UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**Desigualdades relacionadas à autopercepção de saúde
bucal entre idosos do município de São Paulo entre 2000 e
2010.**

Ana Elisa Ribeiro

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do título
de Mestre em Ciências.**

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Natasha Toporcov.

**Coorientadora: Dra. Doralice Severo da Cruz
Teixeira.**

São Paulo

2018

**Desigualdades relacionadas à autopercepção da saúde
bucal entre idosos do município de São Paulo entre 2000 e
2010.**

Ana Elisa Ribeiro

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção do título
de Mestre em Ciências.**

Área de concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Tatiana Natasha Toporcov.

**Coorientadora: Dra. Doralice Severo da Cruz
Teixeira.**

Versão original

São Paulo

2018

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.

Catálogo da Publicação
Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ribeiro, Ana Elisa

- Desigualdades relacionadas à autopercepção da saúde bucal entre idosos do município de São Paulo entre 2000 e 2010 / Ana Elisa Ribeiro; orientadora Tatiana Natasha Toporcov; co-orientadora Doralice Severo da Cruz Teixeira. -- São Paulo, 2018.
102 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2017.

1. Saúde Bucal. 2. Idosos. 3. Autopercepção. 4. Qualidade de vida. 5. Iniquidade social. I. Toporcov, Tatiana Natasha, orient. II. Severo da Cruz Teixeira, Doralice, coorient. III. Título.

*...tem os que passam
e tudo se passa
com passos já passados*

*tem os que partem
da pedra ao vidro
deixam tudo partido*

*e tem, ainda bem,
os que deixam
a vaga impressão
de ter ficado.*

Alice Ruiz, no livro "Dois em um". São
Paulo: Iluminuras, 2008

*Dedico este trabalho com todo o meu amor aqueles que decidiram ficar sempre
perto.*

ELIANE,

Minha mãe, cujo exemplo de dedicação, amor e respeito permitiu que eu chegasse até aqui, não medindo esforços e abrindo mão dos próprios sonhos para realizar os meus ...

DENILSO,

Meu pai,

Que partiu cedo e deixou saudades eternas. Quem dera por um descuido Deus te fizesse eterno...

JOÃO GABRIEL e ALEXANDRE,

Pelo amor de irmão que só vocês sabem dar e por manterem a ordem enquanto estive longe....

HYGOR,

Com amor, pelo companheirismo e paciência, por acreditar em mim, incentivar a realização de cada sonho nosso e compreender minha ausência...

AMIGAS,

Pela força, motivação e doses diárias de amor.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ser uma filha amada e à minha família, por estar sempre ao meu lado, transbordando de amor.

Em especial,

À minha orientadora e amiga, professora Dra. Tatiana Natasha Toporcov, por acreditar na minha capacidade de desenvolver este trabalho e não medir esforços para incentivar o meu crescimento profissional e pessoal. Obrigada por me mostrar como fazer pesquisa e amar o que se faz.

À minha coorientadora e companheira de ótimas discussões, Dra. Doralice Severo da Cruz Teixeira, pela enorme disposição em ensinar e trilhar comigo o caminho da construção do conhecimento.

À professora Dra. Yeda Aparecida de Oliveira Duarte e toda a equipe do projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE), por gentilmente permitirem a utilização dos dados e se colocarem sempre à disposição para ajudar.

Ao professor Marco Aurélio Peres, pela generosidade na contribuição na construção da metodologia deste trabalho, ampliando os horizontes e mostrando que sempre podemos ir além.

Ao professor Dr. José Leopoldo Antunes, pela contribuição no esclarecimento de dúvidas teórico-metodológicas e pela total disponibilidade em ajudar no desenvolvimento do estudo.

À professora Dra. Marcia Helena Baldani Pinto, por acreditar que eu poderia ir além e me incentivar nas escolhas profissionais, mostrando caminhos e guiando com carinho e generosidade.

Aos professores José Leopoldo, Márcia Baldani e Samuel Moysés por terem aceitado participar da pré-banca e da defesa da dissertação. Obrigada pela relevante contribuição dada a esta pesquisa.

Aos funcionários dos Departamentos de Saúde Pública e de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública/USP.

Aos muitos colegas das disciplinas, cafés e rodas de conversas, alguns dos quais se tornaram grandes amigos. Obrigada pelos abraços calorosos, pelo consolo nos momentos difíceis e, principalmente, pelos sorrisos diários.

Às minhas amigas de São Paulo, as quais eu sempre me refiro como “*meus presentes da USP para a vida*” (Suzan, Gi, Tarsi, Ana, Lívia, Fátima, Noemi e Ju). É impossível descrever em palavras a importância de cada uma em minha vida. Vocês fazem parte da minha formação profissional e pessoal.

Aos colegas de “*campo*” do estudo SABE, os quais me acolheram com muito amor e carinho, sempre dispostos a ensinar.

Aos idosos participantes do estudo SABE, por aceitarem participar do projeto, sem os quais a presente dissertação e tantos outros achados não seriam possíveis de realização. Obrigada por colaborarem com a evolução da ciência.

A tantas outras pessoas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro durante a concessão da bolsa.

Muito obrigada!

RESUMO

Ribeiro AE. Desigualdades relacionadas à autopercepção da saúde bucal entre idosos do município de São Paulo entre 2000 e 2010 [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018.

Estudos realizados no Brasil e no mundo relataram desigualdades sociais relacionadas à saúde bucal de idosos, porém ainda faltam esclarecimentos sobre as medidas subjetivas da saúde bucal desta população e a relação com as condições socioeconômicas. Este estudo tem o objetivo de avaliar a desigualdade social relacionada à autopercepção de saúde bucal entre idosos no município de São Paulo entre 2000 e 2010. Foram utilizados dados do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), cuja amostra foi representativa de idosos residentes no município em 2000, 2006 e 2010. A variável de interesse foi o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, obtida por meio do *Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)*, categorizada em autopercepção de saúde bucal (ASB) boa (impacto positivo) e ruim (impacto negativo). O nível educacional foi a variável socioeconômica utilizada. Foram utilizados modelos de regressão de Poisson ajustados por dados sociodemográficos, acesso a serviços de saúde, saúde geral e bucal. Para a análise da desigualdade social utilizou-se as medidas complexas *Slope Index of Inequality (SII)* e *Relative Index of Inequality (RII)*, assim como *equiplots*. A prevalência de ASB boa foi 46,02%, 54,51% e 54,36%, em 2000, 2006 e 2010, respectivamente. Fatores sociodemográficos, percepção de saúde geral, depressão, número de dentes presentes, uso e necessidade de prótese estiveram associados a autopercepção de saúde bucal ruim nos anos analisados. Em 2010, oito anos ou mais de escolaridade (RP:0,74; IC 0,63;0,87), autopercepção ruim da saúde geral (RP:1,33; IC 1,17;1,50) e não ter necessidade de prótese (RP:0,71; IC 0,62;0,82) foram alguns fatores associados a ASB ruim. Nota-se a presença de desigualdade social absoluta e relativa relacionada a ASB boa em 2006 e 2010, principalmente entre idosos dentados (2010 - SII:33,90;IC18,80;48,99 e RII:2,03;IC 1,47;2,82) e de 60 a 69 anos. A desigualdade social relacionada a autopercepção de saúde bucal aumentou entre os idosos no período avaliado, portanto, são necessárias ações destinadas à esta população para eliminar as iniquidades.

Descritores: idosos, saúde bucal, autopercepção, iniquidade social, qualidade de vida.

ABSTRACT

Ribeiro AE. Inequalities in self-perceived oral health of elderly in the city of São Paulo between 2000 and 2010 [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2018. Portuguese.

Studies conducted in Brazil and in the world have reported social inequalities in oral health among the elderly, but the role of socioeconomic conditions on the subjective measures of oral health in this population is still not clear. This study aims to assess social inequalities on self-perceived oral health across among the elderly from São Paulo between 2000 and 2010. Data from the *Saúde, Bem estar e Envelhecimento* (SABE) study were used, which sought to evaluate elderly people living in the city of São Paulo in 2000, 2006 and 2010. The variable of interest was the impact of oral health on the quality of life obtained by means of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), categorized as good (positive impact) and poor (negative impact) oral health self-perception (OHSP). Education level was the socioeconomic variable used. Poisson regression models, adjusted by sociodemographic, access to health services, general health and oral health, were fitted. For the analysis of social inequality complex measures were used: Slope Index of Inequality (SII) and Relative Index of Inequality (RII), as well as equiplots. The prevalence of good OHSP was 46.02%, 54.51% and 54.36%, in 2000, 2006 and 2010, respectively. Socio-demographic factors, general health perception, depression, number of teeth present, use and need for prosthesis were associated with poor OHSP in the analyzed years. In 2010, eight years or more of schooling (PR: 0.74; CI: 0.63, 0.87), poor self-perceived health (PR: 1.33, CI: 1.17, 1.50) and have no need for a prosthesis (PR: 0.71; CI 0.62, 0.82) were associated with poor OHSP. Absolute and relative social inequality related to good OHSP was observed in 2006 and 2010, especially among dentate elderly (2010 - SII: 33.90; CI: 18.80, 48.99 and RII: 2.03; CI: 1.47, 2.82) and in those aged from 60 to 69 years. Social inequality related to self-perception of oral health increased among the elderly in the period evaluated, therefore, actions aimed at this population are necessary to diminish inequities.

Keywords: Aged, Oral Health, Self-Concept, Social Inequity, Quality of Life.

SUMÁRIO

1.Introdução.....	12
1.1 Envelhecimento populacional.....	12
1.2 Determinantes sociais do processo saúde – doença.....	13
1.3 Saúde bucal e desigualdade.....	16
2. Objetivos.....	32
3.Métodos.....	33
3.1 Seleção da amostra.....	33
3.2 Coleta de dados.....	36
3.3 Variáveis utilizadas.....	37
3.4 Modelo teórico e análise estatística.....	41
3.4.1 Fatores associados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida....	41
3.4.2 Desigualdade social relacionada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida.....	43
3.5 Aspectos éticos.....	46
4. Resultados.....	47
4.1 Fatores associados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida.....	53
4.2 Desigualdade social relacionada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida.....	60
5. Discussão.....	65
5.1 Fatores associados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida.....	65
5.2 Desigualdade social relacionada ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida.....	72
6. Considerações finais.....	75
7. Referências.....	77
Anexos.....	86
Currículo lattes.....	101

Lista de Tabelas e Figuras

- Tabela 1 – Exemplos de medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal (MCGRATH C.; ROGERS SN, 2010).
- Tabela 2 – Estudos sobre fatores associados à autopercepção de saúde bucal de idosos e o impacto na qualidade de vida.
- Tabela 3 – Estudos sobre desigualdades relacionadas a desfechos em saúde.
- Tabela 4 – Descrição das variáveis do estudo: forma de coleta no questionário SABE e categorização usada no presente estudo.
- Tabela 5 – Características dos idosos com 60 anos ou mais representativos do Município de São Paulo. Estudo SABE.
- Tabela 6 – Associação entre ASB e características demográficas, socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, saúde geral e saúde bucal dos idosos do Município de São Paulo. Estudo SABE.
- Tabela 7 – Fatores associados à ASB ruim entre os idosos do município de São Paulo no ano de 2000. Estudo SABE.
- Tabela 8 – Fatores associados à ASB ruim entre os idosos do município de São Paulo no ano de 2006. Estudo SABE.
- Tabela 9 – Fatores associados à ASB ruim entre os idosos do município de São Paulo no ano de 2010. Estudo SABE.
- Tabela 10 – Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa entre idosos do Município de São Paulo. Estudo SABE.
- Tabela 11 – Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa ajustada por sexo e idade entre idosos do Município de São Paulo. Estudo SABE.
- Tabela 12 – Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa, segundo sexo, ajustado por idade, entre os idosos no município de São Paulo. Estudo SABE.

Tabela 13 – Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa segundo presença de dentes entre os idosos no município de São Paulo. Estudo SABE.

Tabela 14 – Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa segundo faixa etária entre idosos no Município de São Paulo. Estudo SABE.

Tabela 15 – Fatores associados à ASB entre os idosos dentados do município de São Paulo no ano de 2010. Estudo SABE.

Tabela 16 – Fatores associados à ASB entre os idosos desdentados do município de São Paulo no ano de 2010. Estudo SABE.

Tabela 17 – Associação entre ASB e características demográficas, socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, saúde geral e saúde bucal dos idosos do Município de São Paulo. Estudo SABE. (**Valor de p de tendência*).

Figura 1 – Modelo teórico proposto por Gift, Atchinson e Drury em 1998 dos fatores que influenciam a autopercepção de saúde bucal.

Figura 2 – Adaptação do modelo proposto por Gift et al. em 1998. (MARTINS et al.,2009).

Figura 3 – Composição das coortes A, B e C do estudo SABE.

Figura 4 – Descrição da amostra utilizada no presente estudo.

Figura 5 – Descrição das variáveis utilizadas no estudo e modelo teórico proposto pelas autoras.

Figura 6 – Autopercepção de saúde bucal para dentado e desdentado, segundo ano do estudo SABE.

Figura 7 – Uso e necessidade de Prótese Fixa ou Removível, superior (Sup) e inferior (Inf), segundo escolaridade, ASB (ruim e boa) e ano do estudo SABE (2006 e 2010).

Figura 8 – Uso e necessidade de Prótese Total, superior (Sup) e inferior (Inf), segundo escolaridade, ASB (ruim e boa) e ano do estudo SABE (2006 e 2010).

Figura 9 – Autopercepção de saúde bucal segundo faixa etária e ano do estudo SABE.

Figura 10 – Autopercepção de saúde bucal segundo suficiência de renda e ano do estudo SABE.

Figura 11 – Autopercepção de saúde bucal segundo escolaridade e ano do estudo SABE.

Figura 12 – Distribuição da autopercepção de saúde bucal (ASB) boa, segundo escolaridade e ano do estudo SABE (amostra total).

Figura 13 – Distribuição da autopercepção de saúde bucal (ASB) boa, segundo escolaridade e ano do estudo SABE, entre os idosos dentados e desdentados.

Figura 14 – Distribuição da autopercepção de saúde bucal (ASB) boa, segundo quartil de escolaridade e ano do estudo SABE.

1. INTRODUÇÃO

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O Brasil, assim como outros países da América Latina, vive atualmente um processo de transição demográfica rápida e tardia em comparação a países desenvolvidos (LEBRÃO, 2007). A transição demográfica é caracterizada pela mudança na estrutura etária da população, decorrente da redução na mortalidade e na natalidade. Enquanto decrescem as taxas de mortalidade e natalidade, aumenta a proporção de idosos na população. No Brasil, a proporção de pessoas com 60 ou mais anos de idade na população geral em 1991 era de 7,5%, subindo para 10,8% em 2010. No município de São Paulo, a proporção de idosos passou de 8,1% da população em 1991 para 9,4% em 2000 e 11,9% em 2010. A estimativa para o ano de 2015 foi de aproximadamente 13% de idosos na população total e a projeção para 2030 é de 18,05% de idosos na população brasileira (BRASIL, 2016).

O aumento da população idosa é decorrente do envelhecimento populacional, o qual começou em épocas distintas, em países diferentes e com evolução variada (LIMA-COSTA e VERAS, 2011). Segundo a OMS, o número de pessoas com 60 anos ou mais vai mais que dobrar no mundo até 2050, passando dos atuais 900 milhões para cerca de 2 bilhões.

No campo da saúde, o envelhecimento mostra uma modificação do padrão de doenças agudas, as quais diminuem, deixando espaço para surgir uma nova demanda referente à doenças crônicas, típicas entre populações idosas. O perfil da doença crônica, em geral caracterizado por início gradual, relacionado a causas múltiplas, de prognóstico usualmente incerto e com duração longa ou indefinida (BRASIL, 2013), afeta a qualidade de vida e pode gerar impactos financeiros custosos. Nesse contexto, surge a necessidade de sair do enfoque tradicional do processo saúde-doença e entrar no âmbito da abordagem preventiva, com cuidado integral, visando autonomia, autossatisfação, participação social e elaboração de novos significados para a vida (LIMA-COSTA e VERAS, 2011).

A saúde da população idosa é um dos maiores desafios da Saúde Pública atualmente, colocando em pauta a necessidade de olhar para essa população de forma multiprofissional, visando superar as múltiplas demandas e incluir as questões

da gerontologia na agenda de saúde pública, levando em consideração a transição demográfica e epidemiológica.

A transição epidemiológica no Brasil está se desencadeando em um contexto de acentuada desigualdade social, de pobreza e fragilidade de instituições. Além disso, a presença de mais idosos na população tem impacto no aumento da expectativa de vida. Contudo, profissionais de saúde ainda não estão qualificados para lidar com os idosos, devido à rápida mudança no perfil da população (UCHÔA, 2003).

O estado de saúde da população idosa é complexo e, segundo a OMS, são necessários novos conceitos definidos não apenas pela presença ou ausência da doença. Nesse contexto, o olhar sobre os impactos que as condições de saúde exercem sobre o funcionamento e o bem-estar da pessoa idosa é essencial para se pensar em melhorias na qualidade de vida (LIMA-COSTA e VERAS, 2011; UCHÔA, 2003; MCGRATH e ROGERS, 2010).

O envelhecimento populacional leva a modificações no estilo de vida da população, aumento dos gastos em saúde e diminuição da população economicamente ativa, o que tem impacto social e econômico relevante. Esse fenômeno demográfico demanda reorganização do sistema de saúde e implica em maior necessidade de pesquisas que enfoquem este grupo etário (BRITO et al., 2014). Portanto, a avaliação da magnitude das desigualdades em saúde entre os idosos, bem como de sua evolução ao longo do tempo, é fundamental para moldar ações voltadas para a melhoria da saúde desse grupo etário (BUSS e PELLEGRINI, 2007).

1.2 DETERMINANTES SOCIAIS DO PROCESSO SAÚDE – DOENÇA

O monitoramento das condições de saúde da população idosa e dos seus determinantes é fundamental para orientar políticas destinadas a esse grupo etário. Dentre os indicadores recomendados pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), o bloco de desigualdades sociais em saúde é indicado para monitorar informações da população idosa, assim como comportamentos em saúde, cuidados preventivos e exames de rastreamento, mortalidade e morbidade por doenças crônicas, entre outros.

A Organização Mundial da Saúde define desigualdades em saúde como diferenças no estado de saúde ou na distribuição de determinantes da saúde entre diferentes grupos populacionais (WHO, 2010). Desigualdades em saúde que são evitáveis, injustas e desnecessárias são denominadas iniquidades em saúde (WHITEHEAD, 1992; WHO, 2014). As iniquidades podem ser explicadas por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais - os chamados Determinantes Sociais da Saúde (BUSS e PELLEGRINI, 2007) - que refletem as condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.

A necessidade de medir desigualdade social em saúde surge do interesse em compreender e reduzir desigualdades em saúde em grupos sociais caracterizados por sua posição socioeconômica, raça ou etnia, gênero, localização geográfica, entre outros. Deve-se levar em consideração que o monitoramento das desigualdades em saúde tem a capacidade de revelar diferenças em como os grupos sociais experimentam saúde (HARPER e LYNCH, 2006).

