dificuldade para se alimentar como a sensação de boca seca pode refletir problemas bucais²³. Possuir menos dentes naturais aumentou em 30,0% a prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal²⁵.

Pesquisas anteriores têm encontrado associação da autoavaliação negativa da saúde bucal com fatores distais, como idade, cor de pele, escolaridade, frequência de consulta ao dentista e local da última consulta; e proximais, como perda dentária, relatar necessidade de tratamento dentário, sensação de boca seca e dificuldade de alimentação^{23,194}.

De fato, a autoavaliação da saúde bucal tende a piorar entre os indivíduos menos escolarizados^{52,53,93}, com menor renda^{14,24,206}, pertencentes a classes sociais menos privilegiadas^{52,93,207}, moradores de regiões economicamente menos desenvolvidas^{23,27} e que se declararam não brancos^{23,27}.

Porém, os resultados quanto à influência da idade e do sexo não são consensuais, havendo estudos que indicam que a autoavaliação da saúde bucal piora com o aumento da idade^{25,93,94} e entre as mulheres^{24,25}, contrastando com outros estudos que mostram que os mais velhos referem melhor saúde bucal^{23,96,97}, havendo ainda pesquisas que não encontram associação entre a idade^{83,98} ou o sexo^{23,82,83,96} e a autoavaliação de saúde bucal.

Diante do exposto, há uma grande relevância nos estudos que se propõem a analisar a relação dos marcadores de desigualdade em saúde, com destaque para a posição socioeconômica, e medidas de avaliação da saúde, tanto individual quanto populacional, no caso a autoavaliação da saúde geral e da saúde bucal. Assim, este estudo se justifica por várias razões.

Pela necessidade de produzir informações para o monitoramento dos DSS, devido ao aumento das desigualdades sociais em saúde em vários países e em momentos de restrição de gastos com políticas sociais^{12,208}. Monitorar o efeito destas desigualdades sobre a saúde das populações é fundamental para seu enfrentamento através de políticas públicas com ênfase na equidade e, sendo destacada pela OMS, que as pesquisas domiciliares de base populacional são uma importante fonte de informações para compor um sistema de vigilância de equidade em saúde⁷.

Estudos sobre a autopercepção da saúde geralmente a analisam como uma variável dicotômica⁷⁰, agregando a categoria “regular” a um dos seus extremos (saúde

positiva ou negativa). Porém, analisar a autopercepção da saúde em três categorias separadamente permitiu estudar o gradiente do estado de saúde, além de possibilitar comparar diretamente as situações extremas da saúde autopercebida.

Analisar o constructo sociológico de classe social, confrontando com os marcadores usuais de posição socioeconômica, como a escolaridade e a renda, pode contribuir para uma melhor descrição, previsão e interpretação das variações de saúde entre grupos sociais^{149,151}.

Estudos sobre classe social, que são baseados na condição de emprego, geralmente excluem uma grande parcela populacional que está fora do mercado de trabalho^{41,67}. Incluí-los como uma categoria separada, sem trazer prejuízos analíticos para as demais categorias, permite estudar a relação das condições sociais e seu impacto no estado de saúde autopercebido entre pessoas dentro e fora do mercado de trabalho.

E por último, estudos de classe social estratificados pelo sexo são escassos⁶⁶, representando assim, uma oportunidade de trazer mais elementos no estudo das desigualdades sociais em saúde entre homens e mulheres no Brasil.

Referências

1. Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review. *Milbank Q.* 2015; 93(2):392-437.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion Int.* 1991; 6(3):217-28.
3. World Health Organization [internet]. 10 facts on health inequities and their causes. [acesso em 1 maio 2017]. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/.
4. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. The social determinants of health: monitoring, research, and training; p. 178-91.
5. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet.* 2008; 372(9650):1661-9.
6. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. *Bull World Health Organ.* 2003; 81(7):539-45.
7. World Health Organization. Handbook on Health Inequality Monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
8. Eikemo TA, Huisman M, Bambra C, Kunst AE. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Soc Health Ill.* 2008; 30:565-82.
9. Huijts T, Monden CWS, Kraaykamp G. Education, educational heterogamy, and self-assessed health in Europe: a multilevel study of spousal effects in 29 European Countries. *Eur Sociol Rev.* 2010; 26(3):261-76.
10. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New Engl J Med.* 2008; 358:2468-81.
11. Sacker A, Head J, Gimeno D, Bartley M. Social inequality in physical and mental health comorbidity dynamics. *Psychosom Med.* 2009; 71:763-70.
12. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS Rev Saude Colet.* 2007; 17(1):77-93
13. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BR). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final. [S.l.]; 2008.
14. Sgan-Cohen HD, Evans RW, Whelton H, Villena RS, MacDougall M, Williams DM, et al. IADR Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA): a call to action. *J Dent Res.* 2013; 92:209-11.
15. Cheuvel C, Leist AK. Socioeconomic hierarchy and health gradient in Europe: the role of income inequality and of social origins. *Int J Equity Health.* 2015; 14:132-44.
16. Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Socioeconomic position and self-rated health: the contribution of childhood socioeconomic circumstances, adult socioeconomic status, and material resources. *Am J Public Health.* 2005; 95:1403-9.

17. Osler M, Madsen M, Andersen AMN, Avlund K, Mcgue M, Jeune B, et al. Do childhood and adult socioeconomic circumstances influence health and physical function in middle-age? *Soc Sci Med*. 2009; 68(8):1425-31.
18. Pongiglione B, Stavola BL, Ploubidis GB. A systematic literature review of studies analyzing inequalities in health expectancy among the older population. *PLoS ONE*. 2015; 10(6):e0130747.
19. Darin-Mattsson A, Fors S, Kåreholt I. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *Int J Equity Health*. 2017; 16:173-84.
20. Ortiz-Hernández L, Pérez-Salgado D, Tamez-González S. Desigualdad socioeconómica y salud en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015; 53(3):336-47.
21. Maika A, Mittinty MN, Brinkman S, Harper S, Satriawan E, Lynch JW. Changes in socioeconomic inequality in Indonesian children's cognitive function from 2000 to 2007: a decomposition analysis. *PLoS ONE*. 2013; 30:e78809.
22. Cheng NF, Kan PZ, Gansky SA. Methods and softwares for estimating health disparities: the case of children's oral health. *Am J Epidemiol*. 2008; 168:906-14.
23. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2):421-35.
24. Mendonça HLC, Szwarcwald CL, Damacena GN. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(10):1927-38.
25. Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Desigualdades na autoavaliação de saúde bucal em adultos. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(4):740-51.
26. Costa SM, Martins CC, Bonfim MLC, Zina LG, Paiva SM, Pordeus IA, et al. A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. *Int J Public Health Res*. 2012; 9:3540-74.
27. Nico LS, Andrade SSCA, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(2):389-98.
28. Peres MA, Luzzi L, Peres KG, Sabbah W, Antunes JL, Do LG. Income-related inequalities in inadequate dentition over time in Australia, Brazil and USA adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43(3):217-25.
29. World Health Organization [internet]. Oral Health. Fact sheet n. 318. Geneva; c2012. [acesso em 1 maio 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>.
30. Tsakos G, Steele J, Treasure E. Patterns of oral health inequalities in high-income countries. In: Watt RG, Listl S, Peres M, Heilmann A. *Social inequalities in oral health: from evidence to action*. London: International Centre for Oral Health Inequalities Research and Policy; 2015. p. 6-7.
31. Do LG, Moysés SJ, Mathur M. Patterns of oral health inequalities in middle- and low-income countries. In: Watt RG, Listl S, Peres M, Heilmann A. *Social inequalities in oral health: from evidence to action*. London: International Centre for Oral Health Inequalities Research and Policy; 2015. p. 8-9.

32. Cebolla VM, Ascanio ALC, León PDR, Barrientos RR, Castillo MJT. Desigualdad en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gac Sanit*. 2015; 28(6):511-21.
33. Bleich SN, Jarlenski MP, Bell CN, LaVeist TA. Health inequalities: trends, progress, and policy. *Annu Rev Public Health*. 2012; 33:7-40.
34. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol*. 2005; 34:295-305.
35. Moor I, Spallek J, Richter. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 0:1-11.
36. Galobardes B, Lynch J, Smith GD. Measuring socioeconomic position in health research. *British Med Bull*. 2007; 81-82:21-37.
37. Howe LD, Galobardes B, Matijasevich A, Gordon D, Johnston D, Onwujekwe O, et al. Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low- and middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. *Internl J Epidemiology*. 2012; 41:871-86.
38. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006a; 60:7-12.
39. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 2). *J Epidemiol Community Health*, 2006b; 60:95-101.
40. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US Public Health Research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*. 1997; 18:341-78.
41. Figueiredo Santos JA. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2005; 20(58):27-46.
42. Le Grand C, Tåhlin M. Class, occupation, wages, and skills: The iron law of labor market inequality. *Comp Soc Res*. 2013; 30:30-46.
43. Dannefer D. Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Crossfertilizing age and social science theory. *J Gerontol Soc Sci*. 2003; 58:S327-37.
44. Hayward MD, Hummer RA, Sasson I. Trends and group differences in the association between educational attainment and US adult mortality: implications for understanding education's causal influence. *Soc Sci Med*. 2015; 127:8-18.
45. Van Zon SKR, Bültmann U, Leon CFM, Reijneveld SA. Absolute and relative socioeconomic health inequalities across age groups. *PLoS ONE*. 2015; 10(12):e0145947.
46. Davey SG, Hart C, Hole D, Mackinnon P, Gillis C, Watt G, et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52:153-60.
47. Geyer S, Hemstrom O, Peter R, Vagero D. Educational, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60:804-10.
48. Sugisawa H, Harada K, Sugihara Y, Yanagisawa S, Shinmei M. Socioeconomic status and self-rated health of Japanese people, based on age, cohort, and period. *Pop Health Metrics*. 2016. 14:27-38.

49. Van Lenthe FJ, Kamphuis CB, Beenackers MA, Jansen T, Looman CWN, Nusselder WJ, et al. Cohort profile: understanding socioeconomic inequalities in health and health behaviours: the GLOBE study. *Int J Epidemiol*. 2014; 43:721-30.
50. Granström F, Molarius A, Garvin P, Elo S, Feldman I, Kristenson M. Exploring trends and determinants of educational inequalities in self-rated health. *Scand J Public Health*. 2015; 43:677-86.
51. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of relative contribution of material, psychosocial and behaviours factors. *J Epidemiol Community Health*. 2016; 9:1-11.
52. Tsakos G, Demakakos P, Breeze E, Watt RG. Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging. *Am J Public Health*. 2011; 101(10):1892-9.
53. Guarnizo-Herreno CC, Tsakos G, Sheiham A, Marmot MG, Kawachi I, Watt RG. Austin Powers bites back: a cross sectional comparison of US and English national oral health surveys. *BMJ*. 2015; 351:h6543.
54. Sen G, Östlin P. Gender inequality in health: why it exists and how we can change it? *Global Public Health*. 2008; 3(Supl 1):1-12.
55. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55(10):693-700.
56. Denton M, Prus S, Walters V. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Sci Med*. 2004; 58:2585-600.
57. Osler M, Heitmann BL, Høidrup S, Jørgensen LM, Schroll M. Food intake patterns, self-rated health and mortality in Danish men and women. A prospective observational study. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55:399-403.
58. Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev*. 2014; 36:31-48.
59. Stanistreet D, Bambra C, Scott-Samuel A. Is patriarchy the source of men's higher mortality? *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59(10):873-6.
60. Figueiredo Santos JA. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2011; 26(75):27-56.
61. Mortensen LH, Rehnberg J, Dahl E, Diderichsen F, Elstas JI, Martikainen, et al. Shape of the association between income and mortality: a cohort study of Denmark, Finland, Norway and Sweden in 1995 and 2003. *BMJ Open*. 2016; 6:e010974.
62. Prus SG. Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada. *Soc Sci Med*. 2011; 73(1):50-9.
63. Roy K, Chaudhuri A. Influence of socioeconomic status, wealth and financial empowerment on gender differences in health and healthcare utilization in later life: evidence from India. *Soc Sci Med*. 2008; 66(9):1951-62.
64. Harryson L, Novo M, Hammarström A. Is gender inequality in the domestic sphere associated with psychological distress among women and men? Results from the Northern Swedish Cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2012; 66(3): 271-6.
65. The World Bank. World Development Report 2012: Gender equality and development. Washington (DC): The World Bank; 2012.

66. Toch-Marquardt M. Does the pattern of occupational class inequalities in self-reported health depend on the choice of survey? A comparative analysis of four surveys and 35 European countries. *Eur J Public Health*. 2017; 27(Sup 1):34-9.
67. Kong KA, Khang Y, Cho H, Jang S, Jung-Choi K. Neo-Marxian social class inequalities in self-rated health among the employed in South Korea: the role of material, behavioral, psychosocial, and workplace environmental factors. *BMC Public Health*. 2017; 17:345.
68. Espelt A, Font-Ribera L, Rodríguez-Sanz M, Artazcoz L, Ferrando J, Plaza A, et al. Disability among older people in a Southern European city in 2006: trends in gender and socioeconomic inequalities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010; 19:927-33.
69. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Marques AP, Almeida WS, Montilla DER. Inequalities in healthy life expectancy by Brazilian geographic regions: findings from the National Health Survey, 2013. *Int J Equity in Health*. 2016; 15:141-50.
70. Souza DE. Determinação Social da Saúde: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida [Doutorado]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2012.
71. Pinillos-Franco S, García-Prieto C. The gender gap in self-rated health and education in Spain. A multilevel analysis. *PLoS ONE*. 2017; 12(12):e0187823.
72. Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2011; 22(6):781-6.
73. Gorman BK, Read JG. Gender disparities in adult health: an examination of three measures of morbidity. *J Health Soc Behav*. 2006; 47: 95-110.
74. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007; 23:565-74.
75. Dahlin J, Harkonen J. Cross-national differences in the gender gap in subjective health in Europe: Does country-level gender equality matter? *Soc Sci Med*. 2013. 98:24-8.
76. Bambra C, Pope D, Swami V, Stanistreet D, Roskam A, Kunst A, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epid Community Health*. 2009; 63(1):38-44.
77. Idler EL. Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist*. 2003; 43(3):372-5.
78. Case A, Paxson CH. Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*. 2005; 42(2):189-214.
79. Read JG, Gorman BK. Gender and health inequality. *Annual Rev Soc*. 2010; 36:371-86.
80. McDonough P, Walters V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Med*. 2001; 52(4):547-59.
81. Sanders AE, Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2004; 28(2):159-66.
82. Armfield JM, Mejía GC, Jamieson LM. Socioeconomic and psychosocial correlates of oral health. *Int Dental J*. 2013; 63:202-9.

83. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RSC, Cimdões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(3):611-22.
84. Figueiredo Santos JA. A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2009; 24(70):37-61.
85. House JS, Lantz PM, Herd P. Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study). *J Gerontol Soc Sci*. 2005; 60(Spec 2):15-26.
86. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005; 365:1099-104.
87. Guille E, Bopp M, Faeh D, Paccaud F. Socioeconomic gradients in mortality in the oldest old: a review. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010; 51:37-40.
88. Lynch SM. Cohort and life-course patterns in the relationship between education and health: a hierarchical approach. *Demography*. 2003; 40:309-31.
89. Kaneda T, Zimmer Z, Tang Z. Socioeconomic status differentials in life and active life expectancy among older adults in Beijing. *Disabil Rehabil*. 2005; 27:241-51.
90. Chan A, Zimmer Z, Saito Y. Gender differentials in disability and mortality transitions: the case of older adults in Japan. *J Aging Health*. 2011; 23:1285-308.
91. Kalmijn K, Alessie R. Life course changes in income: an exploration of age-and stage effects in a 15-year panel in the Netherlands. *Netspar Panel Papers*. Tilburgo: Netspar; 2008.
92. Benzeval M, Green MJ, Leyland AH. Do social inequalities in health widen or converge with age? Longitudinal evidence from three cohorts in the west of Scotland. *BMC Public Health*. 2011; 47:947-58.
93. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Fuller E, Steele JG, Shen J, Morris S, et al. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC Public Health*. 2014; 14:827-36.
94. Molarius A, Engstrom S, Flink H, Simonsson B, Tegelberg A. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilization after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health*. 2014; 14:134-42.
95. Mejia G, Armfield JM, Jamieson LM. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. *Aust Dent J*. 2014; 59(2):226-33.
96. Sanders AE, Slade GD. Deficits in perceptions of oral health relative to general health in populations. *J Public Health Dent*. 2006; 66(4):255-62.
97. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação de saúde bucal entre adultos e idosos residentes na região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1699-707.
98. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(4):349-55.
99. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(8):1572-82.
100. Bastos JL, Peres MA, Peres KG, Dumith SC, Gigante DP. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. *Rev Saude Publica*. 2008; 42:324-34.

101. Bastos JL, Dumith SC, Santos RV, Barros AJD, Del Duca GF, Gonçalves H, et al. Does the way I see you affect the way I see myself? Associations between interviewers' and interviewees' "color/ race" in southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25:2111-24.
102. Osorio RG. O sistema classificatório de "cor ou raça" do IBGE. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003.
103. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
104. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(5):1586-94.
105. 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 Saude Publica*. 2004; 20(3):660-78.
106. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA, et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública. *Interface Comum Saude Educ*. 2009; 13:383-94.
107. Soares SSD. O perfil da discriminação no mercado de trabalho: homens negros, mulheres brancas e mulheres negras. Texto para Discussão 769. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2000.
108. Biderman C; Guimarães NA. Na ante-sala da discriminação: o preço dos atributos de sexo e cor no Brasil (1989-1999)". *Estudos Feministas*. 2004; 12(2):177-200.
109. Figueiredo Santos JA. Classe social e desigualdade de gênero no Brasil. *DADOS Rev Ci Soc*. 2008; 51(2):353-402.
110. Rodrigues CG, Maia AG. Como a posição social influencia a auto-avaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. *Cad Saude Publica*. 2010; 26:762-74.
111. Dachs JNW, Norberto W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Cien Saude Col*. 2002; 7:641-57.
112. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saude Publica*. 2007; 23:305-13.
113. Bécaries L, Nazroo J, Albor C, Chandola T, Stafford M. Examining the differential association between self-rated health and area deprivation among white British and ethnic minority people in England. *Soc Sci Med*. 2011; 64:616-24.
114. Araújo V, Flores P. Redistribuição de renda, pobreza e desigualdade territorial no Brasil. *Rev Soc Polit*. 2017; 25(63):159-82.
115. Hoffmann R. Transferências de renda e a redução da desigualdade no Brasil e cinco regiões entre 1997 e 2004. *Rev Economica*. 2006; 8(1):55-81.
116. Silveira-Neto RM; Azzoni CR. Social policy as regional policy: market and nonmarket factors determining regional inequality. *J Regional Sci*. 2012; 52(3):433-50.
117. Soares S, Souza LR, Silva WJ, Silveira FG. Perfil da Pobreza: Norte e Nordeste rurais. Brasília: Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo; 2015.

118. Figueiredo Santos JA. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saude Soc.* 2018; 27(2):556-72.
119. Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith J. Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA.* 2006; 295(17):2037-45.
120. Souza PHGF. Os efeitos das desigualdades regionais sobre a desigualdade interpessoal de renda no Brasil, nos Estados Unidos e no México. Texto para Discussão 1897. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
121. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet.* 2016; 21(2):351-70.
122. Resende GM, Cruz BO, Monteiro Neto A, Castro CN, Barufi AMB, Coelho MHP, et al. Fatores recentes do desenvolvimento regional no Brasil. Texto para Discussão 2054. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2015.
123. Penna C, Linhares F, Carvalho E, Tropieri Neto N. Análise das disparidades de bem-estar entre os estados brasileiros. *Est Econ.* 2013; 43(1):51-78.
124. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica.* 2010; 44(2):360-5.
125. Ministério da Saúde (BR). SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: principais resultados. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
126. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica.* 2009; 43(Supl 2):27-37.
127. Cabieses B, Zitko P, Pinedo R, Espinoza M, Albor C. ¿Como se ha medido la posición social y investigación en salud? Una revisión de la literatura internacional. *Rev Panam Salud Publica.* 2011; 29(6):457-68.
128. Eriksson I, Unden AL, Elofsson S. Self-rated Health. Comparisons between three different measures. Results from population study. *Int J Epidemiol.* 2001; 30:326-33.
129. Lahelma E. Health and social stratification. In: Cocherham W. *The blackwell companion to medical sociology.* Oxford: Blackwell; 2001. p. 135-57.
130. Cowell A. The relationship between education and health behavior: some empirical evidence. *Health Econ.* 2006; 15(2):125-46.
131. Cavelaars A, Kunst A, Geurts J, Crialesi R. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ.* 2000; 320:1102-7.
132. Von Dem KO, Verde P, Dragano N. Education and health in 22 European countries. *Soc Sci Med.* 2006; 63(5):1344-51.
133. Vincensa N, Emmelina M, Stafströma M. Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis. *Soc Sci Med.* 2018; 196:115-22.
134. Duncan GJ, Daly MC, McDonough P, Williams DR. Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *Am J Public Health.* 2002; 92:1151-7.
135. Ross C, Mirowsky J. Gender and the health benefits of education. *Sociol Q.* 2010; 51(1):1-19.
136. Ross C, Masters R, Hummer R. Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography.* 2012; 49(4):1157-83.
137. Koskinen S, Martelin T. Why are socioeconomic mortality differences smaller among women than among men? *Soc Sci Med.* 1994; 38(10):1385-96.