Estudos clássicos do século XIX apresentaram as primeiras associações entre saúde e condição socioeconômica. BOING et al. (2013) citam autores como William Farr, John Snow, Rudolf Virchow e Frederick Engels como importantes personagens na construção da ideia de melhores condições de vida, resultando em melhor condição de saúde, além da interação entre saúde e privação material. Desde então, estuda-se a relação entre saúde e condição social, tanto no âmbito individual quanto no coletivo, como a relação entre desigualdade social e redução do capital social.

Nota-se, nas últimas décadas, crescente interesse no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve determinada sociedade e a situação de saúde da sua população (ALMEIDA-FILHO et al., 2003). Um dos desafios para a mensuração das desigualdades sociais em saúde é a seleção de indicadores relevantes e mais adequados para cada situação, que se adequem ao objetivo proposto (BOING et al., 2013).

Dentro do campo da epidemiologia social, alguns fatores sociais podem ser definidos e mensurados em nível individual, como raça/etnia, sexo/gênero, grau de escolaridade, renda, ocupação, discriminação e racismo, entre outros. Segundo KAUFMAN (2011), o *status* racial/étnico serve como importante determinante do

status material e social, sendo um aspecto da identidade pessoal baseado no autorrelato, assim como o gênero, que é um determinante importante de circunstâncias sociais, ambientais e materiais.

A escolaridade é frequentemente utilizada como um indicador da posição socioeconômica em estudos epidemiológicos (GALABARDES et al., 2006). Segundo GALABARDES et al. (2006), o funcionamento cognitivo de um indivíduo pode ser influenciado pelo conhecimento e pelas habilidades alcançadas por meio da educação, o que poderia torná-lo mais receptivo a mensagens de educação em saúde, assim como mais apto a acessar serviços de saúde e perceber/modificar comportamentos de risco.

O grau de escolaridade é uma das medidas epidemiológicas sociais mais utilizadas, é uma informação que tem relação com a realização de posição social, partindo do pressuposto que é uma ferramenta para avanço ocupacional e comportamentos vantajosos (MIECH e HAUSER, 2001). A escolaridade pode ter seu impacto medido tanto pelo aumento do conhecimento e possibilidade de assumir hábitos saudáveis, quanto pela inserção no mercado de trabalho com melhores ocupações e maiores rendimentos (BOING et al., 2014).

A renda é uma variável considerada de fácil referência, porém a sua qualidade pode variar. Por motivos tributários, de segurança ou constrangimento o entrevistado pode ter receio de externar seu rendimento real ou, então, essa variável pode apresentar baixo preenchimento (BOING et al., 2013; BOING et al., 2014). Deve-se levar em conta que a renda pode não ser composta apenas por remuneração direta do trabalho (LAHELMA et al., 2014), mas por outras fontes, como pensão, aposentadoria e investimentos.

A relação entre os determinantes sociais e condições de saúde bucal é tema relevante no campo da investigação científica, sendo uma discussão ampla que demarca questões acerca da autoimagem, da necessidade e da busca por cuidados odontológicos (GABARDO et al., 2013). A saúde bucal deve ser vista como parte integrante da saúde geral e como determinante da qualidade de vida (PETERSEN 2003).

Segundo LIMA-COSTA e VERAS (2011), a autoavaliação de saúde e a capacidade funcional são indicadores centrais das condições de saúde da população

idosa. A autoavaliação de saúde, mais especificamente de saúde bucal, reflete a atual definição de saúde bucal emitida pela FDI em 2016 (GLICK et al., 2016):

“A saúde bucal é multifacetada e inclui, mas não está limitada, à capacidade de falar, sorrir, do olfato e paladar, ao tato, mastigar, engolir e transmitir uma gama de emoções através de expressões faciais com confiança e livre de dor ou desconforto e doença do complexo craniofacial.”

Estudos realizados no Brasil e no mundo relataram desigualdades sociais relacionadas à saúde bucal em populações de idosos. Segundo o Global World Health Survey, a perda completa de dentes afeta aproximadamente 30% das pessoas de idade entre 65-74 anos no mundo, e essa prevalência está aumentando drasticamente nos países de baixa e média renda, especialmente entre os grupos pobres e desfavorecidos da população (PETERSEN e YAMAMOTO, 2005; PETERSEN et al., 2010).

No Brasil, na cidade de Pelotas em 2009, CAMARGO et al. verificaram maior acesso a serviços de saúde bucal por adultos e idosos com melhor condição socioeconômica, do sexo feminino ou com plano de saúde privado. MARTINS et al. (2009) avaliaram idosos de todo o Brasil no ano de 2003 e verificaram que o uso infrequente de serviços de saúde bucal se associou com menor renda e baixa escolaridade. SILVA et al. (2005), em estudo que incluiu 112 pessoas com 60 anos ou mais residentes em Rio Claro, São Paulo, relataram que indivíduos com plano privado de saúde bucal apresentavam menor número de dentes perdidos e melhor autopercepção de saúde bucal.

1.3 SAÚDE BUCAL E DESIGUALDADE

Um desfecho de crescente interesse na avaliação de desigualdades em saúde é a autopercepção de saúde bucal (ASB), definida como a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Tal indicador favorece a participação indireta da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais (MARTINS et al., 2010).

O uso de indicadores para avaliar a autopercepção de saúde bucal e o seu impacto na qualidade de vida tem sido aplicado desde a década de 70 (indicadores gerais). Medidas clínicas objetivas não conseguem medir o efeito total das

consequências das doenças bucais, fornecendo uma visão reduzida sobre os prováveis efeitos físicos, sociais e psicológicos (MCGRATH e ROGERS, 2010).

Medidas subjetivas de saúde, como a ASB, são utilizadas para estudar consequências físicas, sociais e psicológicas da saúde bucal na qualidade de vida, juntamente com medidas objetivas (clínicas). Estes instrumentos de avaliação podem auxiliar na identificação de determinantes de saúde e fatores de risco envolvidos, no estabelecimento de serviços de saúde e na alocação de verbas e recursos (MCGRATH e ROGERS, 2010; LEÃO e LOCKER, 2013).

Autores também fazem uso da ASB para avaliar mudanças na qualidade de vida após intervenções de cuidados de saúde bucal, como por exemplo, uso de implantes e próteses (ESMERIZ et al., 2012; SCHUSTER et al., 2017; YEN et al., 2015). Outros contextos em que a avaliação subjetiva pode ser empregada englobam a avaliação de necessidades de tratamento (GIFT e ATCHINSON, 1995; BATISTA et al., 2014; CORNEJO et al., 2013), no impacto dos serviços de saúde bucal na qualidade de vida e na busca por melhorias das ações de saúde bucal para a população.

A percepção do status de saúde é componente da qualidade de vida e está associada a uma variedade de indicadores de comportamentos em saúde. GIFT et al. (1998) levantaram a hipótese de que a autopercepção de saúde bucal é uma função de múltiplos fatores demográficos (como idade, gênero e raça) e predisponentes ou “capacitantes” (como renda, acesso a serviços de saúde e educação). Esses dois blocos de variáveis influenciam tanto os níveis atuais de doença (status de saúde bucal) quanto a percepção da necessidade de tratamento pelo indivíduo. Estudos sugerem que quanto maior escolaridade e acesso à informação, maior é a autopercepção da saúde bucal como positiva (ATCHINSON e GIFT, 1997; GIFT et al., 1998;).

Há evidências de que a autopercepção negativa de saúde tem relação com indicadores de iniquidades sociais (GABARDO et al., 2013), o que reflete ação deletéria dos determinantes sociais da saúde em pessoas de todas as faixas etárias. GABARDO et al. (2013), em revisão sistemática sobre o tema, encontraram que a melhor autopercepção de saúde bucal foi associada a maior renda, maior escolaridade e maior procura por serviços odontológicos e intervenções preventivas.

HERNÁNDEZ-PALACIOS et al. (2015), em estudo que incluiu 150 idosos mexicanos, encontraram resultados que sugerem que a baixa renda e a menor escolaridade teriam influência significativa na autopercepção de saúde bucal.

Considerando a saúde bucal como componente importante da saúde geral dos indivíduos, foi lançada, no ano de 2003, a Política Nacional de Saúde Bucal- Brasil Sorridente, programa do Governo Federal com vistas a mudanças na Atenção à Saúde Bucal no Brasil. Segundo PERES et al. (2012), mais de R\$ 1,2 bilhão foi investido na Política Nacional de Saúde Bucal entre 2003 e 2006, alcançando mais de R\$2,7 bilhões de 2007 a 2010. A política visa a redução das desigualdades sociais em saúde bucal e foi composta, dentre outras estratégias, pela ampliação e reorganização da atenção básica em saúde bucal, viabilização da adição de flúor às estações de tratamento de águas de abastecimento público, ampliação e qualificação da atenção especializada (implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e viabilização do acesso a tratamentos especializados (PERES et al., 2012). O Programa Brasil Sorridente constitui-se em uma série de medidas que visam a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros.

Nas diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, publicadas pelo Ministério da Saúde em 2004, nota-se a preocupação com as necessidades e possibilidades de ações voltadas especificamente aos idosos, especialmente nos seguintes trechos:

“6. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

(....)

6.5. Ampliação do acesso

*Com o objetivo de superar o modelo biomédico de atenção às doenças, propõem-se duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, **2) por condição de vida**. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto **e saúde do idoso...**”*

(...)

6.5.5. Grupo de idosos: *a saúde bucal representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida. Para garantir o acesso, o serviço pode organizar grupos de idosos(as) na unidade de saúde e instituições para desenvolver atividades de educação e prevenção. Pode igualmente garantir atendimento clínico individual do idoso(a) evitando as filas e trâmites burocráticos que dificultem o acesso, com reserva de horários e dias específicos para o atendimento. Ao planejar ações para*

este grupo, deve-se levar em conta as disposições legais contidas no Estatuto do Idoso.”

Embora, conforme citado previamente, haja estudos apontando para as desigualdades sociais na saúde bucal do idoso, pouco ainda se sabe sobre a evolução temporal desses indicadores. Considerando o contexto de surgimento e fortalecimento das políticas públicas em saúde bucal e em saúde geral nos últimos anos no país, faz-se necessário o monitoramento das desigualdades socioeconômicas em saúde bucal, com a finalidade de avaliar possíveis resultados dos esforços e recursos despendidos, bem como guiar ações futuras.

PERES et al. (2012) verificaram diminuição nas desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde entre os indivíduos de maior e menor renda entre 2003 e 2008 no Brasil. Entretanto, pouco se sabe sobre o possível efeito da redução das disparidades socioeconômicas na autopercepção da saúde, e da saúde bucal no Brasil.

Estudos internacionais sobre tendências nas desigualdades socioeconômicas na autopercepção de saúde têm apontado para o impacto científico e social do tema. KUNST et al. (2005) utilizaram dados de inquéritos populacionais feitos nas décadas de 80 e 90 em 10 países europeus e verificaram discreta melhora na desigualdade social relacionada à autopercepção de saúde. Dados atualizados no ano 2000, nas mesmas populações, foram publicados recentemente pelo mesmo grupo de pesquisa europeu (HU et al., 2016). Notou-se a continuidade de melhora na autopercepção de saúde geral dessa população. Porém, os autores destacaram que essas melhoras foram menores do que aquelas verificadas para medidas mais objetivas, como mortalidade, demonstrando a importância da avaliação de tendências na desigualdade também sobre medidas subjetivas.

Inicialmente, tentou-se utilizar medidas genéricas de qualidade de vida para avaliar a saúde bucal, entretanto, essas medidas não notavam mudanças sutis nos estados de saúde bucal. Surgiu, então, a necessidade do desenvolvimento de medidas de qualidade de vida relacionadas especificamente a esse campo (MCGRATH e ROGERS, 2010).

O interesse em investigar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida foi o disparador para o desenvolvimento de medidas de qualidade

de vida relacionadas a saúde bucal (*oral health related quality of life* - OHQOL) (MCGRATH e ROGERS, 2010).

Segundo LEÃO e LOCKER (2013), as definições de saúde contemporânea incluem tanto aspectos clínicos quanto subjetivos, incorporando dimensões clínicas, sociais e psicológicas na avaliação de saúde bucal. A coleta de informações sobre autopercepção do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida se dá por meio de questionários e instrumentos para autoavaliação, os quais vêm sendo desenvolvidos desde a década de 80 (Tabela 1).

Autores	Nome da medida
Cushing et al. (1986)	<i>Social Impact of Dental Diseases</i> (SIDS)
Atchinson and Dolan (1990)	<i>Geriatric Oral Health Assessment Index</i> (GOHAI)
Strauss and Hurt (1993)	<i>Dental Impact Profiles</i> (DIP)
Slade and Spencer (1994)	<i>Oral Health Impact Profile</i> (OHIP)
Locker and Miller (1994)	<i>Subjective Oral Health Status Indicators</i> (SOHSI)
Leão and Sheiham (1996)	<i>Dental Impact on Daily Living</i> (DIDL)
Adulyanon and Sheiham (1997)	<i>Oral Impacts on Daily Performance</i> (OIDP)

Tabela 1. Exemplos de medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal (MCGRATH C.; ROGERS SN, 2010).

Cushing e outros autores desenvolveram, em 1986, o *Social Impact of Dental Disease* (SIDD), que pode ser considerado o primeiro instrumento específico para odontologia e foi validado para 4141 residentes no Norte da Inglaterra (LEÃO e LOCKER, 2013; BETTIE et al., 2015).

Quanto à saúde bucal, o *Oral Health-Related Quality of Life Measure* (QHQL) (KRESSIN et al., 1996), desenvolvido nos EUA, também tem o objetivo de avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e foi validado com a participação de 1.242 pessoas, com idades entre 47 e 94 anos. No Canadá, o *Subjective Oral Health Status Indicator* (SOHSI) foi criado, em 1992, por Locker e Gruskha (BETTIE et al., 2015).

Um dos questionários mais difundidos no mundo é *Oral Health Impact Profile* (OHIP), o qual foi desenvolvido na Austrália por SLADE e SPENCER (1994), com o objetivo de avaliar disfunções, desconfortos e incapacidades atribuídas às condições

buciais. Países como Canadá, EUA e Brasil utilizaram/utilizam uma versão adaptada, o OHIP-14.

LEÃO e SHEIHAM (1996) desenvolveram no Brasil o *Dental Impact in Daily Living (DIDL)*, incluindo as seguintes dimensões: conforto, aparência, dor, restrição alimentar e *performance*. Para avaliar o impacto da saúde bucal na capacidade das pessoas de realizarem suas atividades diárias foi criado na Tailândia o *Oral Impact on Daily Performance (OIDP)* (ADULAYNON et al., 1996).

A variável de interesse utilizada no presente estudo é resultante de um questionário, *The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)*, proposto por ATCHISON e DOLAN em 1990, destinado a pacientes idosos. Foi inicialmente validado em Los Angeles, em um estudo envolvendo 1.911 pessoas com 65 anos de idade ou mais. Divido em três dimensões: limitação funcional (mastigação, fala e deglutição), impactos psicossociais (preocupação com a saúde bucal, insatisfação com a aparência, limitação nos contatos sociais devido a problemas bucais) e dor e desconforto.

Fatores relacionados à autopercepção de saúde bucal podem ser relativos ao ambiente externo e ao indivíduo (MARTINS et al., 2009). O local de residência, o sistema de atenção à saúde disponível, a oferta de serviços odontológicos, o contexto social e outros fatores estão relacionados ao ambiente externo. Características demográficas, como idade, sexo e raça estão no nível individual e podem influenciar direta ou indiretamente a autopercepção de saúde. Escolaridade, renda, acesso a informações e cuidados com a saúde, entre outros fatores, também influenciam sobre a autoavaliação da saúde geral e bucal, repercutindo na qualidade de vida. É importante citar que a saúde bucal está diretamente relacionada à saúde geral, recebendo os impactos da presença de alterações sistêmicas e da saúde mental (MARTINS et al., 2009).

GIFT, ATCHINSON E DRURY criaram um modelo teórico em 1998 (Figura 1), que propõe que as variáveis chamadas de “predisponentes”, entre as quais estão os fatores socioeconômicos e de acesso a serviços de saúde, podem ser influenciadas pelas variáveis demográficas, pelas quais todos os modelos serão, portanto, ajustados. Outros estudos (BUSS e PELLEGRINI, 2007; MARTINS et al., 2009;

MARTINS et al., 2010; et al., 2012;) também utilizaram o modelo conceitual citado, sendo o mesmo difundido na literatura sobre o tema em questão.

MARTINS et al. (2009) modificaram o modelo de GIFT, ATCHINSON e DRURY (1998) (Figura 2), seguindo a lógica de que o ambiente externo e as características individuais influenciam os comportamentos relacionados à saúde. Esses comportamentos podem predizer condições objetivas e subjetivas relacionadas à saúde. As condições subjetivas influenciam e são influenciadas pelas condições objetivas. Os autores consideram que as características individuais e os comportamentos relacionados à saúde, além de influenciar, podem ser influenciados pelas condições subjetivas e objetivas de saúde.

Figura 1. Modelo teórico proposto por Gift, Atchinson e Drury em 1998 dos fatores que influenciam a autopercepção de saúde bucal.

Figura 2. Adaptação do modelo proposto por Gift et al. Extraído de: MARTINS et al.,2009.

Estudos que investigaram a autopercepção de saúde bucal de idosos por meio do GOHAI estão apresentados na tabela 2. A busca pelos artigos aconteceu no *PubMed* por meio de palavras-chave como: “*oral health*”, “*self-perception*”, “*GOHAI*”, “*elderly*” e “*aged*”, não seguindo uma busca sistemática rigorosa (critérios de elegibilidade, qualidade da evidência, etc), mas com a finalidade de subsidiar o presente estudo e a revisão de literatura. Nota-se que muitas das variáveis apresentadas nos modelos teóricos anteriores foram avaliadas nos estudos da tabela 2. Condições clínicas, como o número de dentes presentes/ausentes e uso de prótese, necessidade de tratamento, última consulta odontológica e presença de patologias foram fatores associados ao GOHAI em quase todos os estudos. O mesmo se aplica para as variáveis socioeconômicas, como raça, educação e renda. Menor educação e baixa renda estiveram associadas a desfechos ruins, com valores menores de GOHAI. Depressão e autopercepção de saúde geral estiveram entre os principais fatores associados ao GOHAI, sendo que pessoas sem depressão e com percepção positiva sobre a própria saúde, geralmente apresentavam GOHAI com score mais alto, indicando impacto positivo da saúde bucal na qualidade de vida.

Tabela 2. Estudos sobre fatores associados à autopercepção de saúde bucal de idosos e o impacto na qualidade de vida.

Estudo	Local	*N e idade	Instrumento subjetivo	Desfecho	Principais fatores associados
Atchinson K; Dolan T. (1990)	Los Angeles	714; 76 anos (média)	GOHAI (ruim <50, regular 51-56 e bom 57-60)	GOHAI bom	Nº dentes presentes (21 a 32), não usar prótese, não ter necessidade de tratamento, raça (brancos), educação (>12 anos de estudo) e renda anual (>\$50,000).
Swoboda J et al. (2006)**	Seattle, Washington e Vancouver	733; 72,7 anos (média)	GOHAI (score)	GOHAI (score) - dimensões: física, psicológica e dor ou desconforto GOHAI negativo e dimensões: física, psicológica e dor ou desconforto	Medidas clínicas de saúde bucal (nº dentes, faces cariadas, pares oclusais, doença periodontal), anos desde a imigração, etnia, e renda.
Mesas AR; Andrade SM; Cabrerar MAS. (2008)	Londrina (Paraná, Brasil)	267; 60 a 74 anos	GOHAI (negativo ≤30, positivo >30)		Sexo (feminino), depressão, edentulismo e ausência de contato oclusal posterior.
Tsakos G et al. (2009)	Londres	1.090; ≥65 anos	GOHAI	GOHAI (score) -Pior score	Educação (estudar até 14 anos de idade), idade (≥75 anos), sexo (feminino), uso de prótese, morar sozinho e receber pensão.
Sánchez-García S et al. (2010)	Cidade do México (México)	194; ≥65 anos	GOHAI	GOHAI (score)	Autopercepção de saúde geral, índice CPOD (experiência de cárie), educação, depressão, doenças crônicas e declínio cognitivo.
A-Dan W; Jun-Qi L. (2011)	Guangzhou (China)	484; 67,2 anos (média)	GOHAI	GOHAI (score)	Satisfação com a vida, nº de dentes ausentes e autoavaliação da saúde bucal.
Silva DD et al. (2011)	Campinas (São Paulo, Brasil)	876; ≥65 anos	GOHAI	Média de GOHAI (melhor ASB)	Nº de dentes presentes (≥20), uso de prótese, não necessidade de tratamento, sem alterações da mucosa oral e não apresentar fragilidade biológica.
Andrade FB et al. (2012)	São Paulo (São Paulo, Brasil)	857; 72,6 anos (média)	GOHAI (ruim ≤50, regular 51-56, bom 57-60)	GOHAI ruim e regular	Não ter suficiência de renda, autopercepção de saúde geral ruim, depressão, necessidade de prótese e nº dentes presentes.

*Continua..

...continuação*

Andrade FB et al. (2012)	São Paulo (São Paulo, Brasil)	747; 67,04 anos (média)	GOHAI (score)	Mudança de score do GOHAI entre 2000 e 2006	Nº dentes perdidos e nível educação.
Esmeriz C; Meneghim M; Ambrosano G. (2012)	Piracicada (São Paulo, Brasil)	371; ≥60 anos	GOHAI (ruim ≤30, bom >30)	ASB boa (>30)	Educação (analfabeto) e não ter depressão.
Vasconcelos LCA et al. (2012)	Parnaíba (Piauí, Brasil)	321; ≥60 anos	GOHAI (baixo/moderado <34 ou alto ≥34)	ASB baixa/moderada	Necessidade de prótese e alterações em tecido mole.
Piuevezam G; Lima KC. (2012)	Brasil	587; 74,98 anos (média)	GOHAI (ruim ≤30, bom >30)	ASB ruim (≤30)	Última visita odontológica (<1 ano), presença de problemas gengivais e autoavaliação ruim de dentes, gengivas e próteses.
Cornejo M et al. (2013)	Barcelona (Espanha)	194; ≥65 anos	GOHAI (ruim <57 e bom ≥57)	ASB ruim (<57)	Autoavaliação de dentes, gengivas e próteses, edentulismo e necessidade de prótese.
Fuentes-García A et al. (2013)	Santiago, Buenos Aires e Montevideo	3.794; ≥60 anos	GOHAI (ruim ≤58 e bom >58)	ASB ruim (≤58)	Educação (sem escolaridade), perda dentária majoritária e uso de prótese
Zenthöfer A et al. (2014)	Sul da Alemanha	94; 82,9 anos (média)	GOHAI	GOHAI (score)	Necessidade de tratamento, tipo de prótese usada e número de fármacos utilizados.
Hernández-Palacios RS et al. (2015)	Cidade do México (México)	150; 60 a 84 anos	GOHAI (ruim ≤44 ou bom ≥51)	ASB ruim	Sexo (Masculino), baixa renda (≤US\$ 154/mês), escolaridade (≤ 6 anos), morar sozinho, uso de prótese e nº dentes perdidos (≥12).
Stavreva N; Guguvcechi L; Kapusevska B. (2015)	Escócia (República da Macedônia)	335; >65 anos	GOHAI	GOHAI (score)	Local de moradia (rural: menor score)
Yen Y et al. (2015)**	Kaohsiung (Taiwan)	277; 76 anos (média)	GOHAI	GOHAI (score)	Educação, nº dentes presentes, estado da prótese, lesão em mucosa oral e satisfação com a prótese
Carvalho C et al. (2016)	Lisboa (Portugal)	369; ≥65 anos	GOHAI (ruim <30, regular 30-33, bom 34-36)	GOHAI ruim	Estado conjugal (solteiro) e última visita odontológica (<1 ano)

*Continua...

...continuação*

Nielsen D et al. (2016)**	Nimega e outras regiões do sudeste dos Países Baixos	235; ≥65 anos	GOHAI	GOHAI (score)	Idade, estado da prótese, necessidade de tratamento e suporte social.
Rebello MAB et al. (2016)**	Manaus (Brasil)	613; 65 a 74 anos	GOHAI	GOHAI (score) - dimensões: física, psicológica e dor ou desconforto	Renda, idade, educação e condições clínicas dentárias.

*N= número de participantes em cada estudo.

**As dimensões do GOHAI apresentaram diferentes fatores associados entre si, optando-se por não apresentar na tabela cada achado separadamente, apenas a forma como a medida subjetiva foi avaliada. De modo geral, quanto melhor a condição socioeconômica e a situação clínica da cavidade oral, mais alto o score do GOHAI.

Compreender como os idosos avaliam a sua saúde bucal, qual o impacto disso na qualidade de vida, quais os fatores que influenciam a autopercepção e entender em que ponto se concentram as iniquidades sociais em saúde dentro desta população, é passo primordial para contribuir com orientações de mudanças ou incrementos nas políticas públicas, visando atingir equidade e saúde para toda a população.

Nesse contexto, faltam estudos sobre a evolução temporal das desigualdades sociais sobre a autopercepção de saúde, incluindo a saúde bucal, em países da América Latina e, também, faltam estudos que abordem esse tema específico em populações possivelmente mais vulneráveis a disparidades socioeconômicas, como os idosos. Não foram encontrados na literatura estudos que avaliaram a desigualdade social relacionada a ASB por meio de medidas complexas de desigualdade, nem observações de diferenças ao longo do tempo.

Medidas de desigualdade em saúde são diferenças observáveis na saúde entre indivíduos de diferentes grupos sociais. As medidas complexas utilizam dados de todos os subgrupos para avaliar a desigualdade e os dados são ponderados, levando em consideração o tamanho da população de cada subgrupo (HARPER e LYNCH, 2006).

Para descrever a desigualdade em saúde, existem dois grandes grupos de medidas, as simples e as complexas. Medidas simples fazem comparações parciais da saúde entre dois subgrupos, como os mais e os menos ricos, ou para descrever a desigualdade entre duas regiões, como pior versus melhor. Medidas complexas fazem uso de dados de todos os subgrupos para avaliar a desigualdade, por exemplo, entre todas as regiões e não somente entre pior e melhor. Os dados podem ser ponderados, ou seja, levam em consideração o tamanho da população de cada subgrupo – característica de medidas complexas – e os dados podem ser não ponderados, tratando cada subgrupo igualmente – característica de medidas simples (HARPER e LYNCH, 2006).

As medidas de desigualdade complexas se dividem em dois tipos: o grupo que mede a desigualdade em uma série de subgrupos com uma ordem natural, por exemplo, renda e escolaridade, e aquele que mede desigualdade em uma série de subgrupos que não requerem uma ordem natural, por exemplo, raça, gênero e

localização geográfica. A decisão de escolha de quais medidas devem ser utilizadas baseia-se na presença ou não da ordem natural dos subgrupos (HARPER e LYNCH, 2006).

No presente estudo, optou-se pelo uso de medidas complexas de desigualdade, mais precisamente o uso de *Slope Index of Inequality (SII)* e *Relative Index of Inequality (RII)* (HARPER e LYNCH, 2006; MACKENBACH e KUNST, 1997; MACKENBACH et al., 2008; MORENO-BETANCUR et al., 2015). Estas medidas são baseadas em regressões que levam em consideração toda a distribuição socioeconômica e a ordenação natural dos múltiplos subgrupos (mais comumente educação ou riqueza), e que eliminam a variabilidade no tamanho dos grupos socioeconômicos como fonte de variação na magnitude das desigualdades na saúde (HARPER e LYNCH, 2006; MACKENBACH et al., 2008). Informações referentes ao cálculo das medidas serão apresentadas na metodologia do presente estudo.

Uma síntese de pesquisas envolvendo o tema desigualdade social e defechos em saúde, avaliado por meio das medidas complexas de desigualdade, *Slope Index of Inequality* e *Relative Index of Inequality*, as mesmas utilizadas no presente estudo, está apresentada na tabela 3. Os artigos foram selecionados por meio de uma busca no site *PubMed*, utilizando os termos: “*Relative Index of Inequality*”; “*Slope Index of Inequality*”; “*health*”; “*oral health*”. Ademais, buscou-se por referências citadas nos artigos e que não foram encontradas na busca com as palavras-chave. Os artigos apresentados na tabela 3 são aqueles que utilizaram ambas as medidas (relativa e absoluta) e que serviram de base para a construção da análise estatística do presente estudo.

Nota-se, na tabela 3, que muitos estudos investigaram iniquidades sociais relacionadas a crianças e adultos, assim como a condições clínicas objetivas. Os achados foram similares entre os estudos, mostrando presença de desigualdade. Por exemplo, PERES et al. (2015) encontraram que a prevalência de dentição inadequada (ter <21 dentes na boca) foi maior para as pessoas mais pobres em todos os países e períodos investigados. De modo geral, os autores dos estudos concluem que o acompanhamento das desigualdades socioeconômicas ao longo do tempo pode ajudar os decisores políticos a melhorar a saúde geral da população. BHANDARIA et al. (2016) encontraram desigualdade de renda relacionada a perda total de dentes e necessidades percebidas na maioria dos 40 países investigados, sendo a prevalência

de perda total de dentes maior no tercil de riqueza inferior do que no tercil de riqueza superior. O único estudo que utilizou como desfecho uma medida subjetiva (TORSCHHEIM et al., 2017) encontrou que o risco de saúde deficiente era cerca de quatro vezes maior para os jovens com menor riqueza familiar percebida, em relação àqueles com maior riqueza familiar.

Pesquisadores do campo da saúde bucal têm desenvolvido estudos relacionando desigualdade social e saúde bucal, entretanto, ainda faltam resultados direcionados para a população idosa e que levem em consideração desfechos subjetivos, como a autopercepção de saúde bucal. Nota-se que entre os estudos apresentados na tabela 3, apenas seis estão relacionados com a saúde bucal, sendo que todos utilizaram medidas clínicas como desfecho (cárie, necessidade de tratamento e perda dentária), não existindo estudos que avaliaram medidas subjetivas relacionadas à saúde bucal, e que, enfoquem na população idosa. Portanto, o uso de medidas complexas de desigualdade tem se mostrado uma abordagem emergente para o monitoramento das desigualdades em saúde, tendo a capacidade de revelar diferenças de como os grupos sociais experimentam saúde (HARPER e LYNCH, 2006).

Tabela 3. Estudos sobre desigualdades relacionadas a desfechos em saúde.

Estudo	Local	Medidas de desigualdade	Desfechos
Mackenbach J; Kunst A. (1997)	Finlândia; Holanda	Risco atribuível populacional; Índice de dissimilaridade; RII; SII*	Tendências das desigualdades socioeconômicas (classe ocupacional) na mortalidade e na morbidade auto referida (nível educacional) (idade: Finlândia: 35 a 64 anos; Holanda: ≥ 16 anos)
Andrade CLT et al. (2004)	Rio de Janeiro (Brasil)	Risco atribuível populacional; Índice de dissimilaridade; Índice de Concentração; SII	Desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil precoce (idade: parturientes nas primeiras 48 horas após o parto)
Ezendam NPM et al. (2008)	Polônia, Lituânia, Estônia, Finlândia e Suécia	SII; RII	Desigualdades educacionais na mortalidade por câncer (idade: 35 a 79 anos)
Mackenbach J et al. (2008)	22 países Europeus	SII; RII	Desigualdades segundo escolaridade e classe social na mortalidade e na autoavaliação de saúde (idade: 30 a 74 anos)
Puigpinós R et al. (2009)	Barcelona (Espanha)	SII; RII	Tendências de mortalidade por câncer por nível educacional entre 1992 e 2003 (idade: ≥20 anos)
Ernstsen L et al. (2012)	Noruega	SII; RII	Desigualdades educacionais em quatro fatores de risco modificáveis de doença cardíaca isquêmica (idade: ≥20 anos)
Hosseinpour AR et al. (2012)	48 países participantes do World Health Survey (2002-2004)	SII; RII	Desigualdades na prevalência de fatores de risco de doenças não transmissíveis entre adultos (idade: 18 a 69 anos)
Capurro D et al. (2015)	Estados Unidos da América	SII; RII, Índice de Concentração	Desigualdade relacionada à renda em cáries não tratadas entre crianças (idade: 2 a 12 anos)

*Continua...

...continuação*

Moreno-Betancur M et al. (2015)	França	SII; RII	Desigualdade educacional na mortalidade geral e por causas específicas (idade: 30 a 84 anos)
Peres MA et al. (2015)	Brasil, Austrália e EUA	**ACI; SII; RCI; RII	Desigualdades relacionadas à renda em dentição inadequada ao longo do tempo, comparação entre os países e entre anos (idade: 35 a 44 anos)
Bhandaria B et al. (2016)	40 países participantes do World Health Survey (2002-2004)	SII; RII	Desigualdades sociais na saúde bucal de adultos de países de baixa e média renda (idade: ≥ 18 anos)
Aida J et al. (2017)	Japão	SII; RII	Trajetória das desigualdades socioeconômicas no tratamento de cárie entre crianças pré-escolares (idade: crianças nascidas entre 10 e 17 de janeiro ou 10 e 17 de julho de 2001)
Borrell C et al. (2017)	País Basco e Barcelona	SII; RII	Tendências das desigualdades socioeconômicas na mortalidade por suicídio antes e durante a recessão econômica (idade: >25 anos)
Han D; Khang Y (2017)	Coreia	SII; RII	Associação entre indicadores de posição socioeconômica e perda dentária (idade: ≥ 50 anos)
Raittio E et al. (2017)	Finlândia	SII; RII	Desigualdade educacional na necessidade de tratamento odontológico restaurador entre adultos (idade: ≥30 anos)
Torsheim T et al. (2017)	Dinamarca, Noruega, Finlândia, Islândia, Gronelândia e Suécia	SII; RII	Desigualdade socioeconômica na autoavaliação da saúde entre adolescentes (idade: 11 a 15 anos)

*SII-Slope Index of Inequality; RII - Relative Index of Inequality

**ACI- Absolute Concentration Index; RCI – Relative Concentration Index

2. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Avaliar as desigualdades socioeconômicas em relação à autopercepção de saúde bucal entre idosos do município de São Paulo nos anos 2000, 2006 e 2010.

Objetivos secundários:

- ✓ Avaliar os fatores associados à autopercepção de saúde bucal ruim entre idosos do município de São Paulo nos anos 2000, 2006 e 2010.
- ✓ Descrever o uso e a necessidade de prótese, assim como a relação de ambas com a autopercepção de saúde bucal entre os idosos.
- ✓ Avaliar tendências de mudanças da desigualdade relacionada a autopercepção de saúde bucal positiva, ao longo desses anos (2000, 2006 e 2010), por meio do uso de medidas absolutas e relativas de iniquidades sociais.

3. MÉTODOS

O presente estudo apresenta um delineamento transversal utilizando dados do estudo SABE (Saúde, bem estar e envelhecimento) dos anos 2000, 2006 e 2010.

Na cidade de São Paulo, desde o ano 2000, está em andamento o Estudo Saúde, Bem-estar e envelhecimento - SABE, que busca informações e indicadores sobre as diversas áreas da vida da população idosa, sendo um estudo representativo dessa população no município. O Estudo SABE teve continuidade em 2006, 2010 e 2015/2016, estando atualmente com três ondas completas e caminhando para a finalização da produção de dados de 2015/2016. Tal estudo configura uma oportunidade única de avaliação das informações sobre condições de vida do idoso, em relação aos aspectos sociais, econômicos, de saúde e de saúde bucal, o que permite avaliações de variações no papel dos fatores estudados ao longo do tempo.

3.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A presente pesquisa utilizou dados do Estudo SABE, composto por 4 coortes de idosos, estabelecidas nos anos de 2000 (coorte A), 2006 (coorte B), 2010 (coorte C) e 2015/16 (Coorte D, em andamento). O estudo SABE apresenta um delineamento longitudinal, com múltiplas coortes, sendo que a cada onda do estudo, uma nova coorte de 60 a 64 anos é introduzida (LEBRÃO e col., 2015). Em cada onda, tem-se transversalmente uma amostra representativa da população idosa residente na área urbana do município de São Paulo, e são essas amostras transversais que compuseram o presente estudo. Atualmente, está em andamento a coleta de dados referente à coorte D, que não foi incluída na presente pesquisa.

A amostra do SABE foi realizada de forma estratificada em múltiplos estágios para obter uma amostra representativa de pessoas com 60 anos ou mais de idade residentes na cidade de São Paulo. O plano de análise estatística proposto para o estudo SABE incluía uma amostra inicial de 1.500 idosos, que foi alcançada por meio de dois procedimentos: sorteio da amostra de 1.500 idosos e composição livre da amostra para os grupos ampliados (LEBRÃO e DUARTE, 2003).

A amostra final de 2.143 pessoas de 60 anos e mais foi composta por dois segmentos, sendo o primeiro resultante do sorteio, compondo a amostra probabilística formada por 1.568 idosos. O segundo segmento foi formado por 575 participantes

residentes nos distritos em que se realizaram as entrevistas anteriores (LEBRÃO e DUARTE, 2003).

Inicialmente foram selecionados os setores censitários e, em seguida, os domicílios dentro de cada setor, sendo que, dentro destes, todas as pessoas com 60 anos ou mais foram entrevistadas. Desta forma, o domicílio foi o último estrato da agregação da amostra. A maior parte das entrevistas foi feita de forma direta, em alguns casos as respostas foram obtidas de um informante, geralmente em consequência da capacidade cognitiva do idoso.

O cadastro permanente de 72 setores censitários existentes no Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública foi considerado o primeiro estágio da amostra. Essa amostra foi tomada do cadastro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1995, composto por 263 setores censitários sorteados sob o critério de probabilidade proporcional ao número de domicílios. O número mínimo de domicílios sorteados no segundo estágio, calculado pela média ($5882/72 = 81,69$), foi aproximado para 90. Cada questionário teve um peso calculado de acordo com o setor censitário do qual faz parte, sexo e idade. Informações detalhadas sobre a metodologia empregada, na primeira onda do estudo SABE, podem ser obtidas no livro publicado sobre o projeto (LEBRÃO e DUARTE, 2003).