138. Mackenbach JP, Kunst AE, Groenhouf F, Borgan JK, Costa G, Faggiano F, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health*. 1999; 89(12):1800-6.
139. Zajacova A. Education, gender, and mortality: Does schooling have the same effect on mortality for men and women in the US? *Soc Sci Med*. 2006; 63(8):2176-90.
140. Laditka J, Laditka S. Associations of educational attainment with disability and life expectancy by race and gender in the United States: a longitudinal analysis of the panel study of income dynamics. *J Aging Health*. 2016; 28(8):1403-25.
141. Regidor E, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. The size of educational differences in mortality from specific causes of death in men and women. *Eur J Epidemiol*. 2003; 18:395-400.
142. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(2):250-58.
143. Rehnberg J, Fritzell J. The shape of the association between income and mortality in old age: a Longitudinal Swedish National Register Study. *SSM Popul Health*. 2016; 2:750-6.
144. Marmot M. The influence of income on health: views of an epidemiologist. *Health Aff (Millwood)*. 2002; 21(2):31-46.
145. Lynch JW, Smith GD, Kaplan GA, House JS. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *BMJ*. 2000; 320(29):1200-4.
146. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36(1):1-10.
147. Muennig P. Health selection vs. causation in the income gradient: What can we learn from graphical trends? *J Health Care Poor Underserved*. 2008;19:574-9.
148. Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA, et al. Is Income inequality a determinant of population health? Part 1. A Systematic Review. *Milbank Q*. 2004; 82:5-99.
149. Figueiredo Santos JA. Classe social e deslocamentos de renda no Brasil. *DADOS Rev Ci Soc*. 2015; 58(1):79-110.
150. Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav*. 1995; Spec No:80-94.
151. Barata RB, Ribeiro MCSA, Silva ZP, Antunes JLF. Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(4):647-55.
152. Solla JJSP. Diferenças nas propostas de operacionalização do conceito de classe social empregadas em estudos epidemiológicos. *Cad Saude Publica*. 1996; 12(3):329-37.
153. Tan JJX, Kraus MW. Lay theories about social class buffer lower-class individuals against poor self-rated health and negative affect. *Pers Soc Psychol Bull*. 2015; 41(3):446-61.
154. Dretna P, Lavrakas PJ. Over the limit: the association among health, race and debt. *Soc Sci Med*. 2000; 50:517-29.
155. Rocha KB, Muntaner C, Solar O, Borrell C, Bernalles P, González MJ, et al. Clase social, factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su asociación con la salud autopercebida y mental en Chile. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(10):2219-34.

156. Cohen S, Alper CM, Doyle WJ, Adler N, Treanor JJ, Turner RB. Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health Psychology*. 2008; 27:268-74.
157. Gordon-Larsen P, Nelson MC, Page P, Popkin BM. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*. 2006; 117:417-24.
158. Moore LV, Diez Roux AV. Associations of neighborhood characteristics with the location and type of food stores. *Am J Public Health*. 2006; 96:325-31.
159. Chang VW, Lauderdale DS. Fundamental cause theory, technological innovation, and health disparities: the case of cholesterol in the era of statins. *J Health Soc Behav*. 2009; 50(3):245-60.
160. Davey Smith G, Hart C, Hole D, MacKinnon P, Gillis C, Watt G, et al. Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk? *J Epidemiol Commun Health*. 1998; 52:153-60.
161. Wright EO. Class analysis. In: Wright EO. *Class counts: comparative studies in class analysis*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 2000. p. 41-67.
162. Goldthorpe JH. Analysing social inequality: a critique of two recent contributions from economics and epidemiology. *Eur Soc Rev*. 2010; 26(6):731-44.
163. Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Publica*. 2001; 75(1):13-22.
164. Bronfman M, Tuirán RA. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuad Med Soc*. 1984; 29(30):53-75.
165. Singer P. *Dominação e desigualdade: estrutura de classes e repartição de renda no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.
166. Barros MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Rev Saude Publica*. 1986; 20(4):269-73.
167. Lombardi C, Bronfman M, Facchini LA, Victora CG, Barros FC, Béria JU, et al. Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev Saude Publica*. 1988; 22(4):253-65.
168. Figueiredo Santos JA. Efeitos da classe social na desigualdade racial no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2005; 48(1):21-65.
169. Figueiredo Santos JA. Esquema de classe para abordar a desigualdade de saúde no Brasil. *Cad Itaboraí*. 2013; 1(1):39-64.
170. Arber S, Lahelma E. Inequalities in women's and men's ill-health: Britain and Finland compared. *Soc Sci Med*. 1993; 37:1055-68.
171. López-Ruiz M, Artazcoz L, Martínez JM, Rojas M, Benavides FG. Informal employment and health status in Central America. *BMC Public Health*. 2015; 15:698-710.
172. Almeida-Filho N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
173. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(Supl 3):98-108.
174. Jylha M, Volpato S, Guralnik JM. Self-rated showed a graded association with frequently used biomarkers in large population sample. *J Clin Epidemiol*. 2009; 59:465-71.
175. Almeida-Filho N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad Saude Publica*. 2001; 17(4):753-70.

176. Alexopoulos EC, Geitona M. Self-rated health: Inequalities and potential determinants. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6:2456-69.
177. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(3):267-75.
178. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013; 13:320-29.
179. 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.
180. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ESF. Associação entre fatores contextuais e autoavaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11):2533-54.
181. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. *Cienc Saude Col*. 2011; 16(9):3769-80.
182. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PR, Almeida Wda S, Lima LT, Malta DC, et al. Determinants of self-rated health and the influence of healthy behaviors: results from the National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(Supl 2):33-44.
183. Hakeberg M, Boman UW. Self-reported oral and general health in relation to socioeconomic position. *BMC Public Health*. 2018; 18:63-71.
184. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(Sup 1):54-64.
185. Lima-Costa MF, Steptoe A, Cesar CC, Oliveira C, Proietti FA, Marmot M. The influence of socioeconomic status on the predictive power of self-rated health for 6-year mortality in English and Brazilian older adults: the ELSA and Bambuí cohort studies. *Ann Epidemiol*. 2012; 22:644-8.
186. Viruell-Fuentes EA, Morenoff JD, Williams DR, House JS. Language of interview, self-rated health, and the other Latino health puzzle. *Am J Public Health*. 2011; 101:1306-13.
187. Lorenzo T, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Sánchez A, Maseda A. Predictores de mala salud autopercibida en una población de personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013; 48(6):272-75.
188. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(5):901-11.
189. Carvalho AT, Malta DC, Barros MBA, Oliveira PNFP, Mendonça DMMV, Barros H. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(11):2449-61.
190. Cai J, Coyte PC, Zhao H. Determinants of and socioeconomic disparities in self-rated health in China. *Int J Equity Health*. 2017; 16:7-34.
191. Supiyev A, Nurgozhin T, Zhumadilov Z, Sharman A, Marmot M, Bobak M. Levels and distribution of self-rated health in the Kazakh population: results from the Kazakhstan Household Health Survey 2012. *BMC Public Health*. 2014; 14:768-75.

192. Subramanian SV, Delgado I, Jadue L, Vega J, Kawachi I. Income inequality and health: multilevel analysis of Chilean communities. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57:844-8.
193. Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damacena GN. Socioeconomic inequalities in the use of outpatient services in Brazil according to health care need: evidence from the World Health Survey. *BMC Health Serv Res*. 2010; 10:217-24.
194. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*. 1998; 77(7):1529-38.
195. 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.
196. Nascimento AR, Andrade FB, César CC. Fatores associados à concordância entre autopercepção e avaliação clínica da necessidade de tratamento dentário em adultos do Brasil e de Minas Gerais. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(10):e00039115.
197. Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31:351-60.
198. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010; 38(4):348-59.
199. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cienc Saude Col*. 2011; 16:3317-29.
200. Coulter I, Yamamoto JM, Marcus M, Freed J, Der Martirosian C, Guzman-Becerra N, et al. Self-reported oral health of enrollees in capitated and fee-for-service dental benefit plans. *J Am Dent Assoc*. 2004; 135(11):1606-15.
201. Silva DD, Rihs LB, Sousa MLR. Factors associated with maintenance of teeth in adults in the State of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(11):2407-18.
202. 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. *Cienc Saude Col*. 2005; 10(4):1015-24.
203. Smith JM, Sheiham A. Dental treatment needs and demands of an elderly population in England. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 8:360-4.
204. Locker D. Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health. *J Public Health Dent*. 2009; 69(1):1-8.
205. Peker K, Bermek G. Oral health: locus of control, health behavior, self-rated oral health and socio-demographic factors in Istanbul adults. *Acta Odontol Scand*. 2011; 69(1):54-64.
206. Brennan DS, Teusner DN. Oral health impacts on self-rated general and oral health in a cross-sectional study of working age adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43:282-8.
207. Ramsay SE, Whincup PH, Watt RG, Tsakos G, Papacosta AO, Lennon LT, et al. Burden of poor oral health in older age: findings from a population-based study of older British men. *BMJ Open*. 2015; 5(12):e009476.
208. World Health Organization. Equity in health and health care: a WHO/SIDA initiative. Geneva: World Health Organization; 1996.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a relação dos marcadores de desigualdade em saúde, com destaque para a posição socioeconômica, com a autoavaliação da saúde geral e da saúde bucal da população adulta brasileira em 2013.

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Analisar a autoavaliação da saúde bucal da população adulta brasileira segundo a posição socioeconômica;
- b) Analisar a relação dos marcadores de desigualdade com a autoavaliação da saúde geral da população adulta brasileira segundo o sexo;
- c) Analisar a validade da classe social para captar diferenças na autoavaliação da saúde, quando comparada com a escolaridade e a renda domiciliar *per capita*.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho de estudo e fonte de dados

Foi realizado um estudo transversal a partir dos microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013.

Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Trata-se de um inquérito domiciliar de base populacional realizado no Brasil em 2013, executado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. Com previsão de ocorrer a cada cinco anos, a PNS substituiu o Suplemento Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, mantendo a série histórica de 1998, 2003 e 2008. A PNS foi fundamentada em três eixos principais: o desempenho do Sistema Nacional de Saúde; as condições de saúde da população brasileira e a vigilância das doenças crônicas e os fatores de risco associados¹.

A amostragem da PNS foi delineada para que seus resultados fossem divulgados para o Brasil, Grandes Regiões, Unidade da Federação (UF), Capital, Região Metropolitana (excluindo a capital), Região Integrada de Desenvolvimento Econômico - RIDE (excluindo a capital) e resto da UF (excluindo a capital, Região Metropolitana e RIDE). Ela faz parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE, que consiste em utilizar uma subamostra do novo sistema de Amostra Mestra, que subsidia o processo de amostragem das mais recentes pesquisas domiciliares do instituto².

O plano amostral da PNS se deu por conglomerados em três estágios de seleção³:

- **1º estágio (Unidade Primária de Amostragem–UPA):** seleção de setores censitários ou conjunto de setores censitários (com no mínimo 60 Domicílios Particulares Permanentes-DPP no conjunto) com probabilidade proporcional ao tamanho (dado pelo número de DPP em cada unidade), obtidos da Base Operacional Geográfica de 2010;
- **2º estágio:** seleção por amostragem aleatória simples de domicílios em cada UPA selecionada no primeiro estágio, a partir do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEF);
- **3º estágio:** seleção por amostragem aleatória simples do morador, com 18 anos ou mais de idade, entre todos os moradores adultos do domicílio.

O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, que são basicamente proporções de pessoas em determinadas categorias. Como os indicadores referem-se a grupos populacionais diferentes, também foi preciso avaliar a proporção de domicílios que possuíam pessoas nesses grupos, com base nos dados do Censo Demográfico 2010, para que fosse possível definir o tamanho de amostra necessário para estimar com a precisão requerida³.

Por falta de informações para toda a população, sobre as características envolvidas nos indicadores, os cálculos iniciais foram baseados em Amostragem Aleatória Simples (AAS), considerando que os indicadores são proporções de pessoas com a característica de interesse, e foram efetuados a fim de definir o tamanho de amostra, fixando-se os níveis de precisão desejados para as estimativas dos indicadores e para os diversos níveis geográficos em que se pretende estimá-los¹.

O plano amostral adotado na pesquisa não foi amostragem aleatória simples de pessoas e, por isso, foi realizado um ajuste no tamanho de amostra obtido considerando os valores do Efeito de Plano Amostral (EPA), os quais foram estimados pelos técnicos da Fiocruz, com base nos dados do Suplemento Saúde da PNAD 2008¹.

A coleta de dados da PNS se deu através de entrevistas face-a-face referentes às informações dos moradores do domicílio, obtenção de medidas físicas (pressão arterial, peso, altura e circunferência da cintura) e coleta de material biológico (sangue e urina), sendo estas duas últimas exclusivas para o morador adulto selecionado. A coleta de material biológico foi planejada para ser aplicada numa subamostra de 25% dos setores

censitários selecionados. A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2013 a fevereiro de 2014, tendo como principais períodos de referência: o dia da entrevista (maioria das perguntas) e a semana de 21 a 27 de julho de 2013 (principalmente para as variáveis de trabalho e rendimento). As entrevistas e as medidas físicas ficaram sob a responsabilidade dos servidores que compõem a rede de coleta do IBGE, representada pelos Agentes de Coleta, Supervisores e Coordenadores Estaduais e Nacional da PNS, os quais foram capacitados para compreender e executar detalhadamente todas as etapas da pesquisa. A coleta de material biológico se deu por uma rede de laboratórios contratados pelo Ministério da Saúde².

Foi utilizado como equipamento de coleta de dados o *Personal Digital Assistant (PDA)* contendo o questionário composto de três partes: questionário domiciliar, questionário para todos os moradores do domicílio e um questionário individual para um morador adulto selecionado por domicílio. Este último era definido por meio de seleção aleatória no próprio PDA, dentre a lista de moradores do domicílio com 18 anos ou mais. As duas primeiras partes foram respondidas por um morador do domicílio apto a fornecer informações sobre os demais moradores. O questionário individual era respondido apenas pelo morador selecionado, salvo nos casos de incapacidade física ou mental, em que outro morador poderia responder por ele². Os temas pesquisados e sua organização por blocos no questionário são apresentados no Anexo I.

Ao final do trabalho de campo, foram visitados 81.254 domicílios em todo o país, dos quais 69.954 estavam ocupados e com morador adulto selecionado para entrevista. Foram realizadas 60.202 entrevistas e medidas físicas aferidas do morador adulto selecionado, alcançando uma taxa de resposta de 86,0%⁴.

3.2 Área e população de estudo

O presente estudo analisou dados para o Brasil como um todo e suas cinco macrorregiões.

A população deste estudo foi composta dos moradores adultos selecionados, residentes nos DPP do Brasil em 2013, exceto os localizados em áreas especiais, tais como aldeias indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos,

embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos e hospitais. Também foram excluídos os setores censitários localizados em Terras Indígenas¹.

DPP é o domicílio particular localizado em unidade que se destina a servir exclusivamente de moradia, ou seja, em casa, apartamento ou cômodo, independentemente do material utilizado em sua construção e destinado exclusivamente à moradia¹.

Para este estudo foram excluídos os indivíduos com informações ausentes para cor ou raça (n=3) e dos que apenas ajudavam, sem remuneração, no trabalho de algum membro do domicílio (n=441), que não puderam ser classificados na tipologia de classe social utilizada, nem considerados como pessoas fora da força de trabalho, totalizando 59.758 indivíduos na amostra final, sendo 25.818 (43,2%) homens e 33.940 (56,8%) mulheres.

3.3 Variáveis de estudo

A seguir são apresentadas separadamente as variáveis utilizadas em cada artigo.

3.3.1 Variáveis do Artigo 1

A seleção das variáveis estudadas se baseou no modelo teórico de determinação da autoavaliação da saúde bucal proposto por Martins, Barreto e Pordeus⁵, apresentado anteriormente, segundo o qual a forma como as pessoas percebem sua saúde bucal é definida por aspectos do ambiente externo, características individuais, comportamento relacionados à saúde, condições objetivas e subjetivas relacionadas à saúde.

A autoavaliação de saúde bucal foi estudada por meio da seguinte questão: “Em geral, como o(a) senhor(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?”, com cinco opções de resposta. Estas foram agregadas em positiva (incluindo as categorias “muito boa” e “boa”), regular e negativa (incluindo as categorias “ruim” e “muito ruim”). A

escolha de estudar o desfecho em três categorias se deu pela possibilidade de analisar o gradiente do estado de saúde, comparar diretamente as condições extremas da saúde autorreferida (positiva e negativa) e conforme estudos anteriores^{6,7}.

Foram utilizados os seguintes marcadores da posição socioeconômica: região de residência (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste), nível de escolaridade completo (superior, médio, fundamental e nenhum), renda domiciliar *per capita* em salários mínimos (>6, >3 a 6, >1 a 3 e ≤1) e classe social.

A região de residência, em conformidade com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde do Brasil⁸, foi considerada uma variável de posição socioeconômica por refletir o sistema de oportunidades e de desvantagem social presentes no território, influenciando dessa forma as demais variáveis de posição socioeconômica. Além do que, há uma marcante heterogeneidade entre as grandes regiões brasileiras que persiste ao longo do tempo, devido aspectos históricos, culturais, ambientais, de condições de vida e trabalho e de serviços de saúde^{9,10}.

Para definir o nível de escolaridade dos indivíduos, levou-se em consideração o nível de escolaridade completo mais elevado. Indivíduos com nível incompleto foram alocados na categoria imediatamente inferior.

A renda domiciliar *per capita* resultou da soma dos rendimentos brutos mensais, em dinheiro (variável E01602) e produtos (variável E01604) de todos os indivíduos do domicílio, dividida pelo número total de moradores. A categorização em salários mínimos da variável final foi baseada na distribuição da estimativa populacional no Brasil para esta variável. Foram testadas outras categorizações, levando também em consideração a estatística descritiva na população estudada (média da renda domiciliar *per capita* de R\$1.185,68, desvio-padrão de R\$2.197,29 e mediana de R\$678,00), mas não se verificaram grandes alterações nas associações desta variável com o desfecho, sendo mantida a opção de quatro categorias para tornar semelhante ao número de categorias das demais variáveis de posição socioeconômica estudadas. O salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00¹¹.

A classe social foi definida com base na tipologia proposta por Figueiredo Santos¹² para o Brasil. Sua escolha se deu por ser a mais atual para o país,

possibilitando contemplar diferenciais na estrutura social brasileira recente, ter passado por processo de validação¹³ e sofrer uma adaptação metodológica para tratar a ausência de algumas variáveis na PNS 2013. Este constructo de classe social é elaborado a partir de informações da posição na ocupação, do grupo ocupacional (a partir da Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares - COD¹⁴) e da renda individual. Ela contempla 15 posições de classe, que foram agregadas em quatro agrupamentos sociais, também segundo proposta do autor: **posições privilegiadas** (capitalistas e fazendeiros, especialistas autônomos, gerentes, empregados especialistas e pequenos empregadores); **controladores de ativos de menor valor** (autônomos com ativos e autônomos agrícolas); **classe trabalhadora não destituída** (empregados qualificados, supervisores e trabalhadores típicos) e **destituídos de ativos** (trabalhadores elementares, autônomos precários, empregados domésticos, agrícolas precários e trabalhadores excedentes). No Anexo II são apresentados os critérios operacionais de cada posição de classe e sua estimativa populacional para o Brasil em 2013.

Seguindo a proposta de Rose e O'Reilly¹⁵, a categoria “pessoas fora da força de trabalho” foi adicionada, que compreende pessoas que não trabalhavam nem procuravam emprego no mês de referência da pesquisa⁴. A inclusão dessas pessoas numa categoria específica foi relevante devido a sua representatividade populacional, pois engloba mais de um terço da população adulta brasileira, além da possibilidade de comparar a associação dos marcadores de desigualdade com a autopercepção de saúde entre pessoas dentro e fora do mercado de trabalho.