Para a segunda onda do estudo (2006), 1.115 dos idosos participantes da coleta do ano 2000 foram localizados e concordaram em participar de uma nova entrevista. Ainda em 2006, uma nova coorte (B) com uma amostra definida de 400 indivíduos, dos quais 375 foram localizados e 307 aceitaram participar do estudo, foi estabelecida, sendo que todos correspondiam a faixa etária de 60 a 64 anos. Os indivíduos da Coorte A e da Coorte B compuseram a segunda onda e formaram uma amostra probabilística dos idosos residentes em São Paulo em 2006.

Na terceira onda do estudo (2010 - 2012), além da terceira rodada da primeira coorte (A) e a segunda rodada da segunda coorte (B), 485 indivíduos foram selecionados probabilisticamente para compor a terceira coorte (C), 399 foram localizados e 356 concordaram em participar. Os indivíduos das três coortes entrevistados em 2010 formaram a amostra da terceira onda, probabilística para a população de idosos no referido ano.

A composição das coortes do estudo SABE está descrita na figura 3.

Estudo SABE

Figura 3. Composição das coortes A, B e C do estudo SABE.

O presente estudo incluiu a participação de todos os idosos que foram considerados aptos cognitivamente. Para avaliação do estado cognitivo do idoso participante do SABE foi utilizado o teste *Mini Exame do Estado Mental* (MEEM) modificado e validado no Chile. Essa medida tem uma pontuação total de 19 pontos, e o indivíduo que obteve pontuação igual ou menor que 12 foi classificado como portador de déficit cognitivo e foi excluído das análises do presente estudo. Idosos que obtiveram uma pontuação de 13 ou mais no teste foram considerados como capazes de responder a entrevista independentemente. Ressalta-se que foram avaliados apenas os dados dos cortes transversais de cada onda.

Figura 4. Descrição da amostra utilizada no presente estudo.

3.2 COLETA DE DADOS

No Estudo SABE foi realizada coleta de dados autorreferidos por meio de questionário estruturado e, também, foram realizadas coletas de medidas clínicas por examinadores treinados e calibrados. As informações contidas no questionário versaram sobre condições socioeconômicas e demográficas, função cognitiva, saúde geral, medicamentos, saúde bucal, uso e acesso aos serviços de saúde, alimentação, apoio social, funcionalidade e bem-estar (LEBRÃO et al., 2015). Em relação à saúde bucal, as informações autorreferidas estiveram presentes desde a primeira onda, porém as medidas clínicas de saúde bucal foram incorporadas a partir de 2006.

No município de São Paulo, o trabalho de campo para coletar dados da primeira fase foi realizado de janeiro de 2000 a março de 2001, gerando os resultados da primeira onda. Nas ondas seguintes (2006 e 2010), algumas alterações na estrutura dos questionários foram realizadas de acordo com necessidades percebidas nos anos anteriores, contudo, mantendo a possibilidade de comparação entre as ondas.

O questionário elaborado para o SABE foi dividido nas seguintes seções relativas a: Dados pessoais; Avaliação Cognitiva; Estado de Saúde; Estado Funcional; Medicamentos; Uso e acesso a serviços; Rede de apoio familiar e social; História laboral e fontes de renda; Características de moradia; Antropometria; Flexibilidade e Mobilidade.

3.3 VARIÁVEIS UTILIZADAS

Para o presente estudo, foram utilizadas as questões referentes aos seguintes aspectos (Tabela 4): 1) sociodemográficos: sexo, faixa etária, raça/cor, se possui dinheiro suficiente para cobrir as necessidades e anos de estudo; 2) saúde bucal: autopercepção, uso e necessidade de prótese dental e número de dentes presentes; 3) acesso a serviços de saúde: última visita odontológica.

A idade foi categorizada de cinco em cinco anos, não existindo um padrão na literatura. A escolha baseou-se no fato de que em cada nova onda do estudo SABE, um novo grupo de idosos de 60 a 65 anos era incluído na análise, portanto, separando em faixas etárias seria possível avaliar possíveis diferenças entre idosos mais novos e mais velhos. Em relação a raça, optou-se por classificar em branco, pardo/preto, e outros (incluindo indígenas e amarelos), a escolha se deu devido ao número amostral dentro de cada categoria, sendo que pardos, indígenas e amarelos eram a minoria dentro do total.

A escolaridade foi classificada em “0 a 3 anos”, “4 a 7 anos” e “8 anos ou mais”, seguindo um padrão utilizado por ANDRADE et al., (2012), que também analisou dados do estudo SABE. Outras categorizações foram testadas, como por exemplo, separando entre “8 a 11 anos” e “12 anos ou mais”, porém o número de idosos em cada subgrupo era muito distinto, além de não modificar os resultados das análises.

Suficiência de renda foi utilizada da forma como foi coletada no questionário. Não havendo outras opções de análise. A última visita odontológica seguiu o padrão apresentado no questionário, apenas com uma modificação em relação a junção das categorias “3 anos ou mais” e “nunca foi”, partindo do pressuposto que não houve diferença entre essas categorias.

A variável autopercepção de saúde geral foi classificada de forma dicotômica, “boa” e “ruim”, não existindo um consenso na literatura sobre a forma de análise da mesma. A questão da depressão foi apresentada em duas categorias, “sim” e “não”, com a junção dos níveis de depressão após as análises mostrarem que não havia diferença entre os graus leve e severo.

Tabela 4. Descrição das variáveis do estudo: forma de coleta no questionário SABE e categorização usada no presente estudo.

Nomes das variáveis investigadas no presente estudo	Forma coletada	Presente estudo
GOHAI (ASB)	Questionário - 12 questões. Opções de resposta: Sempre (1); Frequentemente (2); Algumas vezes (3); Raramente (4); Nunca (5); NS (8); NR (9). Score de 12 a 60 pontos.	Ruim (≤ 50) e Bom (> 50)
Sexo	Sexo do entrevistado: Mulher (1) ou Homem (2)	Homem (0) e Mulher (1)
Idade	"Quantos anos completo o senhor tem?" - confirmação pelo documento de identidade	60 - 64 anos 65 - 69 anos 70 - 74 anos 75 - 79 anos 80 anos ou +
Raça/cor	"Qual destas opções o descreve melhor?" Branco Pardo Preta Indígena Amarelo Outra NS / NR	Branco Pardo/Preto Outros
Escolaridade	"Qual a última série (e de que grau) da escola em que o Sr(a) obteve aprovação?" - número total de anos	Sem escolaridade/ até 3 anos 4 a 7 anos 8 anos ou +
Suficiência de renda	"Considera que o(a) Sr(a) tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades de vida diária?" Sim Não NS / NR	Sim Não NS/NR
Última visita odontológica	"Quando o(a) Sr(a) foi ao dentista pela última vez?" Menos de 1 ano De 1 a 2 anos 3 anos ou mais Nunca foi ao dentista NS / NR	Menos de 1 ano De 1 a 2 anos 3 anos ou mais (+ nunca foi) NS/NR
Autopercepção de saúde geral (ASG)	"O(a) Sr(a) diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?"	Boa (boa + muito boa) Ruim (Muito ruim + ruim + regular)

*Continua...

...continuação*

Depressão	Escalada de depressão geriátrica - GDS Normal/Depressão leve/ Depressão severa/ NR	Sim (Leve + moderada) Não (Normal)
Dentes presentes	Exame clínico em 2006 e 2010 (ficha em anexo)	Edêntulo 1-12 dentes presentes 13-32 dentes presentes
Uso de prótese	Sim (2000) Não (2000) *Exame clínico em 2006 e 2010 (ficha em anexo)	Sim Não
Necessidade de prótese	Exame clínico em 2006 e 2010 (ficha em anexo)	Sim Não

*NS=não sabe/ NR = não respondeu

A variável número de dentes presentes foi coletada nos anos 2006 e 2010 por meio de exame clínico. Não existe um padrão estabelecido na literatura quanto à forma de classificação. Nas análises preliminares, notou-se que existia diferença entre dentados e edêntulos, então várias formas de categorização foram criadas com o número de dentes presentes. Os resultados sempre se mantiveram significativos, independentemente do intervalo de cada categorização, apontando que quantos mais dentes presentes melhor a ASB. Portanto, optou-se por utilizar a variável da forma apresenta na tabela 1.

A informação sobre o uso de prótese foi obtida por auto relato no ano de 2000 e por meio de exame clínico em 2006 e 2010. Cada arco foi avaliado separadamente e um código foi anotado de acordo com o tipo de prótese: prótese total, prótese parcial removível, prótese fixa e combinação de vários tipos de próteses, sendo que o mesmo se aplicou para a necessidade, também avaliada em 2006 e 2010, e sem informações para 2000.

Optou-se por classificar em “uso” e “não uso”, “necessita” e “não necessita”, dado que, o objetivo inicial do estudo era buscar os fatores associados, não investigando detalhadamente o tipo de prótese. Entretanto, na seção de resultados, análises serão apresentadas de acordo com o tipo de uso e necessidade de prótese, para explicar outros achados do presente estudo.

Variáveis de interação entre uso e necessidade de prótese foram criadas. As variáveis foram divididas de acordo com cada tipo de prótese: prótese total superior, prótese total inferior, prótese parcial removível/prótese fixa superior e prótese parcial removível/prótese fixa inferior seguindo a ordem:

- Não usa prótese e não necessita de prótese;
- Usa prótese e não necessita de prótese;
- Usa prótese e necessita de prótese;
- Não usa prótese e não necessita de prótese;

Os resultados foram apresentados em forma de gráficos, buscando descrever os achados.

A autopercepção foi avaliada pelo instrumento desenvolvido por ATCHINSON e DOLAN (1990), que permite a composição de um índice, com valor único para todo o questionário, chamado de General Oral Health Assessment Index (GOHAI). Tal instrumento é composto por 12 questões sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais (alimentação, fala e deglutição), aspectos psicológicos (preocupação ou cuidado com a própria saúde bucal, insatisfação com a aparência, consciência relativa à saúde bucal e o fato de evitar contatos sociais devido a problemas odontológicos), dor e desconforto dos idosos.

As perguntas referentes à autopercepção de saúde bucal estão localizadas no módulo de percepção de saúde do questionário e as respostas são apresentadas da seguinte forma: *sempre* correspondendo a ocorrência de um determinado evento nos 7 dias da semana; *frequentemente*, ocorrência do evento em 3 a 6 dias da semana; *Algumas vezes* correspondendo a ocorrência do evento uma a duas vezes na semana; e *raramente* correspondendo a ocorrência do evento em algumas ocasiões mas menos de uma vez por semana.

A pontuação da escala se dá pela soma dos valores dos 12 itens apresentados, sendo que uma pontuação alta (próxima à 60 pontos) indica uma autopercepção boa de saúde bucal.

3.4 MODELO TEÓRICO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

3.4.1 FATORES ASSOCIADOS AO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

No presente estudo, os modelos de GIFT, ATCHINSON e DRURY (1998) e MARTINS et al. (2009) foram usados como referencial. Para as análises, utilizaram-se as variáveis separadas em blocos (Figura 5 e Tabela 1). Seguiu-se uma sequência de entrada das variáveis para a análise múltipla, de acordo com um modelo teórico hipotético de determinação da autopercepção de saúde bucal. O modelo utilizado (Figura 5) considera que a maneira como o idoso avalia sua saúde bucal sofre influência de fatores demográficos, socioeconômicos, utilização de serviços de saúde, características gerais de saúde e condição de saúde bucal.

Primeiramente, as características demográficas foram incluídas na análise múltipla, exercendo influência sobre todos os outros fatores. Segundo LUCHI et al. (2013), indivíduos do sexo masculino e feminino, populações negras e brancas e diferenças etárias, ocupam lugares distintos nas hierarquias sociais, além de carregarem consigo experiências desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.

Em seguida, as variáveis socioeconômicas foram acrescentadas na análise múltipla. Essas características (escolaridade e suficiência de renda) podem exercer influência sobre o acesso aos serviços de saúde, pois piores condições socioeconômicas dificultam a prioridade do cuidado à saúde bucal, resultando em dificuldades no acesso aos serviços odontológicos (LUCHI et al., 2013), que foi a próxima variável incluída no modelo. Também é importante salientar que o perfil socioeconômico influencia diretamente sobre os fatores de risco para desfechos em saúde e consequentemente sobre as características de saúde geral.

No presente estudo, a última consulta odontológica, usada como proxy do acesso aos serviços de saúde, influencia a qualidade de saúde bucal, como número de dentes presentes (LUCHI et al., 2013) e uso de prótese, além de amenizar o risco de condições de saúde desfavoráveis, por meio de ações de cuidado e prevenção. A utilização de serviços de saúde é influenciada pela condição socioeconômica, como renda e escolaridade.

Após a inclusão das características de saúde geral na análise múltipla, o último bloco possivelmente associado a autopercepção de saúde bucal foi referente as variáveis de saúde bucal. Problemas bucais como doença periodontal, cárie e perda dentária são influenciados por determinantes demográficos, socioeconômicos e de acesso a serviços de saúde (LUCHI et al,2013) que, por sua vez, influenciam a autopercepção de saúde bucal e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. O desfecho foi o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de idosos, avaliado por meio da autopercepção de saúde bucal (ASB) obtida pelo GOHAI.

Figura 5. Descrição das variáveis utilizadas no estudo e modelo teórico proposto pelas autoras.

Para garantir a representatividade da população total, foram incorporados aos dados os pesos para expansão da amostra, o que possibilitou a obtenção de estimativas não viciadas para os parâmetros populacionais, através do comando *survey* no pacote estatístico, portanto, para cada elemento da amostra foi atribuído um peso.

Inicialmente, foi descrita a distribuição de cada uma das variáveis selecionadas para o estudo, para caracterização da amostra. O desfecho foi apresentado de forma dicotômica, sendo utilizada a mediana do GOHAI como ponto de corte (Ruim $\leq$ 50 e Bom $>$ 50) (KLOTZ, et al.,2017). Não existe na literatura um consenso em relação ao ponto de corte para o GOHAI. Estudos apresentam esta medida na forma de score, variando de 12 a 60 pontos (SILVA et al., 2005). Outros utilizam o GOHAI segundo as três dimensões:limitação funcional, impactos psicossociais e dor e desconforto

(APPUKUTTAN et al.,2016) Alguns autores estabelecem categorias, como ruim, regular e bom (ANDRADE et al.,2012) e usando a média ou mediana como ponto de corte (ruim/bom)(HERNANDÉZ-PALACIO et al.,2015; ESMERIZ et al.,2012;) Estudos também levaram em consideração a divisão em tercís ou quintis, para determinar classificações de GOHAI bom/ruim ou bom/regular/ruim (PIUVEZAM e LIMA, 2012; VASCONCELOS et al.,2012).

Buscaram-se associações entre os fatores e o desfecho através da análise bivariada para se obter as razões de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança. Em seguida, realizou-se a análise múltipla. Ambas as análises foram realizadas por meio da regressão de Poisson (BARROS e HIRAKATA, 2003) e o teste de Rao Scott foi empregado para verificar as associações na análise bivariada, sendo um teste indicado para o desenho amostral utilizado, levando em consideração o peso amostral e o efeito do delineamento.

A seleção de variáveis na regressão múltipla foi feita de acordo com o modelo teórico que hierarquiza as inter-relações entre os diversos grupos. Segundo ALBERNAZ et al. (2003), seguindo este modelo, pode-se dizer que os fatores nos níveis superiores da hierarquia influenciam a autopercepção de saúde bucal por meio de um efeito independente e/ou um efeito intermediário por fatores de níveis inferiores. No primeiro passo da análise foram incluídos os fatores demográficos e o segundo passo foi composto pelas características socioeconômicas. O terceiro, pelo acesso a serviços de saúde, seguido do quarto passo, em que as variáveis referentes à saúde geral foram incluídas. No último nível foram inseridas as características de saúde bucal. Os modelos foram ajustados por faixa etária (5 em 5 anos) e sexo. As razões de prevalência encontradas em cada uma das ondas foram comparadas, com a finalidade de se descrever possíveis aumentos ou diminuições no efeito dos fatores socioeconômicos sobre a autopercepção de saúde bucal nos idosos, conforme realizado no estudo de KUNST et al. (2005).

3.4.2 DESIGUALDADE SOCIAL RELACIONADA AO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Medidas complexas de iniquidade foram utilizadas para avaliar a desigualdade social relacionada a ASB no presente estudo (HARPER e LYNCH, 2006;

MACKENBACH e KUNST , 1997; MACKENBACH et al., 2008; MORENO-BETANCUR et al., 2015).

O SII seria a diferença absoluta nos valores previstos de um indicador de saúde entre aqueles com maior nível de educação ou riqueza e aqueles com menor nível, levando em consideração toda a distribuição de educação ou riqueza, usando modelos de regressão apropriados (HARPER e LYNCH, 2006; MACKENBACH e KUNST , 1997; MACKENBACH et al., 2008; MORENO-BETANCUR et al., 2015).

Pode-se interpretar o SII como o efeito absoluto sobre a saúde de passar de um grupo de escolaridade mais baixa, por exemplo, para o mais alto, dado que os indivíduos são classificados pelo status socioeconômico (pelo nível educacional, por exemplo) e não pela saúde, refletindo a dimensão socioeconômica das desigualdades na saúde. O SII é sensível ao estado de saúde médio da população, ou seja, as diferenças relativas podem permanecer as mesmas enquanto as diferenças absolutas modificam (aumentam ou diminuem). Isso acontece porque o cálculo do SII inclui a prevalência de ASB boa na amostra total, por exemplo, se a prevalência dobrasse, o SII também dobraria de valor.

Segundo HARPER e LYNCH (2006), o RII pode ser interpretado como a divisão da medida absoluta (SII) pela média de saúde (desfecho) da população. Entretanto, KUNST e MACKENBACH (1995) modificaram essa definição de RII, dividindo a saúde estimada da pessoa da parte inferior da distribuição do grupo social pela saúde estimada da pessoa no topo da distribuição do grupo social.

O presente estudo tem como referência a definição de KUNST e MACKENBACH (1995), comparando a saúde dos extremos da distribuição social. O RII foi estimado usando os dados ponderados pelo tamanho de cada grupo social. Levando em conta que, o nível socioeconômico é uma medida de posição socioeconômica relativa do indivíduo na população, é possível a comparação entre populações definidas, por exemplo, pela localização geográfica, período ou coorte de nascimento (MORENO-BETANCUR et al., 2015). Portanto, o RII leva em consideração o tamanho da população e a posição socioeconômica relativa dos grupos, sendo que uma grande pontuação no RII implica grandes diferenças da prevalência de ASB entre posições altas e baixas da hierarquia social.

Na análise das medidas complexas (RII e SII) não é o próprio grupo socioeconômico que é importante, mas seu tamanho e posição relativa na população, medidos através da classificação socioeconômica determinada pelo rank de 0 a 1 (MORENO-BETANCUR et al., 2015). Estes índices refletem a dimensão socioeconômica das desigualdades na saúde, as experiências de toda a população (não apenas as classes extremas) e são sensíveis a mudanças na distribuição da população em grupos socioeconômicos (WAGSTAFF et al., 1991).