Como variáveis que poderiam influenciar a associação entre a autoavaliação de saúde bucal e os marcadores de desigualdade em saúde, utilizaram-se o sexo (masculino e feminino), idade (18-29, 30-44, 45-59 e ≥ 60 anos), cor ou raça autodeclarada (branca, parda, preta e outras), dentição funcional (sim e não), dificuldade de se alimentar devido a problemas nos dentes ou dentadura (sim e não), consulta ao dentista nos últimos 12 meses (sim e não), escovação dos dentes 2 ou mais vezes por dia (sim e não) e tabagismo (nunca fumou, ex-fumante ou fumante). A categoria “outras” da cor ou raça incluiu quem se autodeclarou amarelo ou indígena. Pessoas com dentição funcional são aquelas com presença de 20 ou mais dentes naturais¹⁶.

3.3.2 Variáveis Artigo 2

À luz do modelo teórico da determinação da autoavaliação da saúde geral, proposto por Souza¹⁷ e discutido anteriormente, foram selecionadas as variáveis disponíveis na PNS 2013 contemplando os componentes de contexto individual, microambiente, mesoambiente e macroambiente sugeridos pelo modelo.

A autoavaliação de saúde foi estudada por meio da seguinte questão, presente no bloco N do questionário do morador adulto selecionado: “Em geral, como o(a) senhor(a) avalia sua saúde?”

Como marcadores de desigualdade em saúde foram utilizadas as seguintes variáveis: cor ou raça autodeclarada, região de residência, nível de escolaridade completo, renda domiciliar *per capita* em salários mínimos e classe social.

As variáveis dependente e independentes do Artigo 2 seguiram os mesmos critérios de definição e de categorização das variáveis do Artigo 1.

Como variáveis que poderiam influenciar a associação entre a autoavaliação de saúde e os marcadores de desigualdade em saúde, utilizaram-se idade (18-29, 30-44, 45-59 e ≥ 60 anos), a situação do domicílio (urbano e rural), vive com cônjuge ou companheiro(a) (sim e não), atividade física nos últimos três meses (sim e não), tabagismo (nunca fumou, ex-fumante ou fumante), consumo abusivo de álcool (sim e não) e obesidade (sim e não). Foi considerado uso abusivo de álcool os indivíduos com ingestão de 4 ou mais doses, no caso de mulher, ou cinco ou mais doses, no caso de homem, em uma única ocasião, dentro dos últimos 30 dias¹. Foram considerados obesos os indivíduos com Índice de Massa Corporal ≥ 30 , obtido pela divisão do peso corporal, medido em quilogramas, pela altura ao quadrado, medida em metros (kg/m^2)¹.

Apenas a variável obesidade foi obtida por meio de medidas físicas do morador adulto selecionado, sendo as demais variáveis do estudo autorreferidas.

3.4 Análise de dados

A análise foi realizada no *software* Stata versão 11.0 (College Station, TX, USA, 2009) com o módulo *survey*, levando em consideração todos os elementos que definem uma amostragem complexa¹⁸, tais como: estratificação, conglomeração, probabilidades desiguais de seleção e peso amostral para o morador adulto selecionado, com correção de não entrevista e calibração pela projeção da população. Foram calculadas frequências absolutas e relativas de todas as variáveis de estudo.

Para avaliar a associação entre marcadores de desigualdade e autoavaliação de saúde geral e bucal foram calculados *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%) por meio de modelos de regressão logística multinomial, sendo estratificados pelo sexo no caso da autoavaliação de saúde geral, pois a literatura aponta diferenciais importantes entre homens e mulheres¹⁹⁻²¹. Para cada marcador considerado, foram construídos modelos independentes, brutos e ajustados para as variáveis que mostraram confundir a associação principal investigada.

Foram realizadas diversas análises de sensibilidade no sentido de assegurar a robustez dos resultados e perceber até que ponto estes eram afetados pelas nossas decisões relativamente a métodos, modelos, pontos de corte das variáveis utilizadas e possíveis confundidores da associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde geral e bucal.

Foram testadas outras possíveis variáveis de confundimento sugeridas pela literatura, tais como: Artigo 1 – estado civil, vive com cônjuge/companheiro(a), autoavaliação de saúde geral, diagnóstico de doenças crônicas sistêmicas, uso habitual de álcool e consumo de doces; Artigo 2 – bens e serviços de consumo, densidade habitacional, autoavaliação negativa da saúde bucal, deficiências física e intelectual, diagnóstico de doenças crônicas e uso habitual de álcool. Permaneceu no modelo aquelas que, além de teoricamente estarem associadas tanto com a posição econômica como com a autoavaliação de saúde bucal e saúde geral, respectivamente, revelaram-se significativas no modelo de regressão para todos os marcadores de desigualdade

estudados. O Teste de Wald foi utilizado para avaliar os ajustes dos modelos de regressão.

3.5 Aspectos Éticos

O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde, em junho de 2013, sob o nº 10853812.7.0000.0008, obedecendo aos preceitos éticos e assegurando aos sujeitos sua voluntariedade, anonimato e possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo. Foram utilizados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a entrevista domiciliar e medidas físicas e para a coleta de material biológico².

Como o presente estudo utilizou apenas dados secundários e desidentificados, disponibilizados em domínio público através da rede de computadores, foi consultado o Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Saúde Pública/USP no período que antecedeu o Exame de Qualificação deste projeto de pesquisa (março de 2016) e foi dispensada nova submissão ao CONEP.

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
2. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015; 24(2):197-206.
3. Souza Júnior PRB, Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015; 24(2):207-16.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Indicadores de saúde e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.
5. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2):421-35.
6. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. *Cienc Saude Col*. 2011; 16(9):3769-80.
7. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PR, Almeida Wda S, Lima LT, Malta DC, et al. Determinants of self-rated health and the influence of healthy behaviors: results from the National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015; 18(Supl 2):33-44.
8. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BR). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório Final. [S.l.]; 2008.
9. Souza PHGF. Os efeitos das desigualdades regionais sobre a desigualdade interpessoal de renda no Brasil, nos Estados Unidos e no México. Texto para Discussão 1897. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013.
10. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(2):351-70.
11. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.872, de 26 de dezembro de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização a longo prazo. *Diário Oficial da União*. 26 de dezembro de 2012.
12. Figueiredo Santos JA. Esquema de classe para abordar a desigualdade de saúde no Brasil. *Cad Itaborai*. 2013; 1(1):39-64.
13. Figueiredo Santos JA. Efeitos da classe social na desigualdade racial no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2005; 48(1):21-65.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares - COD. Principais diferenças entre a COD e a CBO-Domiciliar. 8º Fórum SIPD. Rio de Janeiro; c2010. [acesso em 5 maio 2017]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/oitavo_forum/COD.pdf.

15. Rose D, O'Reilly K. The ESRC review of government social classifications. London: Office for National Statistics; Swindon: Economic and Social Research Council; 1998.
16. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5. ed. Geneva: World Health Organization; 2013. From surveys to surveillance; p. 65-97.
17. Souza DE. Determinação Social da Saúde: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida [Doutorado]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2012.
18. Figueiredo Santos JA. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Rev Bras Ci Soc.* 2011; 26(75):27-56.
19. Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev.* 2014; 36:31-48.
20. Cebolla VM, Ascanio AL, León PDR, Barrientos RR, Castillo MJT. Desigualdad en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gac Sanit.* 2015; 28(6):511-21.
21. Pinillos-Franco S, García-Prieto C. The gender gap in self-rated health and education in Spain. A multilevel analysis. *PLoS ONE.* 2017; 12(12):e0187823.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão são apresentados na forma de dois artigos científicos:

4.1 Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, que teve como objetivo analisar a autoavaliação de saúde bucal da população adulta brasileira segundo a posição socioeconômica, explorando as variáveis com maior sensibilidade para medir tal associação;

4.2 Marcadores de desigualdade na autoavaliação de saúde de adultos no Brasil segundo o sexo, que teve como objetivo principal analisar a autoavaliação da saúde da população adulta brasileira segundo os marcadores de desigualdade em saúde estratificada pelo sexo. Como objetivo secundário, analisar a validade da classe social para captar diferenças na autoavaliação da saúde quando comparada com a escolaridade e renda domiciliar *per capita*.

Posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde

Socioeconomic position and self-assessment oral health in Brazil: results from the National Health Survey

Posición socioeconómica y autoevaluación de salud bucal en Brasil: resultados de la Encuesta Nacional de Salud

Título resumido: Posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal no Brasil

Jailson Lopes de Sousa^{1,2,3}

Ana Henriques³

Zilda Pereira da Silva²

Milton Severo^{3,4}

Susana Silva^{3,4}

¹IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasil

²Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, Brasil

³EPIUnit – Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Portugal

⁴Departamento de Ciências da Saúde Pública e Forenses e Educação Médica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Portugal

Resumo

Analizou-se a autoavaliação de saúde bucal da população adulta brasileira segundo a posição socioeconômica (região de residência, escolaridade, renda e classe social), explorando as variáveis com maior sensibilidade para medir tal associação. Estudaram-se 59.758 indivíduos com 18 anos ou mais de idade, que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, um inquérito domiciliar de base populacional. A autoavaliação da saúde bucal (dentes e gengivas) foi analisada como positiva, regular e negativa. Através da regressão logística multinomial, estimaram-se *odds ratio* (OR) brutos e ajustados e os respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%). A prevalência da autoavaliação de saúde bucal positiva foi 67,4%, 26,7% para regular e 5,9% para negativa. Após ajuste, a chance de autoavaliar a saúde bucal como negativa foi significativamente mais elevada entre os indivíduos com renda domiciliar *per capita* de

até um salário mínimo (OR=4,71; IC95%: 2,84-7,83), sem escolaridade (OR=3,28; IC95%: 2,34-4,61), da classe social destituídos de ativos (OR=3,03; IC95%: 2,12-4,32) e residentes da região nordeste (OR=1,50; IC95%: 1,19-1,89). Diversos indicadores de posição socioeconômica influenciam a percepção sobre a saúde bucal, mas a renda domiciliar *per capita*, a escolaridade e a classe social foram os responsáveis pelo maior gradiente na autoavaliação de saúde bucal de adultos no Brasil em 2013.

Palavras-chave: Autoavaliação; Saúde bucal; Disparidades nos níveis de saúde; Condições sociais; Inquéritos epidemiológicos.

Abstract

We analyzed self-assessment of oral health of the Brazilian adult population in 2013, according to socioeconomic position (residence area, education, income and social class), exploring which variables would be more sensitive to measuring such association. We studied 59,758 individuals aged 18 years or over, who participated in National Health Survey 2013, a population-based household survey. The self-assessment of oral health (teeth and gums) was analyzed as positive, regular and negative. Crude and adjusted odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) were computed using multinomial logistic regression models. Overall, 67.4% of the participants considered their oral health positive, 26.7% regular and 5.9% negative. After adjustment, the probability of rating their oral health as negative was significantly higher among individuals with a *per capita* household income up to a minimum wage (OR=4.71, 95%CI: 2.84-7.83), without complete years of education (OR=3.28, 95%CI: 2.34-4.61), of the social class devoid of assets (OR=3.03, 95%CI: 2.12-4.32), living in the northeast region (OR=1.50, 95%CI: 1.19-1.89) and who self-reported their color/race as not white (black color/race: OR=1.56, 95%CI: 1.22-2.00; brown-skinned: OR=1.51, 95%CI: 1.30-1.77). Several indicators of socioeconomic position influence individual's perception of oral health, with *per capita* household income, education and social class being the ones more responsible for a greater gradient in the self-assessment of oral health among Brazilian adults in 2013.

Key-words: Self-assessment; Oral health; Health status disparities; Social conditions; Health surveys.

Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde, em 1990, e da Política Nacional de Saúde Bucal-Brasil Sorridente, em 2004, ampliou o acesso aos cuidados em saúde bucal na atenção primária e especializada e à água tratada e fluoretada, contribuindo para o fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde bucal no Brasil¹⁻⁴. Estas iniciativas, por sua vez, resultaram na melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira, ilustrada pela redução da prevalência de cárie dentária aos 12 anos de idade que mudou de 2,78 em 2003 para 2,07 em 2010⁴. Porém, a carga de doenças e

os impactos que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos ainda permanecem elevados, sobretudo nos grupos sociais menos favorecidos^{1,5-8}.

De fato, a autoavaliação da saúde bucal tende a piorar entre os indivíduos menos escolarizados⁹⁻¹¹, com menor renda^{6,12,13}, pertencentes a classes sociais menos privilegiadas^{9,10,14}, moradores de regiões economicamente menos desenvolvidas^{1,5} e que se declaram não brancos^{1,5,7}. Já os resultados quanto à influência da idade e do sexo não são consensuais: enquanto alguns estudos indicam que a autoavaliação da saúde bucal é pior entre os mais velhos^{7,9,15,16} e entre as mulheres^{6,7}, outros mostram que os mais velhos referem melhor saúde bucal^{5,17,18}, ao passo que algumas pesquisas não encontram associação entre a idade^{19,20} ou o sexo^{5,20-22} e a autoavaliação de saúde bucal. Adicionalmente, apesar de a classe social constituir um indicador adequado para dar conta da heterogeneidade da estrutura socioeconômica de países como o Brasil²³, são escassos os estudos nacionais que analisam sua influência sobre a autoavaliação da saúde bucal¹⁹. Importa, assim, avaliar em que medida a classe social representa um indicador válido para captar diferenças na autoavaliação de saúde bucal, no contexto de outros marcadores de um sistema de vigilância de equidade em saúde (como sexo, idade, cor ou raça, região de residência, escolaridade e renda)²⁴ e medidas objetivas de saúde (como perda dentária, condições clínicas de saúde bucal, frequência de consulta ao dentista, higiene bucal e tabagismo)^{5,15,21,25,26}.

Logo, o objetivo deste estudo foi analisar a autoavaliação de saúde bucal da população adulta brasileira segundo a posição socioeconômica, explorando as variáveis com maior sensibilidade para medir tal associação.

Métodos

Desenho de estudo e participantes

Foram utilizados os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, um inquérito domiciliar de base populacional, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde, previsto para ocorrer a cada cinco anos. A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em

Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, em junho de 2013 (nº 10853812.7.0000.0008)²⁷.

O trabalho de campo ocorreu entre agosto de 2013 e fevereiro de 2014 e foram realizadas entrevistas face-a-face por agentes de pesquisa do IBGE devidamente treinados e com o auxílio de um computador de mão (*Personal Digital Assistant*). Os participantes da pesquisa foram moradores de domicílios particulares permanentes, com área de abrangência em todo território nacional.

Os dados da PNS foram obtidos a partir de um plano amostral complexo, já descrito anteriormente²⁸, englobando conglomerados com três estágios de seleção: setor censitário ou conjunto de setores censitários (unidades primárias de amostragem), domicílios particulares permanentes (unidades secundárias) e um morador com 18 ou mais anos de idade por domicílio (unidades terciárias). Um total de 69.954 moradores adultos selecionados foram convidados a participar, sendo que 60.202 (86%) tiveram entrevistas realizadas. A amostra final deste estudo compreendeu 59.758 participantes com informação completa para todas as variáveis utilizadas, após a exclusão dos que não apresentavam informação para cor ou raça (n=3) e dos que apenas ajudavam, sem remuneração, no trabalho de algum membro do domicílio (n=441), que não puderam ser classificados na tipologia de classe social utilizada nem considerados como pessoas fora da força de trabalho.

Variáveis de estudo

A autoavaliação de saúde bucal foi estudada por meio da seguinte questão: “Em geral, como o(a) senhor(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?”, com cinco opções de resposta. Estas foram agregadas em positiva (incluindo as categorias “muito boa” e “boa”), regular e negativa (incluindo as categorias “ruim” e “muito ruim”).

Para definir a posição socioeconômica foram utilizadas as seguintes variáveis: região de residência (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste), nível de escolaridade completo (superior, médio, fundamental e nenhum), renda domiciliar *per capita* em salários mínimos (>6, >3 a 6, >1 a 3 e ≤1) e classe social. A renda domiciliar *per capita* resultou da soma dos rendimentos brutos mensais em dinheiro e produtos de

todos os indivíduos do domicílio, dividida pelo número total de moradores. A classe social foi definida com base na tipologia proposta por Figueiredo Santos para o Brasil²³, cruzando informações da posição na ocupação, o grupo ocupacional (a partir da Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares - COD²⁹) e a renda individual. Esta tipologia contempla 15 posições de classe, podendo ser agregadas nos seguintes grupos: posições privilegiadas (capitalistas e fazendeiros, especialistas autônomos, gerentes, empregados especialistas e pequenos empregadores); controladores de ativos de menor valor (autônomos com ativos e autônomos agrícolas); classe trabalhadora não destituída (empregados qualificados, supervisores e trabalhadores típicos) e destituídos de ativos (trabalhadores elementares, autônomos precários, empregados domésticos, agrícolas precários e trabalhadores excedentes). Seguindo a proposta de Rose e O'Reilly³⁰, a categoria “pessoas fora da força de trabalho” foi adicionada, a qual compreende pessoas que não trabalhavam nem procuravam emprego no mês de referência da pesquisa, segundo o IBGE³¹.

Como variáveis que poderiam influenciar a associação entre a autoavaliação de saúde bucal e os diversos indicadores de posição socioeconômica, utilizaram-se o sexo (feminino e masculino), a idade (18-29, 30-44, 45-59 e ≥ 60 anos), a cor ou raça autodeclarada (branca, parda, preta e outras), a dentição funcional (presença de 20 ou mais dentes naturais³²), a dificuldade de se alimentar devido a problemas nos dentes ou dentadura, consultar o dentista nos últimos 12 meses, escovar os dentes 2 ou mais vezes por dia e o tabagismo (nunca fumou, ex-fumante ou fumante).

As variáveis do estudo foram selecionadas à luz do modelo teórico de determinação da autoavaliação da saúde bucal proposto por Martins, Barreto e Pordeus⁵, segundo o qual a forma como as pessoas percebem sua saúde bucal é definida por aspectos do ambiente externo, características individuais, comportamentos relacionados à saúde, condições objetivas de saúde e condições subjetivas relacionadas à saúde.

Análise de dados

A análise foi realizada no *software* Stata versão 11.0 (College Station, TX, USA, 2009) com o módulo *survey*, levando em consideração todos os elementos que definem

uma amostragem complexa³³, tais como a estratificação, a conglomeração, as probabilidades desiguais de seleção e o peso amostral para o morador adulto selecionado, com correção de não entrevista e calibração pela projeção da população. Foram calculadas frequências absolutas e relativas de todas as variáveis de estudo.

Para avaliar a associação entre a posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal foram calculados *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%) por meio de modelos de regressão logística multinomial. Para cada variável de posição socioeconômica considerada, foram construídos modelos independentes, brutos e ajustados para todas as variáveis que mostraram confundir a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal.

Resultados

A tabela 1 mostra as características da população em estudo de acordo com as categorias da autoavaliação da saúde bucal. A maior proporção de indivíduos era do sexo feminino, com idade entre 30 e 44 anos, de cor ou raça branca, residente no Sudeste brasileiro, não apresentava qualquer nível de escolaridade completo, possuía renda domiciliar *per capita* menor ou igual a um salário mínimo e encontrava-se fora da força de trabalho. A maioria das pessoas possuía dentição funcional, não apresentava qualquer dificuldade de se alimentar devido a problemas nos dentes ou dentadura e escovavam os dentes duas ou mais vezes por dia. No entanto, pouco mais da metade referiu não ter ido ao dentista nos últimos 12 meses. Mais de dois terços dos indivíduos nunca fumaram.

Considerando a população total, mais de dois terços dos indivíduos avaliaram positivamente a sua saúde bucal (9,9% muito boa e 57,5% boa), 26,7% consideraram-na regular e 5,9% negativa (4,9% ruim e 1,0% muito ruim).

Analisando a autoavaliação da saúde bucal segundo as variáveis de posição socioeconômica investigadas, as proporções das condições regular e negativa foram maiores entre os residentes no Norte e Nordeste, com menor escolaridade, menor renda domiciliar *per capita*, das classes sociais menos privilegiadas e entre os indivíduos que

declararam possuir piores condições e cuidados em saúde bucal e entre os fumantes (Tabela 1).

Considerando cada indicador de posição socioeconômica de forma independente, a autoavaliação da saúde bucal tendeu a piorar com os menores estratos da escolaridade e da renda domiciliar *per capita*. As pessoas em posições de classe não privilegiadas e moradoras do Norte ou Nordeste revelaram-se estatisticamente mais propensas a avaliar sua saúde bucal como regular ou negativa (Tabela 2).