Foi criado um ranking (0 a 1) de escolaridade ponderado, representando a distribuição proporcional da população dentro de cada subgrupo, e a população foi classificada do subgrupo mais desfavorecido (rank=0) para os mais favorecidos (rank=1). A regressão de Poisson (Intervalo de confiança de 95%) foi utilizada para calcular o RII (PUIGPINÓS et al., 2009), sendo a razão entre a prevalência de autopercepção de saúde bucal boa (GOHAI bom/regular) entre o rank 1 (maior escolaridade) e o rank 0 (menor escolaridade). O SII avaliou a desigualdade absoluta entre os mais e menos favorecidos de acordo com o nível educacional. O cálculo do SII apresentado nas tabelas de desigualdade foi realizado no programa estatístico Stata® por meio do comando *glm* (anexo) (ERNSTSEN et al., 2012).

Análises de subgrupo segundo faixa etária e sexo foram realizadas, dado que as idades dos participantes da segunda e da terceira ondas são diferentes das idades dos idosos da coorte A. Também foram realizadas análises estratificadas segundo dentes presentes (edêntulo e dentado).

O SII e o RII podem ser interpretados como a diferença da prevalência e razão de prevalência, respectivamente, entre o topo do rank (representado pelo maior nível educacional) e o rank zero (representado como o nível educacional mais baixo), tendo em conta o efeito por meio da distribuição completa da educação (HARPER e LYNCH, 2006; PUIGPINÓS et al., 2009; ERNSTSEN et al., 2012; MORENO-BETANCUR et al., 2015). No contexto do presente trabalho, um valor de SII maior que zero e um valor de RII maior que um indicam maior prevalência de autopercepção de saúde bucal boa entre populações com maior status socioeconômico.

Os resultados de RII maiores que 1 e SII positivos indicam que o GOHAI bom é mais prevalente no subgrupo mais favorecido (maior escolaridade), enquanto que

valores negativos de SII e RII menor que 1 significam que o GOHAI bom é mais prevalente no subgrupo mais desfavorecido.

Por meio do programa estatístico *Stata*® 14.0, foram criados gráficos do tipo *equiplot*. O *equiplot* permite a visualização da prevalência de ASB boa em cada grupo e a distância entre os grupos, assim como a diferença entre os anos 2000, 2006 e 2010. A aplicação desse tipo de gráfico torna mais fácil que não especialistas entendam a ideia de tendências em desigualdade. O *equiplot* foi desenvolvido pelo Centro Internacional de Equidade em Saúde, da Universidade de Pelotas, e todos os comandos gráficos para gerar o *equiplot* foram obtidos por meio do endereço eletrônico: <http://www.equidade.org>.

Análises de sensibilidade foram realizadas por meio da construção de um *equiplot*, segundo quartis de escolaridade (Figura 14), com a finalidade de encontrar os subgrupos mais vulneráveis. Também foram avaliados os fatores associados à ASB em 2010 para dentados e desdentados, separadamente, cujo resultado está apresentado no apêndice (Tabelas 13 e 14).

As análises estatísticas foram realizadas empregando-se o pacote estatístico *Stata 14.0* (Stata Corporation, College Station, Texas).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo SABE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Anexo 1) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento da entrevista. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (Parecer: 2.268.672).

4. RESULTADOS

Tabela 5. Características dos idosos com 60 anos ou mais representativos do Município de São Paulo. Estudo SABE.

Variáveis	2000 %	2006 %	2010 %
Características demográficas			
Sexo			
Masculino	41.93	40.82	39.93
Feminino	58.07	59.18	60.07
Grupo etário (anos)			
60-64 anos	35.81	30.07	35.35
65-69 anos	28.62	28.95	23.56
70-74 anos	19.00	20.78	18.22
75-79 anos	10.00	11.82	11.63
80 anos ou +	6.57	8.38	11.24
Raça/Cor			
Branco	73.24	64.25	59.79
Pardo/preto	22.75	26.11	34.86
Outros	4.01	9.64	5.35
Características socioeconômicas			
Escolaridade			
0 a 3 anos	39.13	40.91	31.37
4 a 7 anos	39.45	39.14	39.33
8 anos ou +	21.42	19.95	29.30
Suficiência de renda			
Sim	32.83	46.52	58.00
Não	67.17	53.48	42.00
Acesso aos serviços de saúde			
Última visita odontológica			
Menos de um ano	-	32.84	36.71
De 1 a 2 anos	-	21.44	22.24
3 anos ou mais	-	45.72	41.05
Características de saúde geral			
Autopercepção de saúde geral (ASG)			
Boa	48.12	47.43	50.95
Ruim	51.88	52.57	49.05
Depressão			
Não	81.63	86.76	82.48
Sim	18.37	13.24	17.52

*Continua...

...continuação*

Características de saúde bucal			
Autopercepção de saúde bucal (ASB)			
Ruim	46.02	54.51	54.36
Bom	53.98	45.49	45.64
Dentes presentes			
Edêntulo	-	42.14	35.71
1-12 dentes presentes	-	39.26	28.08
13-32 dentes presentes	-	18.60	36.21
Uso de prótese			
Sim	82.33	80.61	77.35
Não	17.67	19.39	22.65
Necessidade de prótese			
Sim	-	46.00	53.32
Não	-	54.00	46.68

O presente estudo incluiu todos os idosos participantes do estudo SABE nos anos 2000, 2006 e 2010 que apresentaram respostas preenchidas para o índice GOHAI e que foram considerados aptos cognitivamente, totalizando 1.568 idosos em 2000, 1.131 em 2006 e 1.052 pessoas no ano de 2010, os quais representam 658.034, 892.226 e 1.093.340 idosos no município de São Paulo, respectivamente. A tabela 1 apresenta a descrição da amostra segundo características demográficas, socioeconômicas, informações referentes ao acesso a serviços de saúde e relacionadas ao estado de saúde geral e saúde bucal. Na amostra total mais de 58% era do sexo feminino e a maioria dos idosos tinha entre 60 e 69 anos em 2000, 2006 e 2010 (Tabela 5).

No tocante da escolaridade, a maioria dos idosos tinha menos de oito anos de estudo, porém nota-se um aumento na proporção de pessoas na faixa mais alta de escolaridade (oito anos ou mais) no decorrer dos anos, passando de 21,42% em 2000 para 29,30% em 2010. Nota-se um aumento na autopercepção de saúde geral considerada boa entre 2000 e 2010 (48,12% para 50,95%) e a maioria dos idosos não apresentou depressão em todos os anos.

A variável de interesse do presente estudo é o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, medido pela autopercepção de saúde bucal e obtida por meio do índice GOHAI, cuja mediana foi igual a 51 em 2000 e 50 em 2006 e 2010. Na coleta de 2000 a maioria dos idosos (53,98%) considerou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida como positivo (GOHAI bom), entretanto essa situação se inverte em

2006 (45,49%) e 2010 (46,30%), pois a proporção de pessoas que perceberam a saúde bucal como boa diminuiu, enquanto que o impacto negativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida (GOHAI ruim) aumentou.

Observando as características de saúde bucal, nota-se que a proporção de idosos edêntulos diminuiu entre 2006 e 2010. Em 2006, 42,14% dos idosos eram desdentados, diminuindo para 35,71% em 2010. Em relação à ASB, a maioria das pessoas, tanto dentadas quando edêntulas, consideraram a ASB como ruim, sendo a prevalência maior entre os desdentados (Figura 6). O uso de prótese diminuiu entre 2006 e 2010, de 82,33% para 77,35%, já a necessidade aumentou entre 2006 e 2010.

Após a criação de uma variável unindo o uso e a necessidade de prótese (figuras 7 e 8), nota-se que, em 2006 e 2010, a maioria dos idosos usa e não necessita ou não usa e não necessita prótese total superior (*PT Sup*), independente de considerar a ASB ruim ou boa. O mesmo achado se aplica para a prótese total inferior (*PT Inf*), entretanto, nota-se que, entre as pessoas com 8 anos ou mais de escolaridade que julgaram a ASB como boa, a maioria (83,49%) não usa e não necessita de *PT Inf*, enquanto que, menos da metade dos idosos com menor escolaridade e que julgaram a ASB como boa (42,31%) não usa e não necessita.

Verifica-se que entre o grupo de pessoas com maior nível educacional o uso e necessidade de prótese total é menor do que entre os idosos com menor escolaridade, fato que pode ser explicado pelo número de dentes presentes, ou seja, pessoas com maior escolaridade apresentam mais dentes na boca, necessitando de outras prótese que não as totais.

O uso e necessidade de prótese parcial removível ou fixa pode ser observado na figura 9. Nota-se que, tanto em 2006 quanto em 2010, o uso e a necessidade são maiores em relação a não uso e não necessidade, ou seja, como citado anteriormente, a quantidade maior de dentes presentes na boca tem levado a um aumento no uso e na necessidade de próteses parciais.

Em relação a escolaridade, idosos com até 3 anos de escolaridade não usam e necessitam mais próteses em relação aos outros dois grupos de escolaridade. Este achado é similar, tanto entre pessoas que consideram a ASB ruim como boa, assim como para prótese parcial removível ou fixa, superior e inferior.

Nota-se que há uma diferença entre a proporção de pessoas que não usam e não necessitam de prótese parcial entre os grupos com menor e maior escolaridade. Entre os idosos que apresentaram ASB boa, o grupo daqueles com oito anos ou mais de anos de estudo, tem maior proporção de pessoas que não usa e não necessita prótese parcial, achado que pode ser explicado pelo número maior de dentes presentes entre os idosos deste grupo.

Figura 7. Uso e necessidade de Prótese Fixa ou Removível (Sup) e inferior (Inf), segundo escolaridade, ASB (ruim e boa) e ano do estudo SABE (2006 e 2010).

Figura 8. Uso e necessidade de Prótese Total, superior (Sup) e inferior (Inf), segundo escolaridade, ASB (ruim e boa) e ano do estudo SABE (2006 e 2010).

4.1 FATORES ASSOCIADOS AO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Buscou-se investigar os fatores associados a autopercepção de saúde bucal (ASB) ruim e, conseqüentemente, o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em todas as ondas do SABE. ANDRADE et al. (2012) estudaram a associação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal, fatores socioeconômicos e fatores gerais de saúde entre idosos do estudo SABE, nos anos 2000 e 2006, portanto, no presente estudo utilizou-se outra metodologia e com enfoque no ano de 2010, não repetindo os achados já demonstrados nas investigações anteriores.

Analisando a ASB segundo faixa etária, entre os idosos mais jovens (60-64 anos), não nota-se diferença entre os anos do estudo SABE, contudo, conforme a idade avança a ASB ruim aumenta, principalmente entre os anos 2000 e 2006 (Figura 7).

Na análise bivariada (Tabela 6) do ano 2000, suficiência de renda (RP=1,23; IC95% 1,08;1,39), autopercepção de saúde geral (RP=1,26; IC95% 1,11;1,42), depressão (RP=1,36; IC95% 1,36;1,74) e uso de prótese (RP=1,18; IC95% 1,05;1,34) estavam significativamente associadas a autopercepção de saúde bucal ruim. No ano de 2006, os mesmos fatores relacionados em 2000 tiveram associação com a ASB ruim, com exceção do uso de prótese (RP=0,96; IC95% 0,83;1,11). Em relação ao número de dentes presentes, idosos com 13 ou mais dentes tinham uma prevalência menor (RP=0,86; IC95% 0,69;0,99) de ASB ruim em relação aos edêntulos.

Para o ano de 2010, a raça/cor pardo/preto (RP=1,19; IC95% 1,05;1,34) esteve associada com a ASB ruim, assim como os fatores mencionados para 2006, incluindo a não necessidade de prótese (RP=0,75; IC95% 0,66;0,85). Nota-se que a ASB ruim foi mais prevalente entre as pessoas com insuficiência de renda (Figura 10). A prevalência de ASB ruim aumentou entre as pessoas com 0 a 3 anos de escolaridade, principalmente entre os anos 2000 e 2006, enquanto que, entre o grupo de 8 a 10 anos, manteve-se estável (Figura 11).

Figura 9. Autopercepção de saúde bucal segundo faixa etária e ano do estudo SABE.

Figura 10. Autopercepção de saúde bucal segundo suficiência de renda e ano do estudo SABE.

Figura 11. Autopercepção de saúde bucal segundo escolaridade e ano do estudo SABE.

Tabela 6. Associação entre ASB e características demográficas, socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, saúde geral e saúde bucal dos idosos do Município de São Paulo. Estudo SABE.

Variáveis	2000				2006				2010			
	Ruim(%)	Bom(%)	RP (IC 95%)	p*	Ruim(%)	Bom(%)	RP (IC 95%)	p*	Ruim(%)	Bom(%)	RP (IC 95%)	p*
Características demográficas												
Sexo												
Masculino	41.37	42.41	1	0.697	40.17	41.61	1	0.660	37.05	43.36	1	0.056
Feminino	58.63	57.59	1.02 (0.91;1.15)		59.83	58.39	1.02 (0.91;1.16)		62.95	56.64	1.13 (0.99;1.28)	
Grupo etário (anos)												
60-64 anos	37.56	34.33	1	0.651	28.80	31.59	1	0.781	32.96	38.20	1	0.451
65-69 anos	27.50	29.58	0.92 (0.78;1.07)		29.07	28.81	1.05 (0.84;1.30)		23.95	23.09	1.09 (0.88;1.35)	
70-74 anos	18.69	19.25	0.94 (0.81;1.08)		20.79	20.77	1.04 (0.85;1.29)		18.65	17.72	1.10 (0.89;1.35)	
75-79 anos	9.87	10.12	0.94 (0.81;1.09)		12.26	11.29	1.08 (0.87;1.34)		11.79	11.43	1.08 (0.87;1.36)	
80 anos ou +	6.38	6.72	0.93 (0.78;1.09)		9.08	7.54	1.13 (0.92;1.39)		12.65	9.56	1.21 (0.98;1.48)	
Raça/Cor												
Branco	72.38	73.98	1	0.543	63.38	65.30	1	0.707	56.21	64.05	1	0.025
Pardo/preto	24.07	21.62	1.07 (0.91;1.25)		26.09	26.12	1.01 (0.84;1.22)		38.95	29.98	1.19 (1.05;1.34)	
Outros	3.55	4.40	0.89 (0.62;1.30)		10.53	8.59	1.11 (0.89;1.38)		4.84	5.97	0.96 (0.70;1.31)	
Características socioeconômicas												
Escolaridade												
0 a 3 anos	40.01	38.38	1	0.796	43.43	37.91	1	0.004	36.38	25.39	1	<0.001
4 a 7 anos	39.23	39.64	0.97 (0.85;1.11)		41.27	36.58	0.99 (0.86;1.15)		41.47	36.77	0.91 (0.79;1.04)	
8 anos ou +	20.76	21.98	0.95 (0.79;1.13)		15.30	25.51	0.72 (0.58;0.89)		22.15	37.84	0.65 (0.54;0.79)	
Suficiência de renda												
Sim	28.44	36.57	1	0.001	41.14	53.00	1	0.001	50.57	66.85	1	<0.001
Não	71.56	63.43	1.23 (1.08;1.39)		58.86	47.00	1.24 (1.09;1.42)		49.43	33.15	1.35 (1.17;1.56)	

*Continua...

Acesso aos serviços de saúde												
Última visita odontológica												
Menos de um ano	-	-	-	-	34.83	30.47	1		35.56	38.08	1	
De 1 a 2 anos	-	-	-	-	20.75	22.27	0.91 (0.76;1.09)	0.422	19.05	26.00	0.88 (0.72;1.08)	0.012
3 anos ou mais	-	-	-	-	44.42	47.26	0.92 (0.81;1.04)		45.39	35.92	1.14 (0.98;1.32)	
Características de saúde geral												
Autopercepção de saúde geral												
Boa	42.37	53.03	1	<0.001	40.45	55.78	1	<0.001	40.94	62.87	1	<0.001
Ruim	57.63	46.97	1.26 (1.11;1.42)		59.55	44.22	1.33 (1.15;1.53)		59.06	37.13	1.50 (1.32;1.70)	
Depressão												
Não	74.29	87.89	1	<0.001	81.56	92.99	1	<0.001	77.25	88.72	1	<0.001
Sim	25.71	12.11	1.54 (1.36;1.74)		18.44	7.01	1.48 (1.28;1.72)		22.75	11.28	1.38 (1.22;1.57)	
Características de saúde bucal												
Dentes presentes												
Desdentado	-	-	-	-	43.86	40.09	1		40.46	30.05	1	
1-12 dentes	-	-	-	-	40.05	38.35	0.98 (0.86;1.11)	0.097	29.03	26.95	0.91 (0.80;1.03)	0.001
13-32 dentes	-	-	-	-	16.09	21.56	0.83 (0.69;0.99)		30.51	43.00	0.74 (0.62;0.89)	
Uso de prótese**												
Sim	79.73	84.59	1	0.011	81.17	79.95	1	0.617	76.37	78.52	1	0.545
Não	20.27	15.41	1.18 (1.05;1.34)		18.83	20.05	0.96 (0.83;1.11)		23.63	21.48	1.06 (0.88;1.26)	
Necessidade de prótese												
Sim	-	-	-	-	48.93	42.54	1	0.082	60.39	44.91	1	<0.001
Não	-	-	-	-	51.07	57.45	0.89 (0.78;1.02)		39.61	55.09	0.75 (0.66;0.85)	

*valor de p do Teste de Rao-Scott; **Uso de prótese: obtido por meio de autorrelato em 2000 e exame clínico em 2006 e 2010; 0=ASB boa; 1=ASB ruim

Na análise múltipla, para o ano 2000 (Tabela 7), a suficiência de renda (RP=1,22; IC95% 1,08;1,39), a autopercepção de saúde geral (RP=1,15; IC95% 1,02;1,30) e a depressão (RP=1,45) estiveram associados a ASB ruim. Já para o ano 2006 (Tabela 8), além dos fatores mencionados anteriormente, que também estiveram associados para o respectivo ano, a prevalência entre os de maior escolaridade foi 24% menor e quem tinha 13 ou mais dentes apresentou prevalência 23% menor de ASB ruim.

Tabela 7. Fatores associados à ASB ruim entre os idosos do município de São Paulo no ano de 2000. Estudo SABE.

Variável	RP (IC 95%)
Amostra Total	
Sexo (ref. Masculino)^a	1.02 (0.91;1.15)
Grupo etário (ref. 60-64 anos)^a	
65-69 anos	0.91 (0.78;1.07)
70-74 anos	0.94 (0.81;1.08)
75-79 anos	0.94 (0.81;1.09)
80 anos ou +	0.92 (0.78;1.09)
Suficiência de renda (ref. Sim)^b	
Não	1.22 (1.08;1.39)
Autopercepção de saúde geral (ref. Boa)^c	
Ruim	1.15 (1.02;1.30)
Depressão (Ref. Não)^c	
Sim	1.45 (1.29;1.63)

^aModelo 1: sexo e idade.

^bModelo 2: sexo, idade e suficiência de renda

^cModelo 3: sexo, idade, suficiência de renda, ASG e depressão

0=ASB boa; 1=ASB ruim

Tabela 8. Fatores associados à ASB ruim entre os idosos do município de São Paulo no ano de 2006. Estudo SABE.