Na Tabela 3 (a e b) são apresentados os modelos resultantes da regressão múltipla da associação entre a posição socioeconômica e a autoavaliação de saúde bucal. De modo a identificar qual variável alusiva à posição socioeconômica seria mais sensível para analisar a autoavaliação de saúde bucal, foram construídos modelos englobando cada uma das variáveis de posição socioeconômica separadamente. Assim, após ajuste para as variáveis confundidoras já referidas, os indicadores de posição socioeconômica mais fortemente associados com maiores gradientes na autoavaliação da saúde bucal foram a renda domiciliar *per capita*, a escolaridade e a classe social. Pessoas com até um salário mínimo *per capita* (OR=3,59; IC95%: 2,85-4,54), seguido dos indivíduos com nenhum nível de escolaridade completa (OR=2,40; IC95%: 2,10-2,74) e daqueles pertencentes à classe social destituídos de ativos (OR=2,38; IC95%: 2,03-2,80), revelaram-se significativamente mais propensas a autoavaliar sua saúde bucal como regular, em detrimento de avaliações positivas (Tabela 3a). As mesmas condições se mostraram importantes para a autoavaliação negativa, ainda que com razões de chances distintas: a renda domiciliar *per capita* de até um salário mínimo destacou-se (OR=4,71; IC95%: 2,84-7,83); seguiram-se a ausência de instrução (OR=3,28; IC95%: 2,34-4,61) e os destituídos de ativos (OR=3,03; IC95%: 2,12-4,32) (Tabela 3b).

Discussão

Os resultados deste estudo mostram que mais de dois terços da população adulta brasileira avalia positivamente sua saúde bucal e que diversos indicadores socioeconômicos podem influenciar essa autoavaliação. Dos marcadores considerados,

uma posição socioeconômica mais desfavorável está associada à percepção mais negativa da saúde bucal, de modo que a renda domiciliar *per capita* mais baixa, a ausência de escolaridade e o pertencimento à classe social destituída de ativos associam-se a uma pior autoavaliação da saúde bucal.

Estudos internacionais a partir de inquéritos populacionais com adultos indicaram prevalências diversas de saúde bucal positiva: 83% na Austrália entre 2004-2006¹⁷, 81,7% em Toronto/Canadá em 2003²⁶, 75,0% na Suécia em 2012¹⁶, 68,6% nos Estados Unidos (2005-2008) e 69,2% na Inglaterra (2009)¹², contrastando com 35,2% em Istambul/Turquia em 2003³⁴. Estudos nacionais encontraram prevalências da autopercepção positiva da saúde entre adultos de 60,9% entre moradores de quatro municípios do estado do Rio de Janeiro em 2005⁶, 66,8% no município de Florianópolis/SC em 2009⁷, 44,2% entre indivíduos de 35-44 anos residentes na região Sudeste do Brasil em 2003³⁵ e 37,0% entre residentes no nordeste brasileiro em 2010³⁶. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal-SB Brasil 2010⁴ mostraram que 40,3% dos brasileiros de 35-44 anos de idade tinham uma percepção positiva da sua saúde bucal, variando entre as regiões: de 36,1% no Norte a 47,3% no Sul do país. Esta mesma prevalência foi de 52,6% para aqueles entre 65-74 anos de idade, variando de 47,9% no Norte e 58,2% no Centro-Oeste. Essas diferenças podem ser resultado de desigualdades no acesso aos serviços de saúde, bem como de distintas percepções acerca do estado de saúde e de estilos de vida, influenciadas por valores sociais, culturais e emocionais e pelo bem-estar individual^{6,7}.

Os achados deste estudo mostram que as chances de os indivíduos avaliarem sua saúde bucal de forma menos favorável aumentam à medida que diminuem a renda domiciliar *per capita* e a escolaridade, corroborando os resultados de pesquisas anteriores^{6-7,10-12,13,19}. Indivíduos economicamente desfavorecidos tendem a sofrer maiores impactos negativos dos problemas com seus dentes, boca ou próteses dentárias e relatar maior perda de elementos dentários do que os indivíduos em melhores condições econômicas⁷. Já as pessoas mais escolarizadas apresentam maior envolvimento no autocuidado e buscam mais frequentemente a resolução de problemas de saúde, além de usufruírem de melhores condições sociais e econômicas, como emprego, renda, posse de bens e acesso a serviços^{1,5,10,37-39}. O papel de destaque da renda como um indicador de posição socioeconômica fortemente associado com os

maiores gradientes de desigualdade na autopercepção da saúde bucal da população brasileira traz implicações para as políticas de saúde, pois aponta a necessidade de reforçar o acesso a cuidados de saúde bucal nos grupos mais desfavorecidos em termos econômicos.

Os resultados aqui analisados corroboram achados de outras investigações^{10,11,15,20,25}, ao mostrarem que as chances de autoavaliar a saúde bucal como regular e negativa são maiores entre pessoas com posições de classe menos privilegiadas (destituídos de ativos, pessoas fora da força de trabalho, controladores de ativos de menor valor e classe trabalhadora não destituída de ativos). Desse modo, eles contribuem para o debate em torno da classe social como indicador de posição socioeconômica relevante em estudos de base populacional no Brasil⁴⁰, sustentando o investimento na coleta sistemática de dados que permitam obter informações acerca da ocupação e da condição de emprego. A exclusão do mercado de trabalho tem efeitos deletérios para a saúde, assim como a natureza extenuante, cansativa e arriscada de algumas atividades profissionais, bem como a ausência de regulamentação dos contratos de trabalho. A tipologia original de classe proposta por Figueiredo Santos foi validada para o Brasil⁴¹ e sua adaptação metodológica²³, utilizada no presente estudo, não exige informações sobre o número de empregados, a propriedade do estabelecimento e o tamanho da propriedade agrícola, variáveis que são importantes na proposta original do autor, mas que não foram recolhidas no âmbito da PNS 2013.

Ainda que a renda, a escolaridade e a classe social apareçam como fatores socioeconômicos mais relevantes para a autoavaliação da saúde bucal na população adulta brasileira, este estudo reforça a importância de incluir outras variáveis no monitoramento das desigualdades sociais em saúde também contempladas pela OMS²⁴, como local de residência, sexo, idade e cor ou raça⁴².

Os residentes do Norte e Nordeste tenderam a avaliar pior sua condição de saúde bucal. Esses resultados são reflexos da heterogeneidade regional que persiste ao longo da história no país, compondo uma polaridade e separação em dois blocos: Norte/Nordeste e Sul/Sudeste/Centro-Oeste⁴³, com o primeiro bloco marcado pelas regiões com piores condições sociais, de saúde e de acesso aos serviços de saúde no Brasil^{1,2,4,5,44}.

Homens e mulheres parecem não diferir significativamente quanto à autoavaliação da saúde bucal^{5,19-21}. Embora as mulheres utilizem mais os serviços de saúde e expressem mais a existência de morbidades^{19,37}, geralmente há maior prevalência de comportamentos associados com a autoavaliação negativa da saúde bucal entre os homens, tais como hábito de fumar e menor frequência de escovação dos dentes^{1,15,44}.

Destaca-se na literatura que as maiores probabilidades de autoavaliar negativamente a saúde bucal são encontradas nas faixas intermediárias de 40 a 60 anos^{6,14,15,19}. Este comportamento suporta a ideia de que as desigualdades na saúde bucal subjetiva se ampliam no início e em meados da vida adulta e tendem a diminuir nas idades mais avançadas¹⁰, não só porque os idosos naturalizam algumas dores e incapacidades como processos inevitáveis do envelhecimento, como também porque acreditam haver real melhora da condição bucal na substituição dos dentes naturais por próteses parciais ou totais^{5,6,18,19}.

Em relação à cor ou raça, as evidências apontam que os indivíduos que se declaram brancos geralmente apresentam condições de vida mais favoráveis^{1,5,41}. Uma análise da estratificação social de cor no Brasil destaca haver um contraste marcante em termos de recompensas materiais entre brancos e negros (pretos e pardos), com reflexos num ciclo acumulativo de desvantagens que afeta a trajetória de vida dos indivíduos negros, colocando-os em posições inferiores na hierarquia social, com repercussões no seu estado de saúde⁴¹.

Este estudo apresenta algumas limitações que precisam ser discutidas. Por se tratar de um estudo transversal não permite estabelecer uma relação temporal entre as associações encontradas, o que limita, até certo ponto, a interpretação dos resultados. Todas as informações foram autorreferidas, não havendo a realização de exames clínicos sobre a saúde bucal, e a literatura reconhece haver diferenças entre avaliações de saúde realizadas por profissionais e aquelas feitas pelos próprios indivíduos⁴⁵. Porém, realçar a subjetividade nas avaliações da saúde é encarada como aporte crítico essencial aos indicadores clínicos utilizados pelos profissionais de saúde, auxiliando no refinamento dos diagnósticos e na identificação de pessoas ou grupos populacionais em situação de vulnerabilidade^{20,36,46}.

Já a principal força do estudo foi utilizar dados de um inquérito nacional de saúde com um processo de amostragem probabilística. Isso possibilita generalizar os resultados, além de proporcionar a análise do desfecho em três categorias. Adicionalmente, permite avaliar com maior nuance o efeito dos indicadores de posição socioeconômica na desigualdade da autoavaliação da saúde bucal.

Sabendo-se que a forma como os indivíduos percebem sua saúde influencia a procura por serviços de saúde e a incorporação de medidas de autocuidado, a compreensão da relação dos indicadores de posição socioeconômica com esta percepção pode contribuir para o melhor direcionamento de políticas públicas para grupos sociais mais prioritários, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde bucal que persistem no Brasil.

Suporte

JL Sousa foi bolsista Capes/Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior/Processo nº 88881.134588/2016-01.

Conflito de interesse

Nada a declarar.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto: JL Sousa, A Henriques e S Silva. Análise e interpretação dos dados: JL Sousa, A Henriques, ZP Silva, M Severo e S Silva. Redação do artigo: JL Sousa. Revisão crítica do artigo: A Henriques, ZP Silva e S Silva. Aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade por todos os aspectos do trabalho na garantia da integralidade de qualquer parte da obra: JL Sousa, A Henriques, ZP Silva, M Severo e S Silva.

Referências

1. Nico LS, Andrade SSCA, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(2):389-98.
2. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(2):360-5.
3. Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(6):1849-58.
4. Ministério da Saúde (BR). SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2):421-35.
6. Mendonça HLC, Szwarcwald CL, Damacena GN. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(10):1927-38.
7. Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Desigualdades na autoavaliação de saúde bucal em adultos. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(4):740-51.
8. Costa SM, Martins CC, Bonfim MLC, Zina LG, Paiva SM, Pordeus IA, et al. A systematic review of socioeconomic indicators and dental caries in adults. *Int J Public Health Res*. 2012; 9:3540-74.
9. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Fuller E, Steele JG, Shen J, Morris S, et al. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC Public Health*. 2014; 14:827-36.
10. Tsakos G, Demakakos P, Breeze E, Watt RG. Social gradients in oral health in older adults: findings from the English longitudinal survey of aging. *Am J Public Health Res*. 2011; 101(10):1892-9.
11. Guarnizo-Herreño CC, Tsakos G, Sheiham A, Marmot MG, Kawachi I, Watt RG. Austin Powers bites back: a cross sectional comparison of US and English national oral health surveys. *BMJ*. 2015; 351:h6543.
12. Brennan DS, Teusner DN. Oral health impacts on self-rated general and oral health in a cross-sectional study of working age adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43(3):282-8.
13. Tassinari WS, Léon AP, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS, Chor D, et al. Contexto sócio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(1):127-36.
14. Ramsay SE, Whincup PH, Watt RG, Tsakos G, Papacosta AO, Lennon LT, et al. Burden of poor oral health in older age: findings from a population-based study of older British men. *BMJ Open*. 2015; 5(12):e009476.

15. Molarius A, Engstrom S, Flink H, Simonsson B, Tegelberg A. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health*. 2014; 14:134-42.
16. Mejia G, Armfield JM, Jamieson LM. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. *Aust Dent J*. 2014; 59(2):226-33.
17. Sanders AE, Slade GD. Deficits in perceptions of oral health relative to general health in populations. *J Public Health Dent*. 2006; 66(4):255-62.
18. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação de saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1699-707.
19. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(4):349-55.
20. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(3):611-22.
21. Sanders AE, Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health*. 2004; 28(2):159-66.
22. Armfield JM, Mejía GC, Jamieson LM. Socioeconomic and psychosocial correlates of oral health. *Int Dent Journal*. 2013; 63:202-9.
23. Figueiredo Santos JA. Esquema de classe para abordar a desigualdade de saúde no Brasil. *Cad Itaboraí*. 2013; 1(1):39-64.
24. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. The social determinants of health: monitoring, research, and training; p. 178-91.
25. Tsuboya T, Aida J, Kawachi I, Katase K, Osaka K. Early life-course socioeconomic position, adult work-related factors and oral health disparities: cross-sectional analysis of the J-SHINE study. *BMJ Open*. 2014; 4(10):e005701.
26. Locker D. Self-esteem and socioeconomic disparities in self-perceived oral health. *J Public Health Dent*. 2009; 69(1):1-8.
27. Damascena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saude*. 2015; 24(2):197-206.
28. Freitas MPS. Pesquisa Nacional de Saúde: Plano amostral. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares - COD, Principais diferenças entre a COD e a CBO-Domiciliar. 8º Fórum SIPD. Rio de Janeiro; c2010. [acesso em 5 maio 2017]. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/sipd/oitavo_forum/COD.pdf.
30. Rose D, O'Reilly K. The ESRC review of government social classifications. London: Office for National Statistics; Swindon: Economic and Social Research Council; 1998.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Indicadores de saúde e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.

32. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5. ed. Geneva: World Health Organization; 2013. From surveys to surveillance; p. 65-67.
33. Figueiredo Santos JA. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Rev Bras Ci Sociais*. 2011; 26(75):27-56.
34. Peker K, Bermek G. Oral health: locus of control, health behavior, self-rated oral health and socio-demographic factors in Istanbul adults. *Acta Odontol Scand*. 2011; 69(1):54-64.
35. Matos DL, Lima-Costa MF. Autoavaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8): 1699-707.
36. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(Supl 3):98-108.
37. Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 36(6):439-45.
38. Darin-Mattsson A, Fors S, Kareholt I. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *Int J Equity Health*. 2017; 16:173-84.
39. Krieger N, Williams DR, Moss NE. Measuring social class in US Public Health Research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu Rev Public Health*. 1997; 18:341-78.
40. Barata RB, Ribeiro MCSA, Silva ZP, Antunes JLF. Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(4):647-55.
41. Figueiredo Santos JA. Efeitos de classe na desigualdade racial no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2005; 48(1):21-65.
42. World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
43. Figueiredo Santos JA. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2018; 27(2):556-72.
44. Figueiredo Santos JA. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2005; 20(58):27-46.
45. Lundegren N, Axtelius B, Hakansson J, Akerman S. Dental treatment need among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need. *Acta Odontol Scand*. 2004; 62:91-6.
46. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(Supl 1): 1007-15.
47. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.872, de 26 de dezembro de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização a longo prazo. *Diário Oficial da União*. 26 de dezembro de 2012.

Tabela 1- Caracterização da população de estudo (n=59.758) segundo variáveis investigadas e categorias da autoavaliação de saúde bucal, Brasil, 2013

Variáveis	% com peso amostral			
	Na amostra total	Autoavaliação de saúde bucal*		
		Positiva	Regular	Negativa
Sexo				
Feminino	52,7	68,9	25,4	5,7
Masculino	47,3	65,8	28,2	6,1
Idade (anos)				
18 - 29	26,0	74,0	23,0	3,1
30 - 44	30,7	68,6	26,7	4,7
45 - 59	25,2	62,9	28,5	8,6
≥ 60	18,1	62,3	29,7	8,0
Cor ou raça (autodeclarada)				
Branca	47,5	73,1	22,2	4,7
Parda	41,9	62,5	30,7	6,8
Preta	9,2	61,1	31,1	7,8
Outras ^a	1,4	63,7	31,9	4,4
Região de residência				
Sul	14,7	72,1	22,6	5,3
Sudeste	44,0	72,1	23,1	4,7
Centro-Oeste	7,4	68,8	26,1	5,1
Norte	7,4	59,7	34,4	6,0
Nordeste	26,5	58,8	32,9	8,3
Nível de escolaridade (completo)				
Superior	12,8	83,5	14,6	2,0
Médio	32,9	73,3	23,5	3,3
Fundamental	15,5	66,8	28,1	5,2
Nenhum	38,8	57,5	32,9	9,6
Renda domiciliar per capita ^b (em salários mínimos)				
>6	4,2	88,3	10,3	1,3
>3 a 6	8,0	82,5	15,7	1,8
>1 a 3	38,2	71,8	23,9	4,3
≤1	49,6	59,9	32,0	8,1
Classe social				
Posições privilegiadas	8,6	83,3	14,5	2,2
Controladores de ativos de menor valor	6,3	67,0	27,5	5,5
Classe trabalhadora não destituída	28,5	73,0	23,7	3,2
Destituídos de ativos	21,4	60,4	31,8	7,8
Pessoas fora da força de trabalho	35,3	63,4	28,8	7,8
Dentição funcional ^c				
Sim	86,5	67,9	26,8	5,2
Não	13,5	64,3	25,9	9,9
Dificuldade de se alimentar devido problemas nos dentes/dentadura				
Sim	10,4	28,4	45,9	25,7
Não	89,6	72,0	24,5	3,6
Consulta ao dentista nos últimos 12 meses				
Sim	44,4	74,2	22,0	3,7
Não	55,6	62,0	30,4	7,6
Escova os dentes 2 ou mais vezes/dia				
Sim	90,9	69,7	25,6	4,7
Não	9,1	48,3	37,2	14,6
Tabagismo				
Nunca fumou	67,8	71,1	24,5	4,3
Ex-fumante	17,5	62,5	30,0	7,5
Fumante	14,7	56,4	32,7	10,9

*p<0,001 para as proporções da autoavaliação da saúde bucal em todas as variáveis estudadas;

^aInclui “amarelo” e “indígena”; ^bO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁷;
^cDentição funcional: indivíduos com ≥ 20 dentes naturais³²;

Tabela 2- *Odds Ratios* (OR) brutos e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal, Brasil, 2013

Variáveis	Autoavaliação de saúde bucal				
	Positiva	Regular		Negativa	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Região de residência					
Sul	1,00	1,00		1,00	
Sudeste	1,00	1,02	0,91-1,15	0,90	0,72-1,13
Centro-Oeste	1,00	1,21	1,08-1,36	1,02	0,81-1,28
Norte	1,00	1,84	1,63-2,07	1,37	1,07-1,75
Nordeste	1,00	1,79	1,60-1,99	1,92	1,56-2,36
Nível de escolaridade (completo)					
Superior	1,00	1,00		1,00	
Médio	1,00	1,84	1,62-2,08	1,86	1,33-2,61
Fundamental	1,00	2,41	2,11-2,75	3,23	2,32-4,49
Nenhum	1,00	3,28	2,90-3,72	7,00	5,20-9,42
Renda domiciliar per capita^a (em salários mínimos)					
>6	1,00	1,00		1,00	
>3 a 6	1,00	1,63	1,28-2,07	1,40	0,77-2,52
>1 a 3	1,00	2,85	2,27-3,57	3,91	2,34-6,54
≤1	1,00	4,57	3,66-5,71	8,97	5,45-14,76
Classe social					
Posições privilegiadas	1,00	1,00		1,00	
Controladores de ativos de menor valor	1,00	2,35	1,94-2,85	3,08	2,07-4,57
Classe trabalhadora não destituída	1,00	1,86	1,58-2,19	1,66	1,17-2,35
Destituídos de ativos	1,00	3,02	2,58-3,54	4,84	3,46-6,77
Pessoas fora da força de trabalho	1,00	2,61	2,24-3,04	4,58	3,27-6,39

^aO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁷.

Tabela 3a- Odds Ratios (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal, Brasil, 2013

Variáveis	Autoavaliação de saúde bucal							
	Regular vs. Positiva							
	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Região de residência								
Sul	1,00		-	-	-	-	-	-
Sudeste	0,99	0,88-1,11	-	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	1,10	0,97-1,24	-	-	-	-	-	-
Norte	1,56	1,37-1,78	-	-	-	-	-	-
Nordeste	1,47	1,31-1,65	-	-	-	-	-	-
Nível de escolaridade (completo)								
Superior	-	-	1,00		-	-	-	-
Médio	-	-	1,75	1,55-1,98	-	-	-	-
Fundamental	-	-	2,09	1,83-2,38	-	-	-	-
Nenhum	-	-	2,40	2,10-2,74	-	-	-	-
Renda domiciliar per capita^a (em salários mínimos)								
>6	-	-	-	-	1,00		-	-
>3 a 6	-	-	-	-	1,53	1,20-1,95	-	-
>1 a 3	-	-	-	-	2,48	1,97-3,14	-	-
≤1	-	-	-	-	3,59	2,85-4,54	-	-
Classe social								
Posições privilegiadas	-	-	-	-	-	-	1,00	
Controladores de ativos de menor valor	-	-	-	-	-	-	1,96	1,61-2,38
Classe trabalhadora não destituída	-	-	-	-	-	-	1,73	1,48-2,04
Destituídos de ativos	-	-	-	-	-	-	2,38	2,03-2,80
Pessoas fora da força de trabalho	-	-	-	-	-	-	2,18	1,86-2,55

^aO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁷.

Todos os modelos foram ajustados pelo sexo, idade, cor ou raça, dificuldade de se alimentar devido problemas nos dentes/dentadura, dentição funcional, consulta ao dentista nos últimos 12 meses, escova os dentes 2 ou mais vezes/dia e tabagismo.

Tabela 3b- *Odds Ratios* (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde bucal, Brasil, 2013

Variáveis	Autoavaliação de saúde bucal							
	Negativa vs. Positiva							
	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Região de residência								
Sul	1,00		-	-	-	-	-	-
Sudeste	0,95	0,75-1,21	-	-	-	-	-	-
Centro-Oeste	0,95	0,73-1,23	-	-	-	-	-	-
Norte	1,15	0,87-1,52	-	-	-	-	-	-
Nordeste	1,50	1,19-1,89	-	-	-	-	-	-
Nível de escolaridade (completo)								
Superior	-	-	1,00		-	-	-	-
Médio	-	-	1,83	1,29-2,61	-	-	-	-
Fundamental	-	-	2,50	1,76-3,55	-	-	-	-
Nenhum	-	-	3,28	2,34-4,61	-	-	-	-
Renda domiciliar per capita^a (em salários mínimos)								
>6	-	-	-	-	1,00		-	-
>3 a 6	-	-	-	-	1,12	0,62-2,04	-	-
>1 a 3	-	-	-	-	2,58	1,54-4,32	-	-
≤1	-	-	-	-	4,71	2,84-7,83	-	-
Classe social								
Posições privilegiadas	-	-	-	-	-	-	1,00	
Controladores de ativos de menor valor	-	-	-	-	-	-	2,15	1,43-3,24
Classe trabalhadora não destituída	-	-	-	-	-	-	1,53	1,06-2,19
Destituídos de ativos	-	-	-	-	-	-	3,03	2,12-4,32
Pessoas fora da força de trabalho	-	-	-	-	-	-	2,75	1,91-3,96

^aO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁷.

Todos os modelos foram ajustados pelo sexo, idade, cor ou raça, dificuldade de se alimentar devido problemas nos dentes/dentadura, dentição funcional, consulta ao dentista nos últimos 12 meses, escova os dentes 2 ou mais vezes/dia e tabagismo.

Marcadores da desigualdade na autoavaliação de saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo

Markers of inequality in the self-assessment of adult health in Brazil by sex

Marcadores de la desigualdad en la autoevaluación de salud de adultos en Brasil según el sexo

Título resumido: Marcadores de desigualdade na autoavaliação de saúde no Brasil

Jailson Lopes de Sousa^{1,2}

Gizelton Pereira Alencar^{2,3}

José Leopoldo Ferreira Antunes^{2,3}

Zilda Pereira da Silva^{2,3}

¹ IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

² Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo

³ Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar a autoavaliação da saúde da população adulta brasileira segundo os marcadores de desigualdade em saúde (cor ou raça, região de residência, escolaridade, renda domiciliar *per capita* e classe social), estratificada pelo sexo. Estudaram-se 59.758 indivíduos com 18 anos ou mais de idade, que participaram da Pesquisa Nacional de Saúde 2013, um inquérito domiciliar de base populacional. A coleta de dados se deu por entrevistas face-a-face e algumas medidas físicas. A autoavaliação da saúde foi analisada como positiva, regular e negativa. Através da regressão logística multinomial, estimaram-se *odds ratio* (OR) brutos e ajustados e os respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%). A prevalência da autoavaliação de saúde positiva na população total foi de 66,2%, sendo 70,0% nos homens e 62,6% nas mulheres. Na análise ajustada, as chances de avaliar pior sua saúde foram significativamente mais elevadas entre os indivíduos de menor renda domiciliar *per capita*, com pior nível de escolaridade, das classes sociais mais desfavorecidas, moradores das regiões Norte e Nordeste e que se declararam não brancos, tanto para homens quanto mulheres. Políticas públicas voltadas para promover e recuperar a saúde

desses grupos sociais mais vulneráveis pode impactar na redução das iniquidades em saúde que persistem no Brasil.

Palavras-chave: Autoavaliação; Disparidades nos níveis de saúde; Condições sociais; Sexo; Grupos étnicos; Escolaridade; Renda; Classe social; Inquéritos epidemiológicos.

Abstract

The objective of this study was to analyze the self-assessment of the health of the Brazilian adult population according to the markers of health inequality (color/race, residence area, education, *per capita* household income and social class) stratified by sex. A total of 59,758 individuals aged 18 years and over, who participated in the National Health Survey 2013, a population-based household survey. The data collection was by face-to-face interviews and some physical measures. Self-assessment of health was analyzed as positive, regular and negative. Through multinomial logistic regression, gross and adjusted odds ratios (OR) were estimated and the respective intervals were 95% confidence intervals (95% CI). The prevalence of positive health self-assessment in the total population was 66.2%, being 70.0% in men and 62.6% in women. In the adjusted analysis, the probability of worse assessing their health were significantly higher among individuals with lower per capita household income, with lower educational level, the most disadvantaged social classes, residents of the North and Northeast regions and who declared themselves to be non-whites, both men and women. Public policies aimed to promoting and recovering the health of these most vulnerable social groups may impact on the reduction of health inequities that persist in Brazil.

Key-words: Self-assessment; Health status disparities; Social conditions; Sex; Ethnic Groups; Education; Income; Social class; Health surveys.

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) estão relacionados às desigualdades em saúde, uma vez que estas desigualdades tendem a advir das desigualdades sociais¹. A OMS também destaca que as dimensões de desigualdade em saúde devem ser analisadas segundo o sexo, mínimo de dois marcadores sociais (escolaridade, renda, classe social e outros), grupo étnico/raça, outro relevante estratificador social e no mínimo uma medida de unidade geográfica².

A autoavaliação da saúde é uma medida multidimensional de avaliação global de saúde, com base nos aspectos objetivos e, principalmente, subjetivos de cada indivíduo³. A subjetividade reflete a percepção que o indivíduo constrói sobre várias dimensões

(física, mental e social) de sua vida em termos de funcionamento, desempenho, capacidade, bem-estar e qualidade de vida⁴. A saúde autorreferida é indicada pela OMS como uma das medidas populacionais para monitorar as desigualdades em saúde².

Os estudos demonstram que as mulheres⁵⁻⁷, pessoas de idade mais avançada^{6,8}, aqueles que se autodeclaram não brancos^{9,10}, com pior escolaridade^{7,11}, pior renda^{12,13} e de classes sociais menos privilegiadas^{13,14} apresentam maior probabilidade de avaliar negativamente sua saúde. A literatura também destaca que a autoavaliação da saúde é determinada por variáveis de contexto individual e de aspectos do micro, do meso e do macroambiente¹⁵.

Escolaridade, renda e ocupação têm sido mais frequentemente utilizados para definir a posição socioeconômica dos indivíduos^{13,16}. Os aspectos capturados por essas medidas e os caminhos pelos quais elas afetam a saúde são provavelmente diferentes¹⁷. Assim, estudos que se proponham a estudar o conceito sociológico de classe social, confrontando com os marcadores usuais de posição social, podem contribuir para uma melhor descrição, previsão e interpretação das variações de saúde entre grupos sociais^{18,19}. Além disso, estudos de classe social estratificados pelo sexo são escassos²⁰ e podem trazer mais elementos sobre as iniquidades sociais em saúde entre homens e mulheres.

Assim, o objetivo principal deste estudo foi analisar a autoavaliação da saúde da população adulta brasileira segundo os marcadores de desigualdade em saúde estratificada pelo sexo. Como objetivo secundário, analisar a validade da classe social para captar diferenças na autoavaliação da saúde quando comparada com a escolaridade e renda domiciliar *per capita*.

Métodos

Desenho de estudo, fonte e coleta de dados

Realizou-se um estudo transversal a partir dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, um inquérito domiciliar de base populacional, realizado pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do Conselho Nacional de Saúde, em junho de 2013 (nº 10853812.7.0000.0008)²¹.

A coleta de dados da PNS se deu por entrevista face-a-face e envolveu um plano amostral complexo, englobando conglomerados com três estágios de seleção: setor censitário ou conjunto de setores censitários (unidades primárias de amostragem), domicílios particulares permanentes (unidades secundárias) e um morador com 18 ou mais anos de idade por domicílio (unidades terciárias). O trabalho de campo ocorreu de agosto de 2013 a fevereiro de 2014²¹.

População de estudo

Foram incluídas neste estudo informações sobre os moradores adultos selecionados da PNS. De um total de 69.954 possíveis entrevistados, 60.202 (86%) adultos tiveram entrevista e medidas físicas realizadas (peso, altura, circunferência de cintura e pressão arterial)²¹. A amostra final para este estudo compreendeu 59.758 indivíduos, sendo 25.818 homens e 33.940 mulheres, após a exclusão dos que não apresentavam informação para cor ou raça (n=3) e dos que apenas ajudavam, sem remuneração, no trabalho de algum membro do domicílio (n=441), que não puderam ser classificados na tipologia de classe social utilizada nem considerados como pessoas fora da força de trabalho.

Variáveis de estudo

A autoavaliação de saúde foi estudada por meio da seguinte questão: “Em geral, como o(a) senhor(a) avalia sua saúde?”, com cinco opções de resposta. Estas foram agregadas em positiva (incluindo as categorias “muito boa” e “boa”), regular e negativa (“ruim” e “muito ruim”).

Como marcadores de desigualdade em saúde foram utilizadas as seguintes variáveis: cor ou raça autodeclarada (branca, parda, preta e outras), região de residência (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste), nível de escolaridade completo

(superior, médio, fundamental e nenhum), renda domiciliar *per capita* em salários mínimos (>6 , >3 a 6 , >1 a 3 e ≤ 1) e classe social. A renda domiciliar *per capita* resultou da soma dos rendimentos brutos mensais em dinheiro e produtos de todos os indivíduos do domicílio, dividida pelo número total de moradores do domicílio. A classe social foi definida com base na tipologia proposta por Figueiredo Santos para o Brasil²², cruzando informações da posição na ocupação, o grupo ocupacional (a partir da Classificação de Ocupações para Pesquisas Domiciliares – COD) e a renda individual. Esta tipologia contempla 15 posições de classe, podendo ser agregadas nos seguintes agrupamentos de classe: **posições privilegiadas** (capitalistas e fazendeiros, especialistas autônomos, gerentes, empregados especialistas e pequenos empregadores); **controladores de ativos de menor valor** (autônomos com ativos e autônomos agrícolas); **classe trabalhadora não destituída** (empregados qualificados, supervisores e trabalhadores típicos) e **destituídos de ativos** (trabalhadores elementares, autônomos precários, empregados domésticos, agrícolas precários e trabalhadores excedentes). Seguindo proposta de Rose e O'Reilly²³, a categoria “pessoas fora da força de trabalho” foi adicionada, a qual compreende pessoas que não trabalhavam nem procuravam emprego no mês de referência da pesquisa²⁴.

Como variáveis que poderiam influenciar a associação entre a autoavaliação de saúde e os marcadores de desigualdade em saúde, utilizaram-se idade, a situação do domicílio, vive com cônjuge ou companheiro(a), atividade física nos últimos três meses, tabagismo, consumo abusivo de álcool (ingestão de 4 ou mais doses, no caso de mulher, ou cinco ou mais doses, no caso de homem, em uma única ocasião, dentro dos últimos 30 dias)²⁵ e obesidade, mensurada pelo Índice de Massa Corporal ≥ 30 , obtido pela divisão do peso corporal, medido em quilogramas, pela altura ao quadrado, medida em metros (kg/m^2)²⁵.

Análise de dados

A análise foi realizada no *software* Stata versão 11.0 (College Station, TX, USA, 2009) com o módulo *survey*, levando em consideração todos os elementos que definem uma amostragem complexa^{14,21}, tais como a estratificação, a conglomeração, as probabilidades desiguais de seleção e o peso amostral para o morador adulto

selecionado, com correção de não entrevista e calibração pela projeção da população. Foram calculadas frequências absolutas e relativas de todas as variáveis analisadas.

Para avaliar a associação entre marcadores de desigualdade em saúde e autoavaliação de saúde foram calculados *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos com 95% de confiança (IC95%) através de modelos de regressão logística multinomial estratificados pelo sexo, pois a literatura aponta diferenciais importantes na percepção da saúde entre homens e mulheres⁵⁻⁷. Para cada marcador considerado, foram construídos modelos independentes, brutos e ajustados para as variáveis que mostraram confundir a associação principal investigada.

Resultados

Dentre a população estudada, a maior proporção era do sexo feminino, com idade entre 30 e 44 anos, de cor ou raça branca, residente no Sudeste brasileiro, com nenhum nível de escolaridade completo, com renda familiar *per capita* de até um salário mínimo, encontrava-se fora da força de trabalho, residiam na área urbana, viviam com cônjuge ou companheiro(a), não praticaram atividade física nos últimos 3 meses, não faziam uso de álcool abusivo nos últimos 30 dias e não eram obesas (Tabela 1).

A prevalência da autoavaliação positiva da saúde na população total foi de 66,2%, regular de 28,0% e negativa de 5,8% (dados não apresentados em tabela). Na tabela 1, observaram-se estas mesmas proporções de 70,0%, 25,0% e 4,8% para os homens e de 62,6%, 30,7% e 6,8% para as mulheres. Analisando a autoavaliação da saúde segundo as variáveis investigadas, as prevalências da saúde positiva nos homens foram quase sempre maiores que nas mulheres, com exceção para as categorias de mulheres com renda domiciliar *per capita* maior que 6 salários mínimos e nos agrupamentos sociais de posições privilegiadas e pessoas fora da força de trabalho.

Na regressão bruta (Tabela 2), as chances de perceber sua saúde como regular e negativa entre os homens e as mulheres foram maiores entre os que se declararam pretos e pardos, residentes no Norte e Nordeste, entre as pessoas fora da força de trabalho e se observa um gradiente crescente da pior autoavaliação da saúde à medida que piorava a escolaridade e a renda domiciliar *per capita*.

Analisando cada marcador de desigualdade em saúde por vez, ajustados pelas variáveis de controle (Tabela 3), as chances de perceberem sua saúde como regular entre homens e mulheres foi maior naqueles que se autodeclararam pardos (Homens: OR=1,48; IC95%: 1,33-1,64; Mulheres: OR=1,64; IC95%: 1,50-1,81) e pretos (Homens: OR=1,47; IC95%: 1,22-1,77; Mulheres: OR=1,38; IC95%: 1,17-1,63), residentes nas regiões Norte (Homens: OR=2,05; IC95%: 1,65-2,48; Mulheres: OR=1,75; IC95%: 1,50-2,05) e Nordeste (Homens: OR=1,90 IC95%: 1,65-2,20; Mulheres: OR=1,92; IC95%: 1,68-2,19), com nenhuma escolaridade completa (Homens: OR=3,24; IC95%: 2,61-4,02; Mulheres: OR=3,80; IC95%: 3,20-4,53), com renda *per capita* de até um salário mínimo (Homens: OR=3,43; IC95%: 2,45-4,79; Mulheres: OR=5,88; IC95%: 4,39-7,89) e que se encontravam fora da força de trabalho (Homens: OR=3,00; IC95%: 2,32-3,87; Mulheres: OR=3,02; IC95%: 2,34-3,89) e do grupo de destituídos de ativos (Homens: OR=2,57; IC95%: 2,01-3,29; Mulheres: OR=3,15; IC95%: 2,44-4,08). Em relação à autoavaliação negativa da saúde, as chances foram maiores entre aqueles de cor ou raça parda (OR=1,92; IC95%: 1,57-2,35) e preta (OR=1,50; IC95%: 1,07-2,10) entre os homens e para todas as categorias que se declararam “não brancas” entre as mulheres (Amarela ou indígena: OR=2,19; IC95%: 1,29-3,72; Preta: OR=2,04; IC95%: 1,56-2,67; Parda: OR=1,81; IC95%: 1,52-2,16), residentes na região Nordeste (Homens: OR=2,38; IC95%: 1,83-3,10; Mulheres: OR=2,16; IC95%: 1,71-2,72), com nenhuma escolaridade (Homens: OR=8,04; IC95%: 4,74-13,65; Mulheres: OR=8,01; IC95%: 5,64-11,37), renda de até um salário mínimo *per capita* (Homens: OR=9,41; IC95%: 3,91-22,64; Mulheres: OR=7,16; IC95%: 3,90-13,14) e para as pessoas fora da força de trabalho (Homens: OR=8,56; IC95%: 4,72-15,50; Mulheres: OR=6,57; IC95%: 3,61-11,96).

Analisando o *gap* entre os sexos da associação de cada um dos marcadores de desigualdade com a autoavaliação da saúde negativa, percebe-se que a força de associação foi maior entre os homens, quando comparado com as mulheres, em relação à renda domiciliar *per capita* (23,9% maior), à classe social (23,3% maior) e à região de residência (9,2% maior); foi quase igual na escolaridade (0,4%), enquanto que a cor ou raça se mostrou mais fortemente associada com a pior autoavaliação da saúde entre as mulheres (12,3% maior) (Tabela 3).

Inserindo nos modelos os indicadores clássicos de posição socioeconômica simultaneamente e ajustados pelas variáveis de controle, a classe social, a escolaridade e a renda domiciliar *per capita* tiveram uma redução da força de associação com a autoavaliação de saúde regular e negativa quando da presença no modelo de dois ou de três destes indicadores. Esta redução foi maior entre as mulheres do que nos homens. Por exemplo, olhando o componente negativo da autoavaliação da saúde nos homens, a força de associação da classe social foi 46,9% menor quando adicionamos a escolaridade no modelo e 43,0% menor quando adicionamos a renda domiciliar *per capita* (Tabela 4b), quando comparados com cada indicador de posição socioeconômica individualmente (Tabela 3). Entre as mulheres, esta redução foi de 58,5% no modelo com classe e escolaridade e de 51,8% no modelo classe e renda domiciliar *per capita* (Tabela 4b).

Discussão

A maioria dos homens e mulheres adultos brasileiros avaliou de forma positiva sua saúde, porém há uma diferença entre os sexos na autopercepção da saúde, justificando assim, a abordagem de gênero como a primeira das desigualdades para este e outros desfechos em saúde^{5,6,14,26}. Dentre os marcadores de desigualdade nos homens, a renda domiciliar *per capita*, a classe social e a escolaridade estiveram mais fortemente associadas com a pior autoavaliação da saúde. Enquanto que nas mulheres, esta ordem se altera, sendo maior para escolaridade, renda domiciliar *per capita* e classe social. O papel de destaque da escolaridade na associação com a autoavaliação de saúde negativa entre as mulheres é reflexo muito mais da redução da força de associação da renda domiciliar *per capita* e da classe social, pois a razão de chances da escolaridade com a autopercepção negativa da saúde foi quase igual entre os sexos.

Os resultados deste estudo reforçam a evidência que as mulheres avaliam pior seu estado de saúde do que os homens⁵⁻⁷. Esta diferença de gênero na autopercepção da saúde se mostra coerente com outras medidas de morbidade e não podem ser atribuídas apenas a uma maior tendência das mulheres em relatar doença²⁷. Estas diferenças também são reflexos do paradoxo de gênero²⁸, em que os homens morrem antes e as mulheres passam mais anos com pior estado de saúde. Várias são as possíveis causas

deste paradoxo. Primeiro, o estilo de vida dos homens aumenta as chances de doenças que levam à morte precoce, enquanto as mulheres sofrem mais de doenças não fatais e incapacitantes²⁸. Segundo, há um menor contato dos homens com os serviços de saúde, já que eles resistem mais em procurar ajuda do que as mulheres, o que poderia ser considerado um aspecto de fragilidade no seu papel socialmente construído²⁹. E terceiro, há desigualdades na posição socioeconômica entre os gêneros, com as mulheres geralmente possuindo acesso limitado a mercados de trabalho, menor renda, condições de trabalho mais precárias, menor independência econômica e pensões mais baixas quando idosas^{5,7}.