Variável	RP (IC 95%)
Sexo (ref. Masculino)^a	1.02 (0.90;1.16)
Grupo etário (ref. 60-64 anos)^a	
65-69 anos	1.05 (0.84;1.30)
70-74 anos	1.04 (0.85;1.28)
75-79 anos	1.08 (0.87;1.33)
80 anos ou +	1.13 (0.92;1.39)
Escolaridade (ref. 0 a 3 anos)^b	
4 a 7 anos	1.01 (0.86;1.17)
8 anos ou +	0.76 (0.62;0.93)
Suficiência de renda (ref. Sim)^b	
Não	1.22 (1.07;1.39)
Última visita odontológica (Ref. Menos de um ano)^c	
De 1 a 2 anos	0.87 (0.73;1.05)
3 anos ou mais	0.83 (0.72;0.96)
Autopercepção de saúde geral (ref. Boa)^d	
Ruim	1.22 (1.06;1.40)
Depressão (Ref. Não)^d	
Sim	1.38 (1.18;1.62)
N. de dentes presentes (ref. Edêntulo)^e	
1-12 dentes presentes	0.91 (0.78;1.05)
13-32 dentes presentes	0.77 (0.63;0.94)

^aModelo 1: sexo e idade.

^bModelo 2: sexo, idade, escolaridade e suficiência de renda

^cModelo 3: sexo, idade, escolaridade, suficiência de renda e última visita odontológica

^dModelo 4: Modelo 3 mais ASG e depressão

^eModelo 5: Modelo 4 mais número de dentes presentes

0=ASB boa; 1=ASB ruim

Em relação ao ano de 2010 (Tabela 9), nota-se que a raça/cor esteve associada com a ASB ruim, sendo que aqueles idosos que se consideravam pardos/preto tiveram uma prevalência 22% maior de ASB ruim em relação aos brancos. Ter maior escolaridade (8 anos ou mais) diminui a prevalência de ASB ruim (RP=0,74; IC95% 0,63;0,87). Além disso, entre as pessoas que relataram não possuírem suficiência de renda, nota-se uma prevalência maior (RP=1,28; IC95% 1,11;1,48) de ASB ruim, em relação aqueles que julgam ter dinheiro suficiente para as necessidades diárias. Autopercepção de saúde geral e depressão também foram fatores associados à ASB ruim em 2010, assim como a necessidade de prótese, sendo que os idosos que não necessitavam de prótese apresentaram menor prevalência de ASB ruim.

Tabela 9. Fatores associados à ASB ruim entre os idosos do município de São Paulo no ano de 2010. Estudo SABE.

Variável	RP (IC 95%)
Sexo (ref. Masculino)^a	1.12 (0.98;1.27)
Grupo etário (ref. 60-64 anos)^a	
65-69 anos	1.09 (0.88;1.35)
70-74 anos	1.13 (0.92;1.40)
75-79 anos	1.13 (0.89;1.42)
80 anos ou +	1.25 (1.03;1.54)
Raça/Cor (ref. Branco)^a	
Pardo/preto	1.22 (1.08;1.39)
Outros	0.99 (0.72;1.35)
Escolaridade (ref. 0 a 3 anos)^b	
4 a 7 anos	0.96 (0.84;1.09)
8 anos ou +	0.74 (0.63;0.87)
Suficiência de renda (ref. Sim)^b	
Não	1.28 (1.11;1.48)
Autopercepção de saúde geral (ref. Boa)^c	
Ruim	1.33 (1.17;1.50)
Depressão (Ref. Não)^c	
Sim	1.19 (1.03;1.38)
N. de dentes presentes (ref. Edêntulo)^d	
1-12 dentes presentes	0.89 (0.78;1.01)
13-32 dentes presentes	0.73 (0.62;0.87)
Necessidade de prótese (ref. Sim)^d	
Não	0.71 (0.62;0.82)

^aModelo 1: sexo, idade e raça

^bModelo 2: sexo, idade, raça, escolaridade e suficiência de renda

^cModelo 3: modelo 2 mais ASG e depressão

^dModelo 4: modelo 3 mais número de dentes presentes e necessidade de prótese

0=ASB boa; 1=ASB ruim

4.2 DESIGUALDADE SOCIAL RELACIONADA AO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Em 2000, não existia diferença significativa na autopercepção de saúde bucal entre os níveis de escolaridade. Em 2006 e 2010, existia desigualdade em relação à autopercepção de saúde bucal e os níveis de escolaridade (Tabela 10), que se manteve mesmo após ajustada por sexo e idade (Tabela 11). Quando a análise foi estratificada segundo sexo e ajustada por idade, notou-se que a diferença ficou significativa apenas para o sexo feminino e para a desigualdade relativa (RII). A análise da desigualdade relacionada ao nível de escolaridade e a autopercepção de saúde bucal também foi realizada segundo edêntulos e dentados (Tabela 14), visando verificar diferenças entre os dois grupos. Os achados mostraram que a desigualdade permaneceu significativamente apenas entre os idosos dentados e, entre aqueles indivíduos edêntulos, não nota-se desigualdade social em relação à autopercepção de saúde bucal, com exceção da medida relativa para o ano 2010 ($RII=1,65$; $p=0,039$).

Levando em consideração que o presente estudo não tem caráter longitudinal, nem avaliação de medida repetida, uma análise estatística foi realizada de forma estratificada por faixa etária (Tabela 13), ou seja, os idosos de 60 a 64 anos em 2006 pertenciam a coorte B06 (idosos novos no estudo) e em 2010 pertenciam a coorte C10 (idosos novos no estudo). No ano de 2000, encontrou-se desigualdade associada ($RII=1,49$; $p=0,027$) a autopercepção de saúde bucal entre idosos mais novos (60 a 65), ou seja, idosos com maior escolaridade tinham maior impacto positivo na qualidade de vida em relação aqueles com menor escolaridade. Achado similar ocorreu em 2006, com $RII=2,16$ ($p=0,001$) entre os idosos mais jovens, e em 2010 ($RII=2,30$; $p=0,006$). Entre os idosos mais velhos, não nota-se desigualdade social decorrente da escolaridade associada a autopercepção de saúde bucal, com exceção dos idosos com idade entre 65 e 69 anos em 2010 ($RII=2,23$; $p=0,002$).

Tabela 10. Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa entre idosos do município de São Paulo. Estudo SABE.

Ano	Índice absoluto de desigualdade		Índice relativo de desigualdade	
	SII (IC 95%)	P	RII (IC 95%)	P
2000	3.30 (-7.83;14.44)	0.555	1.06 (0.86;1.31)	0.545
2006	18.47 (5.09;31.85)	0.007	1.52 (1.11;2.08)	0.008
2010	31.25 (18.12;44.38)	<0.001	2.00 (1.51;2.66)	<0.001

*0=ASB ruim; 1=ASB boa

Tabela 11. Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa ajustada por sexo e idade entre idosos do município de São Paulo. Estudo SABE.

Ano	Índice absoluto de desigualdade		Índice relativo de desigualdade	
	SII (IC 95%)	p	RII (IC 95%)	P
2000	3.59 (-7.90;15.08)	0.534	1.07 (0.86;1.32)	0.530
2006	17.87 (4.63;31.10)	0.009	1.47 (1.10;1.97)	0.010
2010	30.07 (17.80;42.34)	<0.001	1.95 (1.48;2.56)	<0.001

*0=ASB ruim; 1=ASB boa

Tabela 12. Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa segundo sexo, ajustado por idade, entre idosos no município de São Paulo. Estudo SABE.

Ano	Índice absoluto de desigualdade				Índice relativo de desigualdade			
	SII(IC 95%)				RII(IC 95%)			
	Masculino	p	Feminino	p	Masculino	p	Feminino	p
2000	14.39 (0.24;28.54)	0.046	-4.24 (-20.17;11.68)	0.595	1.31 (1.00;1.73)	0.048	0.91 (0.68;1.23)	0.566
2006	19.77 (-1.10;40.65)	0.063	15.58 (0.68;30.47)	0.041	1.54 (0.97;2.41)	0.063	1.41(1.01;1.98)	0.044
2010	16.94 (-2.90;36.80)	0.093	38.65 (22.99;54.32)	<0.001	1.42 (0.94;2.13)	0.088	2.48 (1.75;3.53)	<0.001

*0=ASB ruim ; 1=ASB boa

Tabela 13. Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa segundo presença de dentes entre os idosos no município de São Paulo. Estudo SABE.

Ano	Índice absoluto de desigualdade				Índice relativo de desigualdade			
	SII (IC 95%)				RII (IC 95%)			
	Dentado	P	Edêntulo	P	Dentado	p	Edêntulo	p
2006	23.34 (7.83;38.85)	0.004	3.66 (-17.25;24.59)	0.728	1.65 (1.18;2.31)	0.004	1.08 (0.67;1.74)	0.753
2010	33.90 (18.80;48.99)	<0.001	19.91 (1.02;38.80)	0.039	2.03 (1.47;2.82)	<0.001	1.65 (1.02;2.67)	0.039

*Ajustado por sexo e idade

0=ASB ruim; 1=ASB boa

Tabela 14. Desigualdade relacionada à escolaridade na prevalência de ASB boa segundo faixa etária entre idosos no município de São Paulo. Estudo SABE.

Ano	Índice absoluto de desigualdade									
	SII (IC 95%)									
	60 a 64 anos	p	65 a 69 anos	P	70 a 74 anos	p	75 a 79 anos	p	80 anos ou +	p
2000	21.01 (3.10;38.92)	0.022	-6.70 (-30.57;17.15)	0.575	-12.22 (-32.66;8.22)	0.236	2.74 (-22.30;27.79)	0.827	3.31 (-21.99;28.63)	0.794
2006	36.83 (17.71;55.96)	<0.001	22.17 (-7.72;52.06)	0.143	5.87 (-20.36;32.12)	0.655	-15.55 (-41.14;10.03)	0.228	5.41 (-22.68;33.52)	0.700
2010	38.04 (11.12;64.97)	0.007	36.16 (14.33;57.99)	0.002	21.08 (-11.11;53.28)	0.194	34.47 (-1.43;70.37)	0.059	6.16 (-15.96;28.28)	0.579
Ano	Índice relativo de desigualdade									
	RII(IC 95%)									
	60 a 64 anos	p	65 a 69 anos	p	70 a 74 anos	p	75 a 79 anos	p	80 anos ou +	p
2000	1.49 (1.05;2.12)	0.027	0.89 (0.58;1.36)	0.579	0.79 (0.54;1.17)	0.239	1.05 (0.66;1.67)	0.828	1.06 (0.68;1.66)	0.792
2006	2.16 (1.40;3.33)	0.001	1.63 (0.85;3.11)	0.136	1.13 (0.64;2.02)	0.654	0.69 (0.36;1.32)	0.261	1.13 (0.57;2.26)	0.715
2010	2.30 (1.28;4.15)	0.006	2.23 (1.37;3.60)	0.002	1.58 (0.78;3.20)	0.194	2.14 (0.96;4.73)	0.06	1.18 (0.66;2.12)	0.563

*Ajustado por sexo

0=ASB ruim; 1=ASB boa

A composição de gráficos abaixo mostra alguns *equiplots*, ilustrando as desigualdades nos valores do indicador de saúde (ASB boa), segundo categorização da escolaridade conforme a literatura e segundo quartis, nos três anos (2000, 2006 e 2010) da análise. Os círculos que aparecem nos gráficos representam os valores da prevalência de ASB boa para os idosos em cada uma das categorias (ou quartis) de escolaridade. A extensão da linha entre cada círculo representa a magnitude da desigualdade social em saúde: quer dizer, a magnitude absoluta da desigualdade da prevalência de ASB boa segundo categorias ou quartis da variável social (escolaridade). Portanto, por meio dos gráficos é possível observar a distância entre as prevalências de ASB boa, entre os distintos grupos de escolaridade, assim como, as mudanças dessas desigualdades ao longo do tempo.

Nota-se, na Figura 10, que a desigualdade social permaneceu entre 2006 e 2010. Quando observa-se segundo a presença ou não de dentes (figura 11), não nota-se diferença entre os idosos desdentados em 2006, enquanto que, para os idosos dentados, tanto em 2006 quanto em 2010, existe desigualdade na prevalência de ASB boa entre os níveis de escolaridade. Em todos os *equiplots* é possível notar a diferença absoluta entre os extremos, mostrando existência de desigualdade, principalmente no ano de 2010.

A iniquidade encontrada entre os idosos mais novos pode ser explicada por fatores clínicos relacionados a saúde bucal. Entre os idosos de 60 a 64 anos, a maioria (70,83% em 2006 e 77,15% em 2010) não é edêntulo, enquanto que, entre os indivíduos mais velhos, ocorre o inverso e a maioria não tem dentes presentes na boca. O mesmo acontece com a necessidade de prótese, a qual está associada significativamente com a ASB. Tanto em 2006 quanto em 2010, a maioria dos idosos com idade entre 60 e 64 anos necessitavam de algum tipo de prótese (54,87% em 2006 e 62,69% em 2010).

Figura 12. Distribuição da autopercepção de saúde bucal (ASB) boa, segundo escolaridade e ano do estudo SABE (amostra total).

Figura 13. Distribuição da autopercepção de saúde bucal (ASB) boa, segundo escolaridade e ano do estudo SABE, entre os idosos dentados e desdentados.

5. DISCUSSÃO

5.1 FATORES ASSOCIADOS AO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Na onda de 2010, mais da metade dos idosos considerou a ASB como ruim. Os mais velhos (80 anos ou mais), pardos e pretos, sem suficiência de renda, com percepção ruim da saúde geral e com depressão, apresentaram maior prevalência de ASB ruim. Enquanto que, pessoas com maior escolaridade, com mais dentes presentes na boca e que não necessitavam de prótese apresentaram prevalência menor de ASB ruim. Possíveis fatores de confusão puderam ser controlados pela análise múltipla, sendo possível determinar mais precisamente os efeitos de diferentes fatores, principalmente da escolaridade, sobre a ASB na população idosa.

Estudos nacionais e internacionais com objetivos semelhantes à presente pesquisa, e que utilizaram diversas formas para obter as informações sobre a autoavaliação de saúde bucal, apontaram prevalências de autopercepção de saúde bucal ruim/negativa (CORNEJO et al.,2013; DABLE et al.,2013; RODAKOWSKA et al., 2014; HERNÁNDEZ-PALACIOS et al.,2015), regular/moderada (SILVA e FERNANDES, 2001; CARVALHO et al.,2016) e boa/positiva (SILVA et al., 2005; SWOBODA et al.,2006; MARTINS et al., 2009; MARTINS et al.,2010; SILVA et al.,2011; HAIKAL et al.,2011; VASCONCELOS et al.,2012; LUCHI et al.,2013; MARTINS et al.,2015;), sendo que na maioria dos estudos os principais fatores associados a autopercepção de saúde bucal eram de caráter social, econômico, psicossocial e comportamentais e relacionados as condições clínicas da saúde bucal.

A forma de coleta da informação de autopercepção de saúde bucal variou muito entre os estudos. Alguns utilizam perguntas como por exemplo “*Com relação aos seus dentes, o(a) sr(a). está: muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito?*”, enquanto que outros utilizaram escalas como aquelas mencionadas na introdução (ex: GOHAI e OHIP).

Nota-se que quando a coleta da informação de interesse foi feita por meio de pergunta única (exemplo do parágrafo anterior), a maioria dos estudos mostrou maior prevalência de autoavaliação positiva, enquanto que na grande parte das análises que utilizaram questionários estruturados (ex: GOHAI e OHIP) de autopercepção de saúde

bucal e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, resultados negativos apareceram. Uma possível explicação para esta diferença pode ser decorrente da capacidade de medir diferentes dimensões quando se aplica questionários estruturados, sendo que estudos já mostraram que a autoavaliação é diferente entre cada dimensão.

Baixos valores do índice GOHAI foram encontrados para a população de idosos no referido estudo e corroboram com achados de outra pesquisa chilena (DÍAZ-CÁRDENAS, 2016), na qual o autor sugere que resultados semelhantes obtidos na América Latina poderiam ser atribuíveis a condições econômicas e falta de acesso aos serviços especializados, resultando em precarização da saúde bucal. No Brasil, entretanto, em estudo realizado no Município de Porto Alegre que incluiu 849 idosos, 60,7% referiram a percepção de saúde bucal como “boa”. Quando observou-se a variável renda, notou-se que, entre aqueles que julgaram sua saúde bucal como ruim, 66,5% não apresentaram renda familiar suficiente, o que mostrou que, embora a autopercepção de saúde bucal entre idosos no Brasil seja menor do que o relatado para outros países, a desigualdade entre grupos com alta e baixa renda permanece como um desafio (MARTINS et al., 2015).

A abordagem de análise em formato de blocos, seguindo uma lógica hierárquica, permitiu a avaliação da importância de cada grupo de variáveis na compreensão da variabilidade da autopercepção de saúde bucal dos idosos (MARTINS et al., 2010). A associação da autopercepção de saúde bucal com sexo e idade tem sido investigada em vários estudos, sendo que a maioria não encontrou diferença significativa entre os grupos, como no presente estudo. Entretanto, são variáveis que podem ser utilizadas como ajuste durante as análises.

Muitos estudos não avaliaram a associação entre raça/cor e autopercepção de saúde bucal. Entretanto, a raça/cor já apresentou associação com desfecho em saúde bucal, como por exemplo CPOD, indicando ocorrência mais elevada de cárie dentária entre pardos e pretos (BOING et al., 2015). Entre aqueles estudos que levaram em consideração essa variável, nota-se associação entre indivíduos não brancos e autopercepção negativa da saúde bucal (ATCHINSON e GIFT, 1997; MORIN et al., 2005; MARTINS et al., 2009), estando o presente estudo em consonância com a literatura.

As relações entre as características socioeconômicas e as condições de saúde bucal demonstradas no presente estudo também foram investigadas por TINÓS et al. (2013). Os autores realizaram uma revisão bibliográfica sobre os fatores que interferem no acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal e encontraram que o acesso não ocorre de forma regular. Baixo nível de escolaridade, baixa renda, edentulismo, baixa oferta de serviço público odontológico, falta de informação sobre saúde bucal e local de residência estiveram relacionados de forma negativa com o acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal. Os autores concluíram que os fatores socioeconômicos foram as principais barreiras no acesso.

No contexto dos fatores socioeconômicos, o meio social pode ser influenciado pela escolaridade atingida nas primeiras décadas de vida, sendo que as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual os indivíduos pensam, sentem e agem a respeito da saúde (SILVA, 2001).

No presente estudo, o nível de instrução medido por meio de escolaridade foi utilizado como marcador da posição socioeconômica. A escolaridade é uma medida de fácil obtenção e análise, podendo ser utilizada tanto de forma paramétrica como categórica, permitindo comparações de várias formas. BOING et al (2013) definem que o nexos entre a educação e vida saudável envolve as seguintes ideias:

“(i) um grau mais elevado de instrução fornece aos indivíduos o acúmulo de conhecimentos com potencial de influenciar favoravelmente sua saúde e possibilitar hábitos mais saudáveis; (ii) pessoas com maiores aquisições educacionais qualificam-se para as melhores ocupações, com renda mais elevada, melhores condições de trabalho e moradia; e (iii) o grau de escolaridade e os níveis de saúde são influenciados por fatores estruturais comuns a ambas as dimensões.”

COHEN-CARNEIRO et al. (2011) realizaram uma revisão sistemática da literatura para evidenciar a associação entre parâmetros sociais e impacto da saúde bucal na qualidade de vida e encontraram que 10, dos 12 artigos analisados, relataram baixa escolaridade associada a níveis mais altos de impacto negativo, como no presente estudo. Outros autores que investigaram os fatores associados a ASB encontraram resultados semelhantes (KRESSIN et al.,1997; ALVES e RODRIGUES, 2005; UGARTE et al.,2007; TSAKOS et al.,2009; SÁNCHEZ-GARCIA et al.,2010; CORNEJO et al.,2013; MEJIA et al.,2014), mostrando que o nível de educação influencia a percepção de saúde bucal, principalmente entre aqueles indivíduos menos escolarizados, resultando em impactos negativos.

Além da medida relacionada à escolaridade, utilizou-se no presente estudo a autoavaliação do status econômico, sendo um indicador robusto de capacidade financeira entre pessoas idosas (LITWIN e SAPIR, 2009). Essa medida subjetiva refere-se à capacidade de ter o mínimo de renda suficiente para viver. Entretanto, mesmo sendo uma medida robusta, a satisfação com a renda pode ser sub ou superestimada devido ao ser caráter multifacetado (GALABARDES et al., 2006), sendo importante a confirmação com medidas objetivas do status socioeconômico.

Indivíduos que não apresentam suficiência de renda tendem a considerar a saúde bucal pior (UGARTE et al., 2007). MARTINS et al. (2015) desenvolveram um estudo para analisar a associação entre a presença de restos radiculares e a ASB por idosos em Porto Alegre(RS). Os autores encontraram que idosos cuja renda familiar era suficiente tinham uma prevalência de ASB positiva 31% maior em relação aqueles sem renda suficiente, resultado que vai ao encontro do achado do presente estudo. Estes resultados podem representar a possibilidade de gastos com a saúde, a escolha de que tipo de serviço utilizar (público ou privado) e o acesso a cuidados em saúde, partindo do pressuposto de que o nível socioeconômico pode ter efeito sobre as opções de tratamento (MARTINS et al., 2015), desde procedimentos preventivos a reabilitações mais extensas.

Ainda em relação a suficiência de renda, uma família que não possui renda suficiente para as necessidades básicas pode ficar exposta à fatores de riscos para doenças, incluindo as doenças bucais, levando em consideração que os serviços de saúde provavelmente não serão prioridades dentro do quadro das necessidades familiares, frente a precária condição socioeconômica. Este fato se torna ainda mais importante dentro do grupo etário dos idosos (LIMA-COSTA et al., 2003), sendo uma população que geralmente mantém gastos regulares com medicamentos, tratamento e exames devido à maior carga de doenças gerais (MARTINS et al., 2015). A presença de doenças, em especial as doenças crônicas, partindo do contexto atual de transição demográfica e epidemiológica, pode resultar em dificuldade de acesso físico ao sistema de saúde.

A união da condição socioeconômica precária e a dificuldade de acesso a cuidados em saúde resulta em barreiras que limitam e até mesmo inviabilizam a manutenção da saúde bucal, como por exemplo, a não possibilidade de participação em estratégias de prevenção ou não capacidade de reabilitação.

Neste estudo, a última consulta odontológica não esteve associada a ASB ruim em 2010, apenas em 2006. Estudos mostraram que a ASB é preditora da procura por atendimento odontológico (HAIKAL et al.,2011), porém a associação entre ASB e uso de serviço odontológico ainda é conflitante na literatura. Segundo FERREIRA et al. (2013), tanto a ASB ruim como boa, têm sido associadas ao aumento das chances de procura de serviços. As controvérsias não podem ser solucionadas no âmbito dos estudos transversais, dado que a consulta odontológica recente pode ter sido resultado da procura por solução de problema imediato ou pode indicar o uso regular de serviços de saúde (FERREIRA et al.,2013). CARVALHO et al (2015) encontraram que indivíduos que tiveram a última consulta odontológica há menos de um ano, apresentaram maior tendência de valores mais baixos de autopercepção de saúde bucal em relação aqueles que foram ao dentista a mais de um ano. Estudos relataram que os idosos tendem a procurar atendimento odontológico apenas em situações de dor ou desconforto (MESAS et al.,2008).

No presente estudo, idosos que visitaram o dentista a 3 anos ou mais tiveram menor prevalência de ASB ruim em relação aqueles que visitaram a menos de um ano. Uma possível hipótese para explicar o achado é de que idosos que não foram ao dentista recentemente apresentam menos problemas de saúde bucal e, consequentemente, têm um impacto menor sobre a qualidade de vida, percebendo mais positivamente a saúde bucal. Outra possível explicação decorre do fato de que idosos que utilizam prótese total procuram menos o serviço e, conforme destacado no capítulo sobre uso e necessidade de prótese, a variação da proporção de ASB é pequena entre os usuários de prótese total, diferentemente daqueles que utilizam próteses parciais. Segundo FERREIRA et al (2013), a crença de que consultas odontológicas são desnecessárias para indivíduos desdentados ainda é uma barreira para o acesso aos serviços.

O uso de serviços odontológicos estabelece uma associação com as condições clínicas do paciente. No estudo de FERREIRA et al. (2013), cujo objetivo foi avaliar os fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros, os autores encontraram que o número de dentes, a presença de cárie, a necessidade de prótese e de tratamento estavam relacionadas à utilização de serviços. O número de dentes presentes e valores de CPOD são condições clínicas investigadas em diferentes estudos sobre autopercepção de saúde bucal, sendo que a maioria dos

achados mostram que quanto menor o número de dentes presentes, mais negativa a ASB.

No presente estudo, o índice CPOD não foi incluído, entretanto, outras evidências de estudos com idosos demonstraram autopercepção mais positiva entre edêntulos do que entre dentados. Este achado pode ser explicado pela qualidade dos dentes remanescentes na boca, os quais podem estar em precárias condições (MATOS e LIMA-COSTA et al., 2006; BULGARELLI e MANÇO, 2008; MARTINS et al., 2009). Entretanto, outros estudos encontraram associações inversas e pessoas com mais dentes presentes apresentaram melhor ASB (MATTHIAS et al., 1995; ATCHISON e GIFT, 1997; GIFT et al., 1998).

Em relação ao número de dentes presentes, nota-se que os idosos mais novos (60-70 anos) apresentam um perfil bucal diferente daqueles idosos mais velhos. Deve-se levar em consideração que os grupos de idosos são de diferentes épocas, ou seja, passaram de um quadro de alta prevalência de doença cárie (SILVA et al., 2001), com tratamentos de caráter mutilador, independente da classe social, escolaridade e renda, para um contexto de prevenção e promoção de saúde com tendência de manutenção de dentes na boca.

Segundo DUTRA e SANCHEZ (2015), os idosos da atualidade trazem a herança de um modelo assistencial centrado na doença com práticas curativas e mutiladoras. O quadro atual de saúde da população idosa é precário e, em relação a saúde bucal, nota-se a grande quantidade de problemas bucais, principalmente aqueles relacionados com extração dentária, doença periodontal e uso e necessidade de próteses, sendo que este último demanda serviços reabilitadores para a população. Entretanto, o serviço protético fornecido no âmbito público ainda é recente, oriundo da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004, por meio da implementação dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária.

A presença de dentes na boca favorece a prevalência de ASB boa, mas não igualmente entre todos os indivíduos. Pessoas com maior número de dentes presentes e com maior escolaridade tendem a perceber a saúde bucal melhor, tendo menor impacto na qualidade de vida. Por outro lado, pessoas com menor nível educacional, mas com mais dentes presentes, podem perceber a saúde bucal pior em relação aqueles mais avantajados socialmente. Uma possível explicação para essa

diferença é em relação ao uso e necessidade de próteses, dado que, pessoas com melhor condição socioeconômica acessam mais o serviço de saúde, podendo realizar tratamento odontológicos de reabilitação.

A prevalência de idosos que não usam, porém necessitam de algum tipo de prótese, foi maior para prótese fixa ou removível, tanto superior quanto inferior, em relação a prótese total. A prevalência foi maior ainda entre os grupos com menor escolaridade, indicando desigualdade entre os níveis educacionais. Uma hipótese para explicar os resultados é de que idosos desdentados têm maior facilidade em acessar, do ponto de vista financeiro, a prótese total, devido ao custo. Enquanto que, idosos que apresentam dentes na cavidade bucal, ainda assim necessitam de algum tipo de prótese, como a prótese parcial removível e a prótese fixa, contudo, o acesso a este tipo de reabilitação é mais custoso, aumentando a desigualdade entre os mais e menos favorecidos socioeconomicamente.

Os achados podem explicar a maior prevalência de ASB ruim entre os grupos com menos escolaridade, pois são estes que mais necessitam de reabilitação protética parcial, porém podem possuir o menor acesso. PILLAI et al (2015) encontrou que o GOHAI foi negativamente correlacionado com a necessidade de prótese superior ($r=-0,445$) e inferior ($r=-0,460$).

A associação entre a percepção da saúde geral e da saúde bucal comprovam o papel da saúde bucal como parte integrante da saúde geral e do impacto sobre a qualidade de vida. Estudos já mostraram que a depressão é um forte preditor de autopercepção de saúde bucal negativa (SÁNCHEZ-GARCÍA et al.,2010; ANDRADE et al.,2012; ESMERIZ et al.2012). Uma possível explicação para este achado é de que indivíduos com depressão podem exagerar suas percepções do status de saúde bucal (SÁNCHEZ-GARCÍA et al.,2010). Portanto, mesmo que esta hipótese não permita uma determinação de associação causal, é importante levar em consideração a presença de depressão em estudos que avaliam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, procurando conter super ou subestimação de achados.

5.2 DESIGUALDADE SOCIAL RELACIONADA AO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Mulheres tendem a relatar mais os problemas relacionados à saúde bucal, apresentando maior prevalência de ASB ruim em relação aos homens. Na análise do capítulo anterior, referente aos fatores associados, não houve diferença entre os sexos, entretanto, quando a desigualdade social foi avaliada segundo sexo, nota-se que existe diferença. Entre as mulheres de maior escolaridade, a prevalência de ASB boa é maior em relação aquelas de menor escolaridade, existindo desigualdade absoluta e relativa, tanto em 2006 quanto em 2010.

Parece não existir um consenso definido na literatura em relação a idade, estudos mostram que indivíduos mais velhos apresentaram percepção positiva da condição de saúde bucal em relação aos mais novos, enquanto outros encontraram resultados contrários (LUCHI et al.,2013). No presente estudo, a idade não esteve associada com o desfecho, porém na análise da desigualdade, houve diferença na ASB boa, tanto absoluta quanto relativa, entre idosos.

A prevalência significativa de autopercepção de saúde bucal boa entre os idosos com dentes presentes (13-32 dentes) em relação aos edêntulos, tanto em 2006 quanto em 2010, pode ser explicada pelo fato de que pessoas com dentes presentes consideram menor o impacto negativo na qualidade de vida decorrente da saúde bucal. Entretanto, nota-se que existe desigualdade social entre o grupo de indivíduos dentados, ou seja, pessoas com maior escolaridade apresentam uma melhor autopercepção de saúde bucal em relação aos idosos com menor escolaridade, tanto em 2006 quanto em 2010. Este achado corrobora com outros já descritos na literatura, enfatizando a questão de que pessoas com maior nível de educação têm melhor acesso a procedimentos odontológicos, apresentando uma condição oral mais favorecida e, conseqüentemente, um impacto menos negativo da saúde bucal na qualidade de vida.

Os riscos para doenças, assim como a prevalência de desfechos ruins em saúde, diferem entre os grupos socioeconômicos. Segundo a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde, a razão mais óbvia para explicar as diferenças é a diferente exposição aos fatores que causam ou previnem estes desfechos. Portanto, pensando em redução nas inequidades em saúde, deve-se levar em consideração

que a exposição a fatores de risco (materiais, psicossociais e comportamentais) é inversamente relacionada a exposição social e cada grupo socioeconômico pode apresentar fatores diferentes daqueles observados para toda a população (PELLEGRINI, 2011).

É necessário conhecer as diferenças entre os grupos socioeconômicos e atuar de forma efetiva no sentido de diminuir e eliminar as diferenças. No presente estudo, nota-se uma diferença entre os grupos de acordo com a escolaridade e também com a faixa etária, portanto, se não levam em conta outros fatores relacionados a ASB, políticas de promoção e proteção da saúde da população em geral podem aumentar no lugar de diminuir as desigualdades entre os diferentes grupos, aumentando as iniquidades (PELLEGRINI, 2011).

O uso do *equiplot* para apresentar as desigualdades sociais em saúde, permite uma comunicação efetiva dos dados de equidade aos profissionais da saúde e gerentes de saúde e aos representantes políticos, assim como ao público em geral. Na perspectiva da equidade, deve-se buscar nivelar por cima (PELLEGRINI, 2011), usando como referência o grupo populacional em melhor situação e almejando que os outros grupos se aproximem dele. Portanto, as melhorias devem ser maiores entre os grupos menos favorecidos, visando eliminar o gradiente social.

Apesar da importância dos achados relacionados à desigualdade social, o uso da escolaridade como medida socioeconômica é limitado em relação a qualidade do ensino ministrado, ou seja, maior número de anos estudados pode não representar maior qualidade de estudo, podendo dificultar a comparação entre períodos com diferenças na qualidade do ensino (BOING et al., 2013).

Pode-se apontar para uma limitação no tocante ao acompanhamento dos participantes, embora o estudo SABE tenha uma baixa taxa de perdas no que diz respeito a recusas e não localização, nota-se um desafio em relação à perda de seguimento devido a óbitos, resultando em redução do tamanho da coorte durante os anos. Como o presente estudo não acompanhou individualmente cada idoso, esta limitação não gerou problemas no decorrer da análise, dado que, as novas coortes incluídas em cada ano visam suprir esta demanda.

É importante citar que informações autorreferidas são muito subjetivas e sujeitas a vieses de memória e do entrevistador, entretanto, espera-se que este último

seja minimizado, decorrente do treinamento e calibração realizados em todas as fases de coleta. Apesar da importância dos resultados encontrados no presente estudo, o delineamento transversal impede a identificação de associações causais, sendo necessárias evidências de caráter longitudinal.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado direcionado a saúde da faixa etária dos idosos ainda é escasso e vem sendo, lentamente, incorporado a formulação de políticas públicas para promoção de saúde, em especial de saúde bucal para estes indivíduos. É importante salientar que o atendimento ao paciente idoso requer ações interdisciplinares (DUTRA e SANCHEZ, 2015), visando abranger o campo físico e o psicossocial, entender o idoso com um ser pertencente a um meio social, portador de patologias decorrentes do processo natural do envelhecimento e repleto de carga emocional acumulada.

Em relação à saúde bucal, ações de educação podem ser exploradas. O empoderamento, a autopercepção e a valorização da saúde podem atuar como mecanismos de conscientização. Segundo DUTRA e SANCHEZ (2015), o edentulismo não deve ser aceito como um fenômeno normal e natural do processo do envelhecimento.

As políticas públicas e o modelo assistencial de atenção à saúde bucal do idoso devem seguir os princípios do SUS, garantindo principalmente a equidade e a integralidade. A realidade epidemiológica desta faixa etária já está bem descrita na literatura, portanto, as prioridades e estratégias de mudanças já podem ser traçadas, de acordo com cada contexto municipal e estadual.

No nível municipal, uma potencial ferramenta para diminuir as iniquidades entre os idosos é a identificação dos mesmos pelos profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, direcionando ações específicas para esse grupo populacional. Busca ativa e visitas domiciliares são potenciais estratégias para conhecer melhor os idosos de determinada região, assim como fatores de risco e possíveis estratégias de ação.

Fatores socioeconômicos estiveram associados a ASB em todos os anos do estudo SABE. A desigualdade social decorrente do nível de escolaridade relacionada a ASB foi encontrada entre idosos mais novos (60-65), entre os dentados e edêntulos, e entre as mulheres. Portanto, são necessárias ações voltadas para a população idosa baseadas na condição de saúde bucal e nas necessidades de tratamento. Conhecer a percepção dos idosos sobre sua condição bucal é essencial na elaboração de serviços que incluam ações educativas e de promoção de saúde para este grupo etário, levando em consideração que a oferta de cuidados ainda é escassa.

Programas que incluam ações de autodiagnóstico e autocuidado podem favorecer a identificação de pessoas ou populações que necessitem de intervenções preventivas e curativas. Estratégias de educação, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde bucal devem caminhar juntas, buscando reduzir desigualdades e melhorar a saúde da população.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A-Dan W, Jun-Qi L. Factors associated with the oral health-related quality of life in elderly persons in dental clinic: validation of a Mandarin Chinese version of GOHAI. *Gerodontology*. 2011;28(3):184–91.
- Aida J, Matsuyama Y, Tabuchi T, Komazaki Y, Tsuboya T, Kato T, et al. Trajectory of social inequalities in the treatment of dental caries among preschool children in Japan. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(5):407–12.
- Albernaz EP, Menezes AMB, César JA, Victora CG, Barros FC, Halpern R. Risk factors associated with hospitalization for bronchiolitis in the post-neonatal period. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(4):485–93.
- Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Norberto J, Dachs W. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971–2000) and Descriptive Content Analysis (1971–1995). *Am J Public Health*. 2003;93(12):2037–43.
- Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(5/6):333–41.
- Andrade CLT de, Szwarcwald CL, da Gama SGRN, Leal MC. Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;44–51.
- Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, de Oliveira Duarte YA, da Cruz Teixeira DS. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(10):1965–75.
- Andrade FB de, Lebrão ML, Santos JLF, Duarte YA de O. Correlates of change in self-perceived oral health among older adults in Brazil: Findings from the Health, Well-Being and Aging Study. *J Am Dent Assoc*. 2012;143:488–98.
- Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Teixeira DSDC, De Oliveira Duarte YA. Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(9):1755–60.
- Appukuttan DP, Tadepalli A, Victor DJ, Dharuman S. Oral Health Related Quality of Life among Tamil Speaking Adults Attending a Dental Institution in Chennai, Southern India. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(10):ZC114-ZC120.
- Atchinson KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990;54(11):680–7.
- Atchison KA, Gift HC. Perceived Oral Health in a Diverse Sample. *Adv Dent Res*. 1997;11(2):272–80.

Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies : an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003;13:1–13.

Bettie NF, Ramachandiran H, Anand V, Sathiamurthy A, Sekaran P. Tools for evaluating oral health and quality of life. *J Pharm Bioallied Sci*. 2015;7(2):414-19.

Bhandari B, Newton JT, Bernabé E. Social inequalities in adult oral health in 40 low- and middle-income countries. *Int Dent J*. 2016;66(5):295–303.

Boing AF, Kovalesski DF, Antunes JLF. Medidas de condições socioeconômicas em estudo epidemiológicos de saúde bucal. In: Antunes JFL e Peres MA. *Fundamentos de Odontologia – Epidemiologia da Saúde Bucal*. 2 ed. São Paulo: Santos, 2013, p.235-248.

Boing AF, Bastos JL, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2/2):102–15.