As prevalências da autoavaliação positiva segundo os sexos encontradas neste estudo foram semelhantes aos achados de outras investigações de base populacional com adultos, sendo de 71,5% nos homens e 66,4% nas mulheres no Brasil em 2008³⁰; e 67,4% entre os homens e 62,5% entre as mulheres na China em 2013³¹. Outras pesquisas identificaram outras prevalências, sendo: 82,3% entre os homens e 66,9% entre as mulheres residentes em Florianópolis-SC/Brasil em 2007³²; 95,7% entre os homens e 91,9% entre as mulheres das capitais do Nordeste brasileiro em 2011 e de 84,5% entre os homens e 74,9% entre as mulheres de Portugal em 2005-2006³³; 82,8% entre os homens e 88,0% entre as mulheres na Suécia³⁴; 78,7% entre os homens trabalhadores e 64,4% entre as mulheres trabalhadoras no Chile em 2009³⁵; e 96,5% entre os homens e de 93,5% entre as mulheres no Cazaquistão em 2012³⁶. Estas diferenças podem ser entendidas em relação aos aspectos metodológicos dos estudos, com pontos de corte diferentes na categorização da autoavaliação da saúde²⁰, além do componente subjetivo envolvido nesta medida⁴.

A piora nos rendimentos domiciliares *per capita* aumentou as chances dos indivíduos avaliarem sua saúde como regular ou negativa. As evidências científicas mostram que o rendimento acrescenta vantagens capazes de gerar ganhos imediatos e cumulativos, bem como indivíduos economicamente mais desfavorecidos tendem a ter menos recursos capacitadores e a sofrer maiores impactos negativos na saúde^{14,34}. A renda é considerada a medida mais direta da posição socioeconômica, embora a desigualdade socioeconômica não possa ser resumida à desigualdade de renda, englobando também o desemprego, a educação e a exclusão social³⁷. Há uma associação robusta e positiva entre renda e a longevidade dos indivíduos²⁶.

Foi identificado um gradiente na autoavaliação da saúde à medida que piorava a escolaridade. Sabe-se que a educação se relaciona com o capital humano, recursos psicossociais, condições de vida, estilos de vida e melhores condições de saúde³⁸, mostrando que indivíduos mais escolarizados têm melhor saúde autorreferida^{11,34} e menores taxas de morbidade e mortalidade⁷. Ainda não está claro na literatura se os benefícios da educação diferem entre homens e mulheres. Resultados apontam maiores ganhos para mulheres^{39,40}, outros apontam direções opostas⁴¹, enquanto outros não relatam nenhuma diferença estatisticamente significativa^{42,43}. Duas hipóteses são levantadas para entender resultados divergentes. Uma diz que devido às mulheres terem menos recursos socioeconômicos (menor independência econômica, menos oportunidade de emprego em tempo integral, menor autoridade no trabalho e outros) sua saúde seria mais favorecida como resultado do melhor desempenho educacional, reduzindo assim, o efeito negativo da insuficiência dos outros recursos. A outra hipótese explica que a saúde dos homens seria mais favorecida, pois o ganho no desempenho educacional ampliaria as vantagens socioeconômicas já presentes entre eles, quando comparados com as mulheres³⁹.

Indivíduos fora da força de trabalho e aqueles pertencentes aos grupos sociais destituídos de ativos, que incluem trabalhadores elementares, autônomos precários, empregados domésticos, trabalhadores agrícolas e trabalhadores excedentes, apresentaram maiores chances de avaliar sua saúde como regular ou negativa, tanto nos homens quanto nas mulheres. Estes resultados apontam que a exclusão do mercado de trabalho ou o exercício de atividades profissionais de natureza extenuante, cansativa e arriscada, assim como a ausência de regulamentação dos contratos de trabalho têm efeitos deletérios para a saúde¹⁴.

A diminuição da força da associação da classe social, escolaridade e renda com a pior autoavaliação da saúde quando da presença de duas ou todas elas no modelo de regressão demonstra a relação estreita e multidimensional entre essas variáveis na determinação das condições de vida e de saúde^{16,37}, como por exemplo, parte do efeito da classe social é mediada pela escolaridade e renda, já que a escolaridade está associada à posição ocupacional, que por sua vez está associada à renda¹⁴. Porém, o efeito de uma variável não anula o efeito das demais, demonstrando que os aspectos capturados por essas medidas e os mecanismos pelos quais elas afetam a saúde são

provavelmente diferentes¹⁷. A tipologia de classe proposta por Figueiredo Santos²² se mostrou válida para aferir desigualdades na autoavaliação da saúde da população adulta brasileira, demonstrando que o constructo de classe social responde por mecanismos que afetam o poder social, as chances de vida e as condições de saúde que não são capturados pela escolaridade e pela renda^{14,44}.

Embora em menor magnitude, as desigualdades sociais relacionadas à cor ou raça e à macrorregião de residência refletem desigualdades na autoavaliação da saúde em ambos os sexos, reforçando a importância desses marcadores para o monitoramento das iniquidades em saúde².

Indivíduos que se autodeclararam pretos e pardos entre os homens e todas as categorias de “não brancos” entre as mulheres avaliaram pior sua saúde. No Brasil há evidências de um contraste marcante de recompensas materiais entre brancos e negros (pardos e pretos), colocando os últimos em posições inferiores na hierarquia social, com reflexos numa desvantagem histórica que afeta a trajetória de vida e seu estado de saúde⁴⁵.

As chances de ter uma pior autoavaliação da saúde foram maiores entre os moradores do Norte e Nordeste do Brasil. As pessoas são afetadas pelos locais de residência, pois as implicações para a saúde são decorrentes da composição de fatores protetivos e do sistema de oportunidades associados ao ambiente físico, características socioculturais e históricas dos lugares⁴⁶. Sabe-se que existe uma enorme desigualdade social entre as regiões do país, marcada por uma heterogeneidade regional que persiste ao longo da história, constituindo dois blocos bem distintos entre Norte/Nordeste e Sul/Sudeste/Centro-Oeste⁴⁶, com as primeiras regiões caracterizadas historicamente por maiores desigualdades internas, menor renda média, condições de vida precárias, desigualdades na distribuição de recursos valiosos e de serviços de saúde⁴⁷.

As limitações deste estudo remetem ao seu recorte transversal, em que somente associações podem ser estabelecidas e não causa e efeito. Com exceção da variável obesidade, que foi obtida pelas medidas físicas de peso e altura dos indivíduos, todas as demais informações foram autorreferidas.

As forças do presente estudo também devem ser destacadas. Primeiro, pela utilização de dados de um inquérito nacional de base populacional e com um processo de amostragem probabilística, o que possibilita generalizar mais facilmente os resultados, além de fornecer poder estatístico suficiente para estudar o desfecho em três categorias, permitindo assim, analisar o gradiente do estado de saúde e comparar diretamente os extremos da saúde autorreferida (positiva e negativa). Segundo, pela inclusão da classe social como um indicador robusto para o estudo dos DSS, além de sua análise estratificada segundo sexo, fortalecendo as evidências científicas quanto às desigualdades sociais em saúde segundo o marcador de sexo/gênero. E por último, pela possibilidade de incluir as pessoas fora da força de trabalho como uma categoria isolada de classe social, contribuindo na discussão sobre iniquidades sociais em saúde entre os indivíduos dentro e fora do mercado de trabalho²⁰.

Dessa forma, os achados deste estudo reforçam a associação entre os marcadores de desigualdade em saúde e diferenças na autoavaliação da saúde da população adulta brasileira, com as mulheres, pessoas que se autodeclararam “não brancas”, moradores da região Norte e Nordeste e pior posição socioeconômica, aferida a partir da escolaridade, renda domiciliar *per capita* e classe social, tendem a apresentar uma pior autoavaliação da saúde. Sabendo-se que a autopercepção da saúde influencia a procura por serviços de saúde e incorporação de medidas de autocuidado, estes achados podem contribuir no planejamento de políticas públicas voltadas para promover e recuperar a saúde de grupos sociais mais vulneráveis, impactando na redução das iniquidades em saúde que persistem no país.

Suporte

JL Sousa foi bolsista Capes/Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior/Processo nº 88881.134588/2016-01.

Conflito de interesse

Nada a declarar.

Contribuição dos autores

Concepção e projeto: JL Sousa, GP Alencar, JLF Antunes e ZP Silva. Análise e interpretação dos dados: JL Sousa, GP Alencar, JLF Antunes e ZP Silva. Redação do artigo: JL Sousa e ZP Silva. Aprovação da versão final do manuscrito e responsabilidade por todos os aspectos do trabalho na garantia da integralidade de qualquer parte da obra: JL Sousa, GP Alencar, JLF Antunes e ZP Silva.

Referências

1. World Health Organization. Handbook on Health Inequality Monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. The social determinants of health: monitoring, research, and training; p. 178-91.
3. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. BMC Public Health. 2013; 13:320-9.
4. Smith-Menezes A, Duarte MFS. Fatores associados à saúde positiva autorreferida em jovens ativos na região Nordeste, Brasil. Rev Bras Med Esporte. 2013; 19(1):8-11.
5. Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. Epidemiol Rev. 2014; 36:31-48.
6. Cebolla VM, Ascanio AL, León PDR, Barrientos RR, et al. Desigualdad en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. Gac Sanit. 2015; 28(6):511-521.
7. Pinillos-Franco S, García-Prieto C. The gender gap in self-rated health and education in Spain. A multilevel analysis. PLoS ONE. 2017; 12(12):e0187823.
8. Sugisawa H, Harada K, Sugihara Y, Yanagisawa S, Shinmei M. Socioeconomic status and self-rated health of Japanese people, based on age, cohort, and period. Population Health Metrics. 2016; 14:27-38.
9. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity in individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. Cad Saude Publica. 2007; 23:305-13.
10. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. Cad. Saude Publica. 2013; 29(8):1572-82.
11. Vincenza N, Emmelina M, Stafströma M. Social capital, income inequality and the social gradient in self-rated health in Latin America: A fixed effects analysis. Soc Sci Med. 2018; 196:115-122.

12. Lorenzo, T. Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Sánchez A, Maseda A. Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013; 48(6):272-5.
13. Kong KA, Khang Y, Cho H, Jang S, Jung-Choi K. Neo-Marxian social class inequalities in self-rated health among the employed in South Korea: the role of material, behavioral, psychosocial, and workplace environmental factors. *BMC Public Health*. 2017; 17:345-60.
14. Figueiredo Santos JA. Classe social e desigualdade de saúde no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2011; 26(75):27-56.
15. Buss PM; Pellegrini-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS Rev Saude Colet*. 2007; 17(1):77-93.
16. Figueiredo Santos JA. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2005; 20(58):27-46.
17. Howe LD, Galobardes B, Matijasevich A, Gordon D, et al. Measuring socioeconomic position for epidemiological studies in low- and middle-income countries: a methods of measurement in epidemiology paper. *Int J Epidemiol*. 2012; 41:871-86.
18. Barata RB, Ribeiro MCSA, Silva ZP, Antunes, JLF. Classe social: conceitos e esquemas operacionais em pesquisa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(4):647-55.
19. Figueiredo Santos JA. Classe social e deslocamentos de renda no Brasil. *DADOS Rev Ci Soc*. 2015; 58(1):79-110.
20. Toch-Marquardt M. Does the pattern of occupational class inequalities in self-reported health depend on the choice of survey? A comparative analysis of four surveys and 35 European countries. *Eur J Public Health*. 2017; 27(Supl 1):34-9.
21. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRF, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24(2):197-206.
22. Figueiredo Santos JA. Esquema de classe para abordar a desigualdade de saúde no Brasil. *Cad Itaborai*. 2013; 1(1):39-64.
23. Rose D, O'Reilly K. The ESRC review of government social classifications. London: Office for National Statistics; Swindon: Economic and Social Research Council; 1998.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Indicadores de saúde e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
26. Mortensen LH, Rehnberg J, Dahl E, Diderichsen F, et al. Shape of the association between income and mortality: a cohort study of Denmark, Finland, Norway and Sweden in 1995 and 2003. *BMJ Open*. 2016; 6:e010974.
27. Malmusi D, Artazcoz L, Benach J, Borrell C. Perception or real illness? How chronic conditions contribute to gender inequalities in self-rated health. *Eur J Public Health*. 2012; 22(6):781-6.
28. Pongiglione B, Stavola BL, Ploubidis GB. A Systematic literature review of studies analyzing inequalities in health expectancy among the older population. *PLoS ONE*. 2015; 10(6):e0130747.

29. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007; 23:565-74.
30. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. *Cienc Saude Col*. 2011; 16(9):3769-80.
31. Cai J, Coyte PC, Zhao H. Determinants of and socio-economic disparities in self-rated health in China. *Int J Equity Health*. 2017; 16:7-34.
32. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(5):901-11.
33. Carvalho AT, Malta DC, Barros MBA, Oliveira PNFP, Mendonça DMMV, Barros H. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. *Cad Saude Publica*. 2015; 31(11):2449-61.
34. Hakeberg M, Boman UW. Self-reported oral and general health in relation to socioeconomic position. *BMC Public Health*. 2018; 18:63-71.
35. Rocha KB, Muntaner C, Solar O, Borrell C, Bernardes P, González MJ, et al. Clase social, factores de riesgo psicosocial en el trabajo y su asociación con la salud autopercebida y mental en Chile. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(10):2219-34.
36. Supiyev A, Nurgozhin T, Zhumadilov Z, Sharman A, et al. Levels and distribution of self-rated health in the Kazakh population: results from the Kazakhstan household health survey 2012. *BMC Public Health*. 2014; 14:768-75.
37. Peres MA, Luzzi L, Peres KG, Sabbah W, Antunes JL, Do LG. Income-related inequalities in inadequate dentition over time in Australia, Brazil and USA adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015; 43(3):217-25.
38. Darin-Mattsson A, Fors S, Kåreholt I. Different indicators of socioeconomic status and their relative importance as determinants of health in old age. *Int J Equity Health*. 2017; 16:173-84.
39. Ross C, Mirowsky J. Gender and the health benefits of education. *Sociol Q*. 2010; 51(1):1-19.
40. Ross C, Masters R, Hummer R. Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography*. 2012; 49(4):1157-83.
41. Mackenbach JP, Kunst AE, Groenhouf F, Borgan JK, Costa G, Faggiano F, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health*. 1999; 89(12):1800-06.
42. Zajacova A. Education, gender, and mortality: Does schooling have the same effect on mortality for men and women in the US? *Soc Sci Med*. 2006; 63(8):2176-90.
43. Laditka J, Laditka S. Associations of educational attainment with disability and life expectancy by race and gender in the United States: a longitudinal analysis of the panel study of income dynamics. *J Aging Health*. 2016; 28(8):1403-25.
44. Goldthorpe JH. Analysing social inequality: a critique of two recent contributions from economics and epidemiology. *Eur Social Rev*. 2010; 26(6):731-44.
45. Figueiredo Santos JA. A interação estrutural entre a desigualdade de raça e de gênero no Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2009; 24(7):37-61.
46. Figueiredo Santos JA. Classe social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2018; 27(2):556-572.
47. Viacava F, Bellido JG. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cienc Saude Col*. 2016; 21(2):351-70.

48. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.872, de 26 de dezembro de 2012. Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização a longo prazo. Diário Oficial da União. 26 de dezembro de 2012.

Tabela 1- Caracterização da população de estudo (n=59.758) segundo variáveis investigadas e categorias da autoavaliação de saúde, Brasil, 2013

Variáveis	% com peso amostral				
	Na amostra total	Autoavaliação de saúde*			
		Homens		Mulheres	
		Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
Sexo					
Masculino	47,3	70,3	4,8	-	-
Feminino	52,7	-	-	62,6	6,8
Idade (anos)					
18 - 29	26,0	85,2	1,7	78,3	1,9
30 - 44	30,7	77,0	2,8	70,2	4,4
45 - 59	25,2	61,3	6,5	53,2	9,6
≥ 60	18,1	47,1	10,9	42,4	13,0
Cor ou raça (autodeclarada)					
Branca	47,5	73,7	3,8	67,4	5,5
Parda	41,9	67,1	5,9	57,9	7,4
Preta	9,2	66,7	5,0	58,1	9,8
Outras ^a	1,4	74,9	4,3	61,8	9,1
Região de residência					
Sul	14,7	73,5	4,0	66,1	6,5
Sudeste	44,0	75,6	3,5	67,8	5,2
Centro-Oeste	7,4	71,8	4,8	64,9	6,0
Norte	7,4	62,0	5,9	57,5	7,7
Nordeste	26,5	61,5	7,0	52,5	9,5
Nível de escolaridade (completo)					
Superior	12,8	86,0	0,9	82,8	1,7
Médio	32,9	81,7	1,7	75,1	2,8
Fundamental	15,5	74,4	2,6	62,6	4,2
Nenhum	38,8	54,7	9,3	44,0	13,0
Renda domiciliar <i>per capita</i>^b					
>6 salários mínimos	4,2	84,7	1,0	85,6	2,5
>3 a 6 salários mínimos	8,0	83,2	1,9	79,9	2,3
>1 a 3 salários mínimos	38,2	74,4	3,4	66,7	5,3

≤1 salário mínimo	49,6	63,0	6,9	55,3	8,8
Classe social					
Posições privilegiadas	8,6	83,7	1,4	85,2	1,5
Controladores de ativos de menor valor	6,3	73,8	3,3	68,6	4,7
Classe trabalhadora não destituída	28,5	80,3	1,3	75,7	2,1
Destituídos de ativos	21,4	64,6	5,5	60,9	5,7
Pessoas fora da força de trabalho	35,3	51,4	11,9	53,5	10,3
Situação do domicílio					
Urbano	86,6	72,4	4,0	64,0	6,4
Rural	13,4	58,1	9,3	51,8	9,5
Vive com					
cônjuge/companheiro(a)					
Sim	61,2	67,1	4,9	62,0	6,8
Não	38,8	76,0	4,6	63,3	6,6
Atividade física nos últimos 3 meses					
Sim	31,6	81,7	1,4	71,6	3,2
Não	68,4	63,6	6,8	59,2	8,1
Tabagismo					
Nunca fumou	67,8	76,5	3,2	65,5	5,5
Ex-fumante	17,5	59,4	7,3	53,3	10,6
Fumante	14,7	62,8	7,1	54,1	10,7
Consumo abusivo de álcool^c					
Não	86,3	68,6	5,4	61,7	7,0
Sim	13,7	76,4	2,5	74,0	3,7
Obesidade^d					
Não	78,4	71,4	4,6	65,0	5,8
Sim	21,6	64,6	5,8	55,7	9,4

*p<0,001 para as proporções da autoavaliação da saúde geral em todas as variáveis estudadas, tanto para homens e mulheres;

^aInclui “amarelo” e “indígena”; ^bO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁸; ^cNúmero de doses de bebida alcoólica consumida em uma única ocasião nos últimos 30 dias – Homens: 5 ou mais doses; Mulheres: 4 ou mais doses²⁵; ^dÍndice de Massa Corporal ≥30 (kg/m²)²⁵.

Tabela 2- Odds Ratios (OR) brutos e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde da população adulta do Brasil, 2013

Variáveis	Autoavaliação da saúde			
	OR (IC95%) bruto			
	Homens		Mulheres	
	Regular vs. Positiva	Negativa vs. Positiva	Regular vs. Positiva	Negativa vs. Positiva
Cor ou raça (autodeclarada)				
Branca	1,00	1,00	1,00	1,00
Parda	1,32 (1,19; 1,46)	1,72 (1,42; 2,08)	1,49 (1,36; 1,63)	1,57 (1,33; 1,85)
Preta	1,39 (1,17; 1,66)	1,46 (1,06; 2,02)	1,38 (1,18; 1,61)	2,06 (1,60; 2,65)
Outras ^b	0,91 (0,62; 1,32)	1,12 (0,56; 2,22)	1,17 (0,84; 1,64)	1,79 (1,05; 3,06)
Região de residência				
Sul	1,00	1,00	1,00	1,00
Sudeste	0,90 (0,77; 1,05)	0,85 (0,63; 1,13)	0,96 (0,83; 1,10)	0,78 (0,60; 1,02)
Centro-Oeste	1,07 (0,90; 1,26)	1,23 (0,88; 1,69)	1,08 (0,93; 1,25)	0,94 (0,72; 1,23)
Norte	1,69 (1,42; 2,02)	1,72 (1,23; 2,40)	1,45 (1,25; 1,69)	1,37 (1,03; 1,80)
Nordeste	1,67 (1,45; 1,93)	2,07 (1,60; 2,68)	1,74 (1,53; 1,98)	1,84 (1,46; 2,31)
Nível de escolaridade (completo)				
Superior	1,00	1,00	1,00	1,00
Médio	1,35 (1,09; 1,67)	1,92 (1,09; 3,39)	1,57 (1,33; 1,85)	1,80 (1,26; 2,57)
Fundamental	2,04 (1,62; 2,58)	3,18 (1,81; 5,61)	2,83 (2,36; 3,39)	3,20 (2,22; 4,63)
Nenhum	4,34 (3,56; 5,30)	15,75 (9,45; 26,23)	5,20 (4,41; 6,13)	14,19 (10,28; 19,58)
Renda domiciliar per capita^c				
>6 salários mínimos	1,00	1,00	1,00	1,00
>3 a 6 salários mínimos	1,06 (0,73; 1,54)	1,94 (0,75; 4,99)	1,61 (1,19; 2,17)	0,99 (0,49; 1,99)
>1 a 3 salários mínimos	1,78 (1,31; 2,42)	3,85 (1,65; 9,00)	3,03 (2,33; 3,95)	2,71 (1,49; 4,93)
≤1 salário mínimo	2,84 (2,08; 3,87)	9,39 (4,05; 21,79)	4,67 (3,59; 6,08)	5,45 (3,02; 9,85)
Classe social				
Posições privilegiadas	1,00	1,00	1,00	1,00
Controladores de ativos de menor valor	1,73 (1,35; 2,23)	2,78 (1,46; 5,29)	2,48 (1,75; 3,52)	4,06 (1,82; 9,05)
Classe trabalhadora não destituída	1,28 (1,02; 1,60)	1,01 (0,55; 1,85)	1,88 (1,45; 2,43)	1,64 (0,87; 3,10)
Destituídos de ativos	2,59 (2,05; 3,27)	5,27 (2,92; 9,53)	3,51 (2,73; 4,51)	5,48 (2,99; 10,04)
Pessoas fora da força de trabalho	4,00 (3,17; 5,04)	14,26 (8,04; 25,28)	4,32 (3,39; 5,51)	11,35 (6,34; 20,32)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo com 95% de confiança.

^aInclui “amarelo” e “indígena”; ^bO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁸.

Tabela 3- Odds Ratios (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) para a associação entre posição socioeconômica e autoavaliação de saúde estratificada por sexo, Brasil, 2013

Variáveis	Autoavaliação da saúde			
	OR (IC95%) ajustado ^a			
	Homens		Mulheres	
	Regular vs. Positiva	Negativa vs. Positiva	Regular vs. Positiva	Negativa vs. Positiva
Cor ou raça (autodeclarada)				
Branca	1,00	1,00	1,00	1,00
Parda	1,48 (1,33; 1,64)	1,92 (1,57; 2,35)	1,64 (1,50; 1,81)	1,81 (1,52; 2,16)
Preta	1,47 (1,22; 1,77)	1,50 (1,07; 2,10)	1,38 (1,17; 1,63)	2,04 (1,56; 2,67)
Outras ^b	1,04 (0,71; 1,54)	1,43 (0,69; 2,95)	1,30 (0,93; 1,82)	2,19 (1,29; 3,72)
Região de residência				
Sul	1,00	1,00	1,00	1,00
Sudeste	0,92 (0,78; 1,07)	0,86 (0,64; 1,16)	0,95 (0,82; 1,09)	0,76 (0,58; 0,99)
Centro-Oeste	1,22 (1,03; 1,45)	1,53 (1,09; 2,13)	1,19 (1,03; 1,38)	1,08 (0,82; 1,42)
Norte	2,05 (1,65; 2,48)	2,14 (1,52; 3,01)	1,75 (1,50; 2,05)	1,85 (1,39; 2,45)
Nordeste	1,90 (1,65; 2,20)	2,38 (1,83; 3,10)	1,92 (1,68; 2,19)	2,16 (1,71; 2,72)
Nível de escolaridade (completo)				
Superior	1,00	1,00	1,00	1,00
Médio	1,69 (1,36; 2,11)	2,27 (1,27; 4,05)	1,73 (1,47; 2,05)	2,01 (1,40; 2,89)
Fundamental	2,32 (1,82; 2,97)	3,10 (1,73; 5,57)	2,91 (2,42; 3,50)	3,08 (2,10; 4,51)
Nenhum	3,24 (2,61; 4,02)	8,04 (4,74; 13,65)	3,80 (3,20; 4,53)	8,01 (5,64; 11,37)
Renda domiciliar per capita^c				
>6 salários mínimos	1,00	1,00	1,00	1,00
>3 a 6 salários mínimos	1,21 (0,82; 1,80)	2,15 (0,81; 5,66)	1,69 (1,23; 2,32)	1,00 (0,50; 1,99)
>1 a 3 salários mínimos	2,00 (1,44; 2,78)	3,69 (1,54; 8,85)	3,37 (2,52; 4,50)	2,85 (1,55; 5,24)
≤1 salário mínimo	3,43 (2,45; 4,79)	9,41 (3,91; 22,64)	5,88 (4,39; 7,89)	7,16 (3,90; 13,14)
Classe social				
Posições privilegiadas	1,00	1,00	1,00	1,00
Controladores de ativos de menor valor	1,41 (1,08; 1,84)	1,73 (0,90; 3,31)	1,96 (1,37; 2,81)	2,75 (1,22; 6,16)
Classe trabalhadora não destituída	1,51 (1,20; 1,89)	1,08 (0,59; 1,97)	2,07 (1,59; 2,68)	1,84 (0,98; 3,46)
Destituídos de ativos	2,57 (2,01; 3,29)	4,07 (2,23; 7,41)	3,15 (2,44; 4,08)	4,25 (2,32; 7,79)
Pessoas fora da força de trabalho	3,00 (2,32; 3,87)	8,56 (4,72; 15,50)	3,02 (2,34; 3,89)	6,57 (3,61; 11,96)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo com 95% de confiança.

^aAjustado pela idade, situação do domicílio, vive com cônjuge ou companheiro(a), atividade física nos últimos 3 meses, tabagismo, consumo abusivo de álcool e obesidade; ^bInclui “amarelo” e “indígena”; ^cO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁸.

Tabela 4a- Odds Ratios (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) das variáveis de posição socioeconômica entre si e autoavaliação de saúde estratificada por sexo, Brasil, 2013

Variáveis	Autoavaliação da saúde Regular vs. Positiva		
	OR (IC95%) ajustado ^a		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Homens			
Classe social			
Posições privilegiadas	1,00	1,00	1,00
Controladores de ativos de menor valor	0,98 (0,73; 1,31)	1,14 (0,86; 1,52)	0,94 (0,69; 1,26)
Classe trabalhadora não destituída	1,10 (0,86; 1,40)	1,14 (0,89; 1,46)	0,99 (0,76; 1,27)
Destituídos de ativos	1,65 (1,26; 2,16)	1,71 (1,31; 2,24)	1,38 (1,04; 1,82)
Pessoas fora da força de trabalho	2,02 (1,54; 2,66)	2,02 (1,53; 2,67)	1,68 (1,26; 2,24)
Nível de escolaridade (completo)			
Superior	1,00	-	1,00
Médio	1,58 (1,25; 1,99)	-	1,40 (1,10; 1,78)
Fundamental	2,04 (1,57; 2,65)	-	1,72 (1,31; 2,25)
Nenhum	2,68 (2,12; 3,40)	-	2,18 (1,69; 2,80)
Renda domiciliar per capita^c			
>6 salários mínimos	-	1,00	1,00
>3 a 6 salários mínimos	-	1,15 (0,77; 1,73)	1,03 (0,69; 1,56)
>1 a 3 salários mínimos	-	1,75 (1,24; 2,49)	1,35 (0,94; 1,93)
≤1 salário mínimo	-	2,59 (1,80; 3,71)	1,84 (1,27; 2,67)
Mulheres			
Classe social			
Posições privilegiadas	1,00	1,00	1,00
Controladores de ativos de menor valor	1,37 (0,95; 1,98)	1,53 (1,06; 2,21)	1,27 (0,88; 1,84)
Classe trabalhadora não destituída	1,51 (1,15; 1,98)	1,40 (1,08; 1,81)	1,24 (0,95; 1,62)
Destituídos de ativos	1,72 (1,31; 2,25)	1,76 (1,36; 2,28)	1,30 (0,99; 1,70)
Pessoas fora da força de trabalho	1,69 (1,30; 2,20)	1,71 (1,32; 2,21)	1,28 (0,98; 1,67)
Nível de escolaridade (completo)			
Superior	1,00	-	1,00
Médio	1,49 (1,26; 1,78)	-	1,26 (1,05; 1,50)
Fundamental	2,42 (2,00; 2,93)	-	1,89 (1,55; 2,30)
Nenhum	3,14 (2,62; 3,76)	-	2,31 (1,92; 2,79)
Renda domiciliar per capita^c			
>6 salários mínimos	-	1,00	1,00
>3 a 6 salários mínimos	-	1,61 (1,16; 2,21)	1,46 (1,07; 1,99)
>1 a 3 salários mínimos	-	2,97 (2,22; 3,97)	2,29 (1,72; 3,04)
≤1 salário mínimo	-	4,81 (3,57; 6,47)	3,34 (2,48; 4,49)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo com 95% de confiança.

^aAjustado pela idade, situação do domicílio, vive com cônjuge ou companheiro(a), atividade física nos últimos 3 meses, tabagismo, consumo abusivo de álcool e obesidade; ^bO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁸.

Tabela 4b- Odds Ratios (OR) ajustados e respectivos Intervalos de Confiança (IC95%) das variáveis de posição socioeconômica entre si e autoavaliação de saúde estratificada por sexo, Brasil, 2013

Variáveis	Autoavaliação da saúde Negativa vs. Positiva		
	OR (IC95%) ajustado ^a		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Homens			
Classe social			
Posições privilegiadas	1,00	1,00	1,00
Controladores de ativos de menor valor	1,00 (0,50; 1,99)	1,29 (0,68; 2,47)	0,93 (0,47; 1,84)
Classe trabalhadora não destituída	0,67 (0,35; 1,28)	0,73 (0,40; 1,35)	0,58 (0,31; 1,10)
Destituídos de ativos	2,03 (1,07; 3,85)	2,33 (1,26; 4,30)	1,59 (0,84; 3,02)
Pessoas fora da força de trabalho	4,55 (2,42; 8,57)	4,88 (2,67; 8,95)	3,52 (1,87; 6,61)
Nível de escolaridade (completo)			
Superior	1,00	-	1,00
Médio	2,19 (1,18; 4,08)	-	1,86 (0,98; 3,52)
Fundamental	2,58 (1,35; 4,92)	-	2,06 (1,07; 3,99)
Nenhum	5,80 (3,23; 10,39)	-	4,39 (2,40; 8,01)
Renda domiciliar per capita^c			
>6 salários mínimos	-	1,00	1,00
>3 a 6 salários mínimos	-	2,03 (0,77; 5,32)	1,70 (0,64; 4,50)
>1 a 3 salários mínimos	-	3,08 (1,30; 7,29)	1,94 (0,80; 4,71)
≤1 salário mínimo	-	5,54 (2,33; 13,17)	3,04 (1,25; 7,41)
Mulheres			
Classe social			
Posições privilegiadas	1,00	1,00	1,00
Controladores de ativos de menor valor	1,67 (0,76; 3,64)	2,02 (0,92; 4,45)	1,56 (0,73; 3,33)
Classe trabalhadora não destituída	1,21 (0,65; 2,24)	1,14 (0,63; 2,08)	0,98 (0,55; 1,77)
Destituídos de ativos	1,74 (0,96; 3,15)	2,03 (1,14; 3,63)	1,26 (0,71; 2,23)
Pessoas fora da força de trabalho	2,73 (1,53; 4,89)	3,17 (1,78; 5,62)	1,97 (1,12; 3,44)
Nível de escolaridade (completo)			
Superior	1,00	-	1,00
Médio	1,64 (1,17; 2,29)	-	1,36 (0,98; 1,89)
Fundamental	2,30 (1,60; 3,30)	-	1,74 (1,21; 2,50)
Nenhum	5,61 (4,06; 7,76)	-	3,96 (2,84; 5,51)
Renda domiciliar per capita^c			
>6 salários mínimos	-	1,00	1,00
>3 a 6 salários mínimos	-	0,98 (0,49; 1,96)	0,81 (0,41; 1,61)
>1 a 3 salários mínimos	-	2,54 (1,42; 4,53)	1,57 (0,89; 2,78)
≤1 salário mínimo	-	5,06 (2,84; 9,01)	2,68 (1,51; 4,74)

OR: odds ratio; IC95%: intervalo com 95% de confiança.

^aAjustado pela idade, situação do domicílio, vive com cônjuge ou companheiro(a), atividade física nos últimos 3 meses, tabagismo, consumo abusivo de álcool e obesidade; ^bO salário mínimo vigente no Brasil em 2013 era de R\$678,00⁴⁸.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam prevalências semelhantes da saúde positiva, regular e negativa na autopercepção da saúde geral e da saúde bucal da população adulta brasileira em 2013, apontando uma relação estreita entre as condições de saúde geral e de saúde bucal¹.

A autoavaliação da saúde é considerada uma medida válida para aferir o estado de saúde individual e populacional^{2,3}, sendo utilizada mundialmente⁴ e indicada pela OMS como umas das medidas para o monitoramento das desigualdades em saúde⁵, já que é considerada uma forte preditora da morbidade, da saúde geral^{6,7,8} e da saúde bucal⁹, e da mortalidade^{10,11,12}. No entanto, há pouca atenção sendo dada à consistência internacional da autopercepção da saúde¹³.

Babones¹³, analisando dados da terceira e quarta ondas do *World Values Survey* (1994-2004), englobando 67 países com informações para o desfecho, encontrou associações estatisticamente significantes da saúde autorreferida com a renda nacional *per capita* e com a desigualdade de renda nacional, porém não foi estatisticamente significativa para a expectativa média de vida entre os países, o que acende um alerta, segundo o autor, que a saúde autorreferida da população agregada pode não ser um bom indicador da saúde populacional. Outro argumento é que os países exibem níveis muito variados do estado de saúde autopercebido, muitas vezes não sendo coerentes com as suas condições de vida e de saúde aferidas por outras medidas; ou países com padrões de vida semelhantes, mostram resultados bem distintos para o desfecho. Para ilustrar tal situação, dentre os países analisados pelo autor, a Arábia Saudita foi o que apresentou maior proporção de indivíduos com saúde geral “muito boa” (49,2%), enquanto o Canadá obteve 41,2% e a Alemanha 16,7%, indicando assim, que as propriedades da autoavaliação da saúde entre os países podem não ser bem compreendidas e nem sempre se comportarem de acordo com o esperado. Estes elementos apontam para a necessidade de mais estudos com metodologia apropriada para avaliar o impacto das questões transculturais na autopercepção da saúde.

Há um gradiente social importante no processo que define os níveis de saúde e de doença individual e das populações, seja em relação à saúde geral ou à saúde bucal, conforme amplamente relatado na literatura sobre DSS. Os fatores socioeconômicos participam deste processo causal tanto como componentes etiológicos principais ou como mediadores desta relação^{5,14,15}. A atenção da comunidade científica e de organismos locais, nacionais e internacionais ainda se justifica para entender de forma mais profunda os processos envolvidos nesta relação, compreender como ela se comporta no tempo e no espaço e, principalmente, propor medidas para o enfrentamento das iniquidades em saúde.

Ao longo das últimas quatro décadas, a literatura científica mostrou correlações fortes entre saúde, avaliada por meio de medidas subjetivas e objetivas, e um conjunto de indicadores que capturam o status socioeconômico^{4,16-20}. Analisando a associação destes marcadores das condições sociais e o componente negativo da autoavaliação da saúde geral e da saúde bucal, discutem-se algumas semelhanças e peculiaridades na população adulta brasileira em 2013.

Dentre os quatro marcadores de desigualdade que foram analisados simultaneamente para os dois desfechos, região de residência, escolaridade, renda domiciliar *per capita* e classe social, a força de associação com a pior categoria da saúde autorreferida foi sempre maior na saúde geral do que na saúde bucal. Embora esta comparação direta apresente limitações, já que os mecanismos de determinação são diferentes para cada desfecho^{3,21}, bem como foram utilizadas distintas variáveis de controles nos modelos, esses achados podem apontar que estes marcadores são mais sensíveis para captar diferenças das condições da saúde global do que as condições bucais.

Diferentemente da polarização encontrada entre as regiões Norte/Nordeste e Sul/Sudeste/Centro-Oeste para a saúde geral²², na autoavaliação da saúde bucal apenas o Nordeste apresentou razão de chances estatisticamente significativa quando comparado com as demais regiões, apontando assim, que a percepção da saúde bucal dos moradores do Norte tende a não diferir das regiões mais desenvolvidas do país, mesmo havendo grandes disparidades nos indicadores de saúde bucal e de acesso a serviços odontológicos entre estas regiões^{21,23-25}.

A renda domiciliar *per capita* foi o indicador de posição socioeconômica mais fortemente associado com as desigualdades na autoavaliação da saúde bucal e da saúde geral entre os homens. Esta forte associação da renda com a saúde autorreferida era esperada devido ela ser considerada a medida mais direta da posição socioeconômica e o caráter ainda predominante privado na atenção odontológica de adultos no Brasil e na maioria dos países^{20,26}. Além do que, a renda tem papel determinante no acesso e uso de serviços de saúde²⁷. A redução da força de associação da renda domiciliar *per capita* com a saúde geral autorreferida entre as mulheres, quando comparada com os homens, pode ser reflexo das diferenças na inserção do mercado de trabalho e na distribuição desigual do poder econômico entre os gêneros^{8,28}, tornando as mulheres mais homogêneas entre si em relação à autoavaliação da saúde geral segundo a renda.

A escolaridade mostrou ser o indicador de posição socioeconômica mais importante para captar diferenças na autoavaliação da saúde geral das mulheres, provavelmente devido ao ganho dos níveis educacionais no sexo feminino, principalmente entre as faixas etárias mais jovens, reduzindo assim, o impacto negativo da insuficiência dos demais recursos socioeconômicos entre elas^{29,30}. Além de que, a maior longevidade das mulheres faz com que coexistam coortes com padrões educacionais bem distintos, provavelmente ampliando as desigualdades na autoavaliação da saúde segundo a escolaridade^{31,32}.

Para a saúde geral, de homens e de mulheres, estar fora do mercado de trabalho aumentou as chances de avaliar negativamente seu estado de saúde, enquanto que na saúde bucal, as chances foram maiores para aqueles pertencentes à classe social destituídos de ativos (trabalhadores elementares, autônomos precários, empregados domésticos, agrícolas precários e trabalhadores excedentes). Estes resultados apontam que tanto os ambientes físicos e psicossociais do trabalho, tipo de contrato trabalhista, diferentes autonomia e autoridade no processo de trabalho, bem como a exclusão do mercado de trabalho trazem efeitos nocivos ao estado de saúde geral e bucal dos indivíduos^{15,33}.

Os homens brancos e amarelos/indígenas, categoria denominada de “outros”, parecem avaliar de forma semelhante sua saúde geral, enquanto que nas mulheres, há uma diferença importante, com aquelas de cor ou raça autodeclarada amarela/indígena

sendo associada com a autoavaliação negativa de saúde geral, inclusive com maior razão de chances daquelas apresentadas para as mulheres pretas e pardas.

A compreensão da relação dos marcadores de desigualdade da autoavaliação da saúde geral e da saúde bucal pode levar ao melhor direcionamento de políticas públicas para grupos sociais mais vulneráveis, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde que persistem no Brasil. Levando a supor que esse quadro seja revelado também na escala global dos países de média renda, os resultados aqui alcançados podem também contribuir para o maior entendimento dos mecanismos envolvidos nas desigualdades sociais da saúde geral e da saúde bucal autorreferidas de adultos destes países.

Em conclusão, os resultados deste estudo mostraram que:

1. Mais de dois terços da população adulta brasileira avalia positivamente sua saúde geral e sua saúde bucal;
2. As mulheres avaliam pior sua saúde geral do que os homens;
3. Os principais marcadores associados a uma pior autoavaliação da saúde bucal de adultos no Brasil são:
  - a) Renda domiciliar *per capita* de até um salário mínimo;
  - b) Nenhum nível de escolaridade completo;
  - c) Classe social destituídos de ativos; e,
  - d) Residir na região Nordeste.
4. Os principais marcadores associados a uma pior autoavaliação da saúde geral nos homens adultos no Brasil são:
  - a) Renda domiciliar *per capita* de até um salário mínimo;

- b) Pessoas fora da força de trabalho;
  - c) Nenhum nível de escolaridade completo;
  - d) Residir nas regiões Nordeste e Norte; e,
  - e) Autodeclarar-se pardo e preto.
5. Os principais marcadores associados a uma pior autoavaliação da saúde geral nas mulheres adultas no Brasil são:
- a) Nenhum nível de escolaridade completo;
  - b) Renda domiciliar *per capita* de até um salário mínimo;
  - c) Pessoas fora da força de trabalho;
  - d) Autodeclarar-se amarela/indígena, preta e parda; e,
  - e) Residir nas regiões Nordeste e Norte.
6. A renda domiciliar *per capita* é o marcador mais sensível para capturar desigualdades na autoavaliação da saúde bucal e da saúde geral dos homens;
7. Nas mulheres, a escolaridade é o marcador mais fortemente associado com desigualdades na autoavaliação da saúde geral;
8. A tipologia de classe social de Figueiredo Santos, a partir de sua proposta de agregação das quinze posições de classe em quatro agrupamentos sociais, é válida para capturar desigualdades na autopercepção da saúde geral e da saúde bucal, à semelhança da renda domiciliar *per capita* e da escolaridade, com diferenciais apenas na força de associação, a depender do desfecho e do sexo.

Referências

1. Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Desigualdades na autoavaliação de saúde bucal em adultos. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(4):740-51.
2. Almeida-Filho N. For a General Theory of Health: preliminary epistemological and anthropological notes. *Cad Saude Publica*. 2001; 17(4):753-70.
3. Souza DE. Determinação Social da Saúde: associação entre sexo, escolaridade e saúde autorreferida [Doutorado]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
4. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013; 13:320-9.
5. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008. The social determinants of health: monitoring, research, and training; p. 178-91.
6. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from Middle East. *BMC Public Health*. 2007; 7:177-86.
7. Alexopoulos EC, Geitona M. Self-rated health: Inequalities and potential determinants. *Int J Environ Res Public Health*. 2009; 6:2456-69.
8. Prus SG. Comparing social determinants of self-rated health across the United States and Canada. *Soc Sci Med*. 2011; 73(1):50-9.
9. Engstrom S, Holmlund A. Self-estimated oral and general health are related and associated with clinically investigated dental health. *Swed Dent J*. 2011; 35:169-75.
10. Eriksson I, Unden AL, Elofsson S. Self-rated Health. Comparisons between three different measures. Results from population study. *Int J Epidemiol*. 2001; 30:326-33.
11. Idler EL. Gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist*. 2003; 43(3):372-5.
12. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(3):267-75.
13. Babones SJ. The consistency of self-rated health in comparative perspective. *Public Health*. 2009; 123:199-201.
14. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5. ed. Geneva: World Health Organization; 2013. From surveys to surveillance; p. 65-97.
15. Kong KA, Khang Y, Cho H, Jang S, Jung-Choi K. Neo-Marxian social class inequalities in self-rated health among the employed in South Korea: the role of material, behavioral, psychosocial, and workplace environmental factors. *BMC Public Health*. 2017; 17:345.
16. Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31:351-60.
17. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010; 38(4):348-59.

18. Armfield JM, Mejía GC, Jamieson LM. Socioeconomic and psychosocial correlates of oral health. *Int Dental Journal*. 2013; 63:202-9.
19. Nascimento AR; Andrade FB; César CC. Fatores associados à concordância entre autopercepção e avaliação clínica da necessidade de tratamento dentário em adultos do Brasil e de Minas Gerais. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(10):e00039115.
20. Hakeberg M, Boman UW. Self-reported oral and general health in relation to socioeconomic position. *BMC Public Health*. 2018; 18:63-71.
21. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(2):421-35.
22. Figueiredo Santos JA. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2018; 27(2):556-72.
23. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(2):360-5.
24. Ministério da Saúde (BR). SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
25. Nico LS, Andrade SSCA, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(2):389-98.
26. Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Araújo TM, Dias AB, Oliveira LOA, et al. A utilização da variável raça/cor em saúde pública. *Interface Comum Saude Educ*. 2009; 13:383-94.
27. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36(1):1-10.
28. Borrell C, Palència L, Muntaner C, Urquía M, Malmusi D, O'Campo P. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. *Epidemiol Rev*. 2014; 36:31-48.
29. Ross C, Mirowsky J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? *Soc Sci Med*. 2006; 63(5):1400-13.
30. Ross C, Mirowsky J. Gender and the health benefits of education. *Sociol Q*. 2010; 51(1):1-19.
31. Lynch SM. Cohort and life-course patterns in the relationship between education and health: a hierarchical approach. *Demography*. 2003; 40:309-31.
32. Van Zon SKR, Bültmann U, Leon CFM, Reijneveld SA. Absolute and relative socioeconomic health inequalities across age groups. *PLoS ONE*. 2015; 10(12):e0145947.
33. Figueiredo Santos JA. Uma classificação socioeconômica para o Brasil. *Rev Bras Ci Soc*. 2005; 20(58):27-46.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Questionário dos moradores do domicílio. Rio de Janeiro; c2013. [acesso em 10 abr 2014]. Disponível em: <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>.
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Indicadores de saúde e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.
36. Figueiredo Santos JA. Esquema de classe para abordar a desigualdade de saúde no Brasil. *Cad Itaborai*. 2013; 1(1):39-64.

Anexo I

Quadro - Módulos do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), IBGE, 2013

MÓDULOS	COMPONENTE
INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO	
A	Informações do domicílio
B	Visitas domiciliares de Equipe de Saúde da Família e Agente de Endemias
INFORMAÇÕES DE TODOS OS MORADORES DO DOMICÍLIO	
C	Características gerais dos moradores
D	Características de educação das pessoas de 5 anos ou mais de idade
E	Trabalho dos moradores do domicílio de 14 anos ou mais de idade
F	Rendimentos domiciliares
G	Pessoas com deficiências
I	Cobertura de plano de saúde
J	Utilização de serviços de saúde
K	Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais e cobertura de mamografia entre mulheres de 50 anos e mais
L	Crianças com menos de 2 anos
INFORMAÇÕES DO MORADOR ADULTO SELECIONADO	
M	Outras características do trabalho e apoio social
N	Percepção do estado de saúde
O	Acidentes e violências
P	Estilos de vida
Q	Doenças crônicas
R	Saúde da mulher (mulheres de 18 anos e mais de idade)
S	Atendimento pré-natal
U	Saúde bucal
X	Atendimento médico

FONTE: IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Questionário dos moradores do domicílio³⁴.

Link Questionário PNS 2013:

<https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>

Anexo II

Tabela - Critérios operacionais da Classificação Socioeconômica para o Brasil de Figueiredo Santos (2013) e estimativa de distribuição na população adulta, Brasil, 2013

AGRUPAMENTOS DE CLASSE	POSIÇÕES DE CLASSE	CRITÉRIOS OPERACIONAIS	% (com peso amostral)		
			Total	Homens	Mulheres
Posições privilegiadas	Capitalistas e fazendeiros	Critério original: Posição na ocupação de empregador; empregador não agrícola com 11 ou mais empregados; empregador agrícola com 11 ou mais empregados permanentes; empregador agrícola que emprega simultaneamente 6 ou mais empregados permanentes e 11 ou mais empregados temporários; empregador agrícola com 1.000 hectares ou mais de terra, independentemente do número de empregados. Critérios aplicados à PNS: empregador com renda de trabalho situada nos dois décimos superiores da categoria de empregador [20% mais ricos].	0,4	0,7	0,2
	Especialistas autônomos	Critério original: Posição na ocupação de conta própria ou empregador; especialista de acordo com o grupo ocupacional, com até 5 empregados ou sem empregados, com ou sem estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório). Critério aplicado à PNS: Posição na ocupação de conta própria; especialista de acordo com o grupo ocupacional.	0,9	1,1	0,7
	Gerentes	Posição na ocupação de empregado, gerente de acordo com o grupo ocupacional, abarcando os diretores de empresas, dirigentes da administração pública, administradores em organizações de interesse público (sem	2,1	2,8	1,5

		fins lucrativos, etc.) e gerentes de produção, operações e de áreas de apoio.			
	Empregados especialistas	Posição na ocupação de empregado, especialista de acordo com o grupo ocupacional, incluindo as profissões credenciadas, as profissões de menor poder profissional e os professores do ensino médio e profissional com formação superior.	3,4	3,1	3,7
	Pequenos empregadores	Critério original: Posição na ocupação de empregador; empregador não agrícola que emprega de 1 a 10 empregados; empregador agrícola com 3 a 10 empregados permanentes e 11 ou mais empregados temporários. Critério aplicação à PNS: Empregador com renda do trabalho situada nos oito décimos inferiores da categoria de empregador [80% mais pobres].	1,8	2,6	1,1
Controladores de ativos de menor valor	Autônomos com ativos	Critério original: Posição na ocupação de conta própria com atividade de natureza não agrícola, cujo empreendimento ou titular possui uma ou mais das seguintes condições: estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório, banca de jornal ou quiosque), veículo automotor (taxi, caminhão, van, etc.) usado para trabalhar ou ocupação qualificada no emprego principal. Critério aplicação à PNS: Conta própria com atividade de natureza não agrícola com renda situada nos três décimos superiores da categoria de conta própria [30% mais ricos].	4,6	7,4	2,1
	Autônomos agrícolas	Critério original: Posição na ocupação de conta própria com atividade em empreendimento do ramo que compreende a agricultura, silvicultura, pecuária, extração vegetal, pesca e piscicultura. Critério aplicação à PNS: Conta própria com atividade de natureza agrícola com renda situada nos cinco décimos superiores da categoria [50% mais ricos].	1,6	2,9	0,5
Classe trabalhadora	Empregados	Posição na ocupação de empregado; empregado	5,6	5,7	5,5

não destituída	qualificados	qualificado de acordo com o grupo ocupacional, abarcando os técnicos de nível médio nas diversas áreas, professores de nível médio ou formação superior no ensino infantil, fundamental e profissional, professores em educação física e educação especial.			
	Supervisores	Posição na ocupação de empregado, supervisor, chefe, mestre ou contramestre de acordo com o grupo ocupacional.	0,5	0,9	0,2
	Trabalhadores típicos	Posição na ocupação de empregado, trabalhador em reparação e manutenção mecânica, ferramenteiro e operador de centro de usinagem; trabalhador de semi-rotina na operação de instalações químicas, petroquímicas e de geração e distribuição de energia; trabalhador de semi-rotina em serviços administrativos, comércio e vendas; trabalhador de rotina na operação de máquinas e montagem na indústria; trabalhador de rotina em serviços administrativos, comércio e vendas.	22,4	29,6	16,0
Destituídos de ativos	Trabalhadores elementares	Posição na ocupação de empregado, trabalhador com tarefas de trabalho bastante elementares na indústria e nos serviços, como ajudante de obras, trabalhadores elementares na manutenção de vias públicas, faxineiros, lixeiros e carregadores de carga; trabalhadores manuais agrícolas, garimpeiros e sanileiros, exclusive os trabalhadores na mecanização agrícola, florestal e drenagem.	5,1	6,8	3,6
	Autônomos precários	Critério original: Posição na ocupação de conta própria e empreendimento ou titular sem a posse de nenhuma das seguintes condições: estabelecimento (loja, oficina, fábrica, escritório, banca de jornal ou quiosque), veículo automotor (taxi, caminhão, van, etc.) usado para trabalhar ou ocupação qualificada no emprego principal; posição na ocupação de trabalhador na produção do próprio consumo; posição na ocupação de trabalhador na construção para o	7,1	7,8	6,6

		próprio uso. Critério aplicação à PNS: Conta própria com atividade de natureza não agrícola com renda situada nos sete décimos inferiores da categoria de conta própria [70% mais pobres].			
	Empregados domésticos	Posição na ocupação de trabalhador doméstico, com ou sem carteira assinada.	4,0	0,7	7,0
	Agrícolas precários	Critério original: Conta própria na atividade agrícola que controla terra pouca ou insuficiente (menos de 2 hectares), ou na condição de posseiro não tem o domínio legal sobre a posse, ou vê-se compelido a vender a totalidade (ou maior) parte de sua produção principal para o consumidor direto em mercados meramente locais. Critério aplicação à PNS: Conta própria na atividade agrícola com renda de trabalho situada nos cinco décimos inferiores da categoria [50% mais pobres].	1,6	2,5	0,7
	Trabalhadores excedentes	Os trabalhadores excedentes são integrados pelos desempregados no sentido lato.	3,5	3,0	3,9
Pessoas fora da força de trabalho	-	Pessoas que não trabalhavam nem procuravam emprego no mês de referência da pesquisa ³⁵ .	35,3	22,5	46,8
Total			100,0	100,0	100,0

FONTE: Figueiredo Santos (2013)³⁶; Microdados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Jailson Lopes de Sousa

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/6272076062967510>
Última atualização do currículo em 31/01/2019

Possui graduação em Odontologia (2002-UFPE), Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (2005-UPE), Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde (2010-Hospital Sírio Libanês) e Mestrado em Saúde Coletiva (2007-UFPE). Atualmente é aluno do Doutorado em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública/USP, com mobilidade internacional (bolsista CAPES) no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Portugal (2017-2018). Atualmente é Analista de Informações Geográficas e Estatísticas do IBGE/Governo Federal. Já foi Gestor de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente do Estado de Pernambuco, Professor Assistente da Universidade Federal de Pernambuco, Professor Colaborador na Universidade Estadual de Pernambuco, Sanitarista da Prefeitura da Cidade do Recife e Tutor de EAD da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Tem experiência na área de Saúde Coletiva e Odontologia, atuando principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia, Determinantes Sociais na Saúde, Políticas de Saúde, DST/HIV/aids, Vigilância à Saúde e Planejamento Estratégico. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Jailson Lopes de Sousa
Nome em citações bibliográficas	SOUSA, J. L.

Endereço

Endereço Profissional	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Unidade Estadual do IBGE. Praça Ministro João Gonçalves de Souza Engenho do Meio 04542-050 - São Paulo, SP - Brasil Telephone: (11) 2105-8212 Fax: (11) 32724055 URL da Homepage: www.ibge.gov.br

Formação acadêmica/titulação

2017	Doutorado em andamento em Doutorado em Saúde Pública. Universidade do Porto, U.PORTO, Portugal. com período sanduíche em Universidade do Porto (Orientador: Susana Manuela Ribeiro Dias da Silva). Título: Não informado, Orientador: 🇵🇹 Zilda Pereira da Silva. Palavras-chave: Determinantes Sociais em Saúde; Desigualdade em saúde; Autoavaliação de saúde; Acesso a serviços de saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia.
2015	Doutorado em andamento em Epidemiologia (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Orientador: 🇵🇹 Zilda Pereira da Silva. Palavras-chave: Inquérito de saúde; Determinantes Sociais em Saúde; Autoavaliação de saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia.
2005 - 2007	Mestrado em Saúde Coletiva (Conceito CAPES 3). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil. Título: INCIDÊNCIA DE AIDS NO GRUPO ETÁRIO DE 50 ANOS E MAIS NO PERÍODO ANTERIOR E POSTERIOR À INTRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA DISFUNÇÃO ERÉTIL: BRASIL, 1990 A 2003, Ano de Obtenção: 2007. Orientador: 🇵🇹 MARIA DOLORES PAES DA SILVA. Coorientador: ULISSES RAMOS MONTARROYOS. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: HIV/AIDS; Envelhecimento; Medicamentos para disfunção erétil; TENDÊNCIA.
2009 - 2010	Especialização em Gestão da clínica nas Redes de Atenção do SUS. (Carga Horária: 360h). Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, IEP, Brasil. Título: Projeto Aplicativo: Despertar protagonismos para prover sustentabilidade na linha do cuidado materno-infantil na microrregião de Ouricuri-PE. Orientador: Kathleen Tereza da Cruz.
2003 - 2005	Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. (Carga Horária: 4160h). Universidade de Pernambuco, UPE, Brasil. Título: ANÁLISE DE TENDÊNCIA DOS CASOS DE AIDS EM MENORES DE 13 ANOS POR TRANSMISSÃO VERTICAL: BRASIL, 1990 A 2001. Orientador: ANA MARIA DE BRITO.
2011 - 2011	Bolsista do(a): SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, SSS-PE, Brasil. Aperfeiçoamento em Curso de Desenvolvimento de Habilidades Pesquisa. (Carga Horária: 240h). Escola Nacional de Ciências Estatísticas, ENCE, Brasil. Título: Pesquisa Domiciliar sobre Deslocamentos Populacionais. Ano de finalização: 2011. Orientador: Corpo Docente do Curso CDHP da ENCE.
1997 - 2002	Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil. Título: NÍVEL DE PENETRAÇÃO DE MEDICAÇÃO INTRAPULPAR ATRAVÉS DA TÉCNICA CONVENCIONAL E TÉCNICA ALTERNATIVA. Orientador: GEORGINA AGNELLO DE LIMA. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

Formação Complementar

2013 - 2013	Oficina de Desenvolvimento de Equipes. (Carga horária: 20h). Escola Nacional de Administração Pública, ENAP, Brasil.
2013 - 2013	Oficina de Formação Pedagógica. (Carga horária: 40h). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Brasil.
2011 - 2011	Inglês. (Carga horária: 45h). Kaplan International Colleges, KIC, Estados Unidos.
2009 - 2009	Curso de Normalização de Trabalhos Acadêmicos-ABNT. (Carga horária: 12h). Fundação Odontológica Presidente Castello Branco, FOPCB, Brasil.
2009 - 2009	Curso de Formação de Tutores EAD. (Carga horária: 40h). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Brasil.
2007 - 2007	Oficina de Programação de Redes Assistenciais. (Carga horária: 24h). Conselho Nacional de Secretários de Saúde, CONASS, Brasil.
2006 - 2006	Curso de Capacitação em Metodologia PBL. (Carga horária: 12h). INSTITUTO UNIFICADO EUROPEU NO BRASIL, IUNE, Brasil.

Atuação Profissional

Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, FIBGE, Brasil.	
Vínculo institucional 2010 - Atual Atividades 01/2014 - Atual	Vínculo: , Enquadramento Funcional: Analista Planej. Gestão Inform. Geog. Estatís, Carga horária: 40 Direção e administração, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, . Cargo ou função Coordenador Estadual da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Anual (PNAD Anual). Direção e administração, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, . Cargo ou função Supervisor Estadual da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em Pernambuco. Direção e administração, Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, . Cargo ou função Supervisor Estadual da Pesquisa de Avaliação do Censo Demográfico 2010 em Pernambuco.
08/2013 - 12/2013	
01/2011 - 04/2011	
Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, SES-PE, Brasil.	
Vínculo institucional 2009 - 2010	Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Apoiador Institucional de Educação Permanente, Carga horária: 40

Zilda Pereira da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4481599643491362>
Última atualização do currículo em 03/12/2018

Possui mestrado (2001) e doutorado (2008) em Saúde Pública, pela Universidade de São Paulo. Atualmente, é professora doutora no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. É orientadora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e no Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Atuou como analista de projetos, assessora técnica e gerente na Fundação Seade. Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente nos seguintes temas: estatísticas e sistemas de informação em saúde, mortalidade infantil e acesso a serviços de saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Zilda Pereira da Silva
Nome em citações bibliográficas	SILVA, Z. P.;Silva, Zilda Pereira da;da Silva, Z. P.;DA SILVA, ZILDA PEREIRA

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública da USP. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617930 Fax: (11) 30617926 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação acadêmica/titulação

2005 - 2008	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Perfil dos nascimentos e da mortalidade neonatal precoce, segundo local de parto, complexidade hospitalar e rede SUS e não-SUS, região metropolitana de São Paulo, 2006, Ano de obtenção: 2008. Orientador: ☺ Marcia Furquim de Almeida. Palavras-chave: saúde pública; mortalidade neonatal precoce; complexidade hospitalar; local de parto; Sistema Único de Saúde. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
1998 - 2001	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Transformações na Administração Municipal de Saúde no Estado de São Paulo: aspectos de recursos humanos e financeiros, Ano de Obtenção: 2001. Orientador: ☺ Evelin Naked de Castro Sá. Palavras-chave: saúde pública; informação em saúde; políticas públicas. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia da Saúde. Setores de atividade: Saúde Humana.
1995 - 1995	Especialização em em Saúde Pública. (Carga Horária: 800h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1980 - 1986	Graduação em Ciências Sociais. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

2014 - 2014	Saúde Global. (Carga horária: 32h). Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil.
2013 - 2013	Obstetrícia e Neonatologia. (Carga horária: 10h). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP, Brasil.
2013 - 2013	Treinamento no Uso do Software RECLINK. (Carga horária: 16h). Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil.
2013 - 2013	Medición de la Clase Social Ocupacional. (Carga horária: 20h). Sociedad Española de Epidemiología, SEE, Espanha.
2010 - 2010	Extensão universitária em II Oficina de Escrita Científica em Saúde Pública. (Carga horária: 40h). Faculdade de Saúde Pública da USP, FSP/USP, Brasil.
2010 - 2010	Inquéritos de Saúde. (Carga horária: 24h). Fac. Saúde Pública - Univ.São Paulo, FSP/USP, Brasil.