Borrell C, Mari-Dell’Olmo M, Gotsens M, Calvo M, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, et al. Socioeconomic inequalities in suicide mortality before and after the economic recession in Spain. *BMC Public Health*; 2017;17(1):772.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

Brito M da CC, Freitas CASL, Vasconcelos MIO, Dias MS de A, Santiago LMM, Gomes DF. Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica. *Rev Kairós Gerontol*. 2014;17(1):87–101.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77–93.

Bulgarelli AF, Manço ARX. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. *Cien Saúde Colet*. 2008;13(4):1165-1174.

Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1894–906.

Capurro DA, Iafolla T, Kingman A, Chattopadhyay A, Garcia I. Trends in income-related inequality in untreated caries among children in the United States: Findings from NHANES I, NHANES III, and NHANES 1999-2004. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(6):500–10.

Carvalho C, Cristina A, Ii M, Escoval A, Salvado Ii F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal *. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:1-9.

Cornejo M, Pérez G, de Lima K-C, Casals-Pedro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013;18(2):285-92.

Dable RA, Nazirkar GS, Singh SB, Wasnik PB. Assessment of Oral Health Related Quality of Life Among Completely Edentulous Patients in Western India by Using GOHAI. *J Clin Diagn Res*. 2013;7(9):2063–7.

Díaz Cárdenas S. Impacto de lesiones orales sobre la calidad de vida en pacientes adultos. *Av Odontoestomatol*. Ediciones Avances, S.L.; 2016;32(1):11–20.

Dutra CESV, Sanchez HF. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2015;179–88.

Ekanayke L, Perera I. Factors associated with perceived oral health status in older individuals. *Int Dent J*. 2005;55(1):31–7.

Ernstsen L, Strand B, Nilsen S, Espnes G, Krokstad S. Trends in absolute and relative educational inequalities in four modifiable ischaemic heart disease risk factors: repeated cross-sectional surveys from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) 1984–2008. *BMC Public Health*; 2012;12(1):266.

Esmeriz CEC, Meneghim MC, Ambrosano GMB. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*. 2012;29(2):281–9.

Ezendam NPM, Stirbu I, Leinsalu M, Lundberg O, Kalediene R, Wojtyniak B, et al. Educational inequalities in cancer mortality differ greatly between countries around the Baltic Sea. *Eur J Cancer*. 2008;44(3):454–64.

Ferreira C de O, Antunes JLF, Andrade FB de. Fatores associados a utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(3):90–7.

Fuentes-García A, Lera L, Sánchez H, Albala C. Oral health-related quality of life of older people from three South American cities. *Gerodontology*. 2013;30(1):67–75.

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 Pública*. 2013;33(6):439–45.

Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Cien Saúde Colet*. 2015;20(5):1531–40.

Galabardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):7-12.

Gift HC, Atchinson KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*. 1998;77(7): 1529-38.

Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health [editorial]. *JADA*. 2016; 147(12): 915-17.

Haikal DS, Paula AMB de, Martins AME de BL, Moreira AN, Ferreira EF e. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saúde Colet*. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 2011;16(7):3317-29.

Han DH, Khang YH. Lifecourse socioeconomic position indicators and tooth loss in Korean adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;45(1):74-83.

Harper S; Lynch J. Measuring health inequalities. In: Kauffman JS;Oakes JM. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass, 2006, p.134-168.

Hernández-Palacios RD, Ramírez-Amador V, Jarillo-Soto EC, Irigoyen-Camacho ME, Mendoza-Núñez VM. Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans. An exploratory study. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(4):997-1004.

Hosseinpoor AR, Bergen N, Kunst A, Harper S, Guthold R, Rekve D, et al. Socioeconomic inequalities in risk factors for non communicable diseases in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *BMC Public Health*. 2012;12(1):912.

Hu Y, van Lenthe FJ, Borsboom GJ, Looman CW, Bopp M, Burström B, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(7):644-52.

Kauffman JS; Oakes JM. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. Introduction: Advancing Methods in Social Epidemiology; p. 3-20.

Kaufman JS. *Epidemiologia social*. In: Rothman KJ; Greenland S; Lash TL, coordenador. *Epidemiologia Moderna*. Geraldo Serra, tradutor. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 622-641.

Klotz A-L, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Oral health-related quality of life and prosthetic status of nursing home residents with or without dementia. *Clin Interv Aging*. Dove Press. 2017;12:659-65.

Kressin NR, Atchison KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. *J Public Health Dent*. 1997;57(4):224-32.

Kressin N, Spiro A, Bosse R, Garcia R, Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study. *Med Care*. 1996, 34(5):416–27.

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(2):295-305.

Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomaki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(4):327–32.

Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O estudo SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. 255p.

Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*. 2007;4:135–40.

Leão A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health*. 1996;13(1):22–6.

Leão AT, Locker D. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. In: Antunes JFL e Peres MA. Fundamentos de Odontologia – Epidemiologia da Saúde Bucal. 2 ed. São Paulo: Santos, 2013, p.260-268.

Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:745-57.

Litwin H, Sapir E V. Perceived income adequacy among older adults in 12 countries: Findings from the survey of health, ageing, and retirement in Europe. *Gerontologist*. 2009;49(3):397–406.

Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Inequalities in self-rated oral health in adults. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):740-51.

Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med*. 1997;44(6):757–71.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med*. 2008;23(687).

Martins AME de BL, Barreto SM, Pordeus IA. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):421–35.

Martins AMEDBL, Barreto SM, Silveira MF Da, Santa-Rosa TTDA, Pereira RD. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):912–22.

Martins AB, Dalberto C da S, Hugo FN. Associação entre a presença de restos radiculares e a autopercepção de saúde bucal em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;3669–79.

Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De-Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent*. 1995; 55(4):197-204.

Matos DL, Lima-Costa MF. Autoavaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:1699-1707.

Mejia G, Armfield J, Jamieson L. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. *Aust Dent J*. 2014; 59(2):226–33.

Mesas AE, Andrade SM, Cabrera MA. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. *Gerodontology*. 2008;25(1):49-56.

McGrath C.; Rogers SN. Overview of Instruments Used to Assess Quality of Life in Dentistry. In: Preedy VR; Watson RR, editor. *Handbook of disease burdens and quality of live measures*. New York: Springer Science+Bussines Media, 2010, p.146-159.

Ministério da Saúde – Indicadores e dados Básicos - Brasil 2005 [homepage na internet]. Brasília: Rede Interagencial de Informações para a Saúde; [acesso em 15/12/2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/idb/>

Moreno-Betancur M, Latouche A, Menvielle G, Kunst AE, Rey G. Relative Index of Inequality and Slope Index of Inequality: A Structured Regression Framework for Estimation. *Epidemiology*. 2015;26(4):518–27.

Morin NM, Dye B a, Hooper TI. Influence of cigarette smoking on the overall perception of dental health among adults aged 20-79 years, United States, 1988-1994. *Public Health Rep*. 2005;120(2):124–32.

Niesten D, Witter D, Bronkhorst E, Creugers N. Oral health-related quality of life and associated factors in a care-dependent and a care-independent older population. *J Dent*. 2016;55:33–9.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015.

Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Da Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(4):348–59.

Pellegrini Filho A. Determinantes Sociais da Saúde e Determinantes Sociais das Iniquidades em Saúde: a mesma coisa? Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil; 2011 Ago 24. Disponível em: http://cmdss2011.org/site/?post_type=opinioes&p=2440&preview=true

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 Saúde Pública*. 2012;46(2):250–8.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003 Continuous improvement of oral health in the 21st century -the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva; 2003.

Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33:81–92.

Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dent Health*. 2010;27(2):257–68.

Pillai RS, Mathur VP, Jain V, Shah N, Kalra S, Kumar P, et al. Association between dental prosthesis need, nutritional status and quality of life of elderly subjects. *Qual Life Res*. 2015;24(12):2863–71.

Piuevezam G, de Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;55(1):5–11.

Puigpinós R, Borrell C, Antunes JLF, Azlor E, Pasarín MI, Serral G, et al. Trends in socioeconomic inequalities in cancer mortality in Barcelona: 1992-2003. *BMC Public Health*. 2009;9:35.

Raittio E, Vehkalahti MM, Helminen S, Suominen AL. Education-related inequality in restorative dental treatment need over 11 years in two areas of Finland. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017;1–8.

Rebelo MAB, Cardoso EM, Robinson PG, Vettore MV. Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Qual Life Res*. 2016;25(7):1735–42.

Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health*. 2014;14:106

Sánchez-García S, Heredia-Ponce E, Juárez-Cedillo T, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermúdez C, De La Fuente-Hernández J, et al. Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *J Public Health Dent*. 2010;70(4):300–7.

Silva DD da, Sousa M da LR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1251–9.

Silva DD da, Held RB de, Torres SVDS, Sousa MDLR De, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1145–53.

Silva SRC da, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(4):349–55.

Schuster AJ, Marcello-Machado RM, Bielemann AM, Nascimento GG, Pinto L de R, Del Bel Cury AA, et al. Short-term quality of life change perceived by patients after transition to mandibular overdentures. *Braz Oral Res*. 2017;31:1-9.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3–11.

Stavreva N, Guguvcevchi L, Kapusevska B. Influence of the Ethnic Affiliation, Level of Education and Place of Living on Oral Health at Geriatric Population with Total and Partial Dentures in Republic of Macedonia. *Pril*. 2015;36(3):127–34.

Swoboda J, Kiyak HA, Persson RE, Persson GR, Yamaguchi DK, MacEntee MI, et al. Predictors of oral health quality of life in older adults. *Spec Care Dentist*. 26(4):137–44.

Torsheim T, Nygren JM, Rasmussen M, Arnarsson AM, Bendtsen P, Schnohr CW, et al. Social inequalities in self-rated health: A comparative cross-national study among 32,560 Nordic adolescents. *Scand J Public Health*. 2017;1-6.

Tsakos G, Sheiham A, Iliffe S, Kharicha K, Harari D, Swift CG, et al. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci*. 2009;117(3):286–92.

Uchôa E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad. de Saúde Pública*. 2003;19(3):849-853.

Ugarte J, Abe Y, Fukuda H, Honda S, Takamura N, Kobuke Y, et al. Self-perceived oral health status and influencing factors of the elderly residents of a peri-urban area of La Paz, Bolivia. *Int Dent J [Internet]*. 2007;57(1):19–26.

Ulinski KGB, Do Nascimento MA, Lima AMC, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KBP, et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly. *Int J Dent*. 2013;2013:11–3.

Vasconcelos LCA De, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1101–10.

Veras R.; Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento. In: Almeida Filho, N.; Barreto ML, organizador. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 427-438.

Vilela EA, Martins AMEDBL, Barreto SM, Vargas AMD, Ferreira RC. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. *Braz Oral Res*. 2013;27(3):203–10.

Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. *Soc Sci Med*. 1991;33(5):545–57.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45.

World Health Organization. Glossary of terms used. WHO: 2010. Disponível em: <http://www.who.int/hia/about/glos/en/index1.html>

World Health Organization. 10 facts on health inequities and their causes. WHO:2014. Disponível em: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/

Yen Y-Y, Lee H-E, Wu Y-M, Lan S-J, Wang W-C, Du J-K, et al. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health*. 2015;15:1-12.

Zenthöfer A, Rammelsberg P, Cabrera T, Schröder J, Hassel AJ. Determinants of oral health-related quality of life of the institutionalized elderly. *Psychogeriatrics*. 2014; 14(4):247–54.

ANEXOS

1. Apêndice

1.1 Análises de sensibilidade

Tabela 15. Fatores associados à ASB entre os idosos dentados do município de São Paulo no ano de 2010. Estudo SABE.

Variável	RP (IC 95%)
Sexo (ref. Masculino)^a	1.06 (0.89;1.26)
Grupo etário (ref. 60-64 anos)^a	
65-69 anos	1.08 (0.84;1.38)
70-74 anos	1.07 (0.81;1.41)
75-79 anos	0.81 (0.56;1.17)
80 anos ou +	1.35 (1.05;1.75)
Escolaridade (ref. 0 a 3 anos)^b	
4 a 7 anos	0.89 (0.74;1.08)
8 anos ou +	0.69 (0.56;0.86)
Suficiência de renda (ref. Sim)^b	
Não	1.26 (1.04;1.52)
Autopercepção de saúde geral (ref. Boa)^c	
Ruim	1.49 (1.30;1.72)
Necessidade de prótese (ref. Sim)^d	
Não	0.69 (0.56;0.87)

^aModelo 1: sexo e idade

^bModelo 2: sexo, idade, escolaridade e suficiência de renda

^cModelo 3: sexo, idade, escolaridade, suficiência de renda e ASG

^dModelo 4: modelo 3 mais necessidade de prótese

0=ASB boa; 1=ASB ruim

Tabela 16. Fatores associados à ASB entre os idosos desdentados do município de São Paulo no ano de 2010. Estudo SABE.

Variável	RP (IC 95%)
Sexo (ref. Masculino)^a	1.12 (0.98;1.27)
Grupo etário (ref. 60-64 anos)^a	
65-69 anos	1.09 (0.88;1.35)
70-74 anos	1.13 (0.92;1.40)
75-79 anos	1.13 (0.89;1.42)
80 anos ou +	1.25 (1.02;1.53)
Raça/Cor (ref. Branco)^a	
Pardo/preto	1.22 (1.08;1.39)
Outros	0.98 (0.72;1.34)
Escolaridade (ref. 0 a 3 anos)^b	
4 a 7 anos	0.96 (0.84;1.09)
8 anos ou +	0.74 (0.63;0.87)
Suficiência de renda (ref. Sim)^b	
Não	1.28 (1.11;1.48)
Autopercepção de saúde geral (ref. Boa)^c	
Ruim	1.32 (1.17;1.50)
Depressão (Ref. Não)^c	
Sim	1.19 (1.03;1.38)
Necessidade de prótese (ref. Sim)^d	
Não	0.77 (0.68;0.87)

^aModelo 1: sexo, idade e raça

^bModelo 2: sexo, idade, raça, escolaridade e suficiência de renda

^cModelo 3: sexo, idade, raça, escolaridade, suficiência de renda, ASG e depressão

^dModelo 4: modelo 3 mais necessidade de prótese

0=ASB boa; 1=ASB ruim

Figura 14. Distribuição da autopercepção de saúde bucal (ASB) boa, segundo quartil de escolaridade e ano do estudo SABE.

1.2 Tabela da análise bivariada com o valor de p para tendência.

Tabela 17. Associação entre ASB e características demográficas, socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde, saúde geral e saúde bucal dos idosos do Município de São Paulo. Estudo SABE.

Variáveis	2000				2006				2010			
	Ruim(%)	Bom(%)	RP (IC 95%)	p*	Ruim(%)	Bom(%)	RP (IC 95%)	p*	Ruim(%)	Bom(%)	RP (IC 95%)	p*
Características demográficas												
Sexo												
Masculino	41.37	42.41	1	-	40.17	41.61	1	-	37.05	43.36	1	-
Feminino	58.63	57.59	1.02 (0.91;1.15)		59.83	58.39	1.02 (0.91;1.16)		62.95	56.64	1.13 (0.99;1.28)	
Grupo etário (anos)												
60-64 anos	37.56	34.33	1		28.80	31.59	1		32.96	38.20	1	
65-69 anos	27.50	29.58	0.92 (0.78;1.07)		29.07	28.81	1.05 (0.84;1.30)		23.95	23.09	1.09 (0.88;1.35)	
70-74 anos	18.69	19.25	0.94 (0.81;1.08)	0.313	20.79	20.77	1.04 (0.85;1.29)	0.281	18.65	17.72	1.10 (0.89;1.35)	0.119
75-79 anos	9.87	10.12	0.94 (0.81;1.09)		12.26	11.29	1.08 (0.87;1.34)		11.79	11.43	1.08 (0.87;1.36)	
80 anos ou +	6.38	6.72	0.93 (0.78;1.09)		9.08	7.54	1.13 (0.92;1.39)		12.65	9.56	1.21 (0.98;1.48)	
Raça/Cor												
Branco	72.38	73.98	1		63.38	65.30	1		56.21	64.05	1	
Pardo/preto	24.07	21.62	1.07 (0.91;1.25)	-	26.09	26.12	1.01 (0.84;1.22)	-	38.95	29.98	1.19 (1.05;1.34)	-
Outros	3.55	4.40	0.89 (0.62;1.30)		10.53	8.59	1.11 (0.89;1.38)		4.84	5.97	0.96 (0.70;1.31)	
Características socioeconômicas												
Escolaridade												
0 a 3 anos	40.01	38.38	1		43.43	37.91	1		36.38	25.39	1	
4 a 7 anos	39.23	39.64	0.97 (0.85;1.11)	0.543	41.27	36.58	0.99 (0.86;1.15)	0.005	41.47	36.77	0.91 (0.79;1.04)	<0.001
8 anos ou +	20.76	21.98	0.95 (0.79;1.13)		15.30	25.51	0.72 (0.58;0.89)		22.15	37.84	0.65 (0.54;0.79)	
Suficiência de renda												
Sim	28.44	36.57	1	-	41.14	53.00	1	-	50.57	66.85	1	-
Não	71.56	63.43	1.23 (1.08;1.39)		58.86	47.00	1.24 (1.09;1.42)		49.43	33.15	1.35 (1.17;1.56)	
Acesso aos serviços de saúde												

*Continua...

Última visita odontológica												
Menos de um ano	-	-	-	-	34.83	30.47	1		35.56	38.08	1	
De 1 a 2 anos	-	-	-	-	20.75	22.27	0.91 (0.76;1.09)	0.202	19.05	26.00	0.88 (0.72;1.08)	0.066
3 anos ou mais	-	-	-	-	44.42	47.26	0.92 (0.81;1.04)		45.39	35.92	1.14 (0.98;1.32)	
Características de saúde geral												
Autopercepção de saúde geral												
Boa	42.37	53.03	1	-	40.45	55.78	1	-	40.94	62.87	1	-
Ruim	57.63	46.97	1.26 (1.11;1.42)	-	59.55	44.22	1.33 (1.15;1.53)	-	59.06	37.13	1.50 (1.32;1.70)	-
Depressão												
Não	74.29	87.89	1	-	81.56	92.99	1	-	77.25	88.72	1	-
Sim	25.71	12.11	1.54 (1.36;1.74)	-	18.44	7.01	1.48 (1.28;1.72)	-	22.75	11.28	1.38 (1.22;1.57)	-
Características de saúde bucal												
Dentes presentes												
Desdentado	-	-	-	-	43.86	40.09	1		40.46	30.05	1	
1-12 dentes presentes	-	-	-	-	40.05	38.35	0.98 (0.86;1.11)	0.064	29.03	26.95	0.91 (0.80;1.03)	0.001
13-32 dentes presentes	-	-	-	-	16.09	21.56	0.83 (0.69;0.99)		30.51	43.00	0.74 (0.62;0.89)	
Uso de prótese**												
Sim	79.73	84.59	1	-	81.17	79.95	1	-	76.37	78.52	1	-
Não	20.27	15.41	1.18 (1.05;1.34)	-	18.83	20.05	0.96 (0.83;1.11)	-	23.63	21.48	1.06 (0.88;1.26)	-
Necessidade de prótese												
Sim	-	-	-	-	48.93	42.54	1	-	60.39	44.91	1	-
Não	-	-	-	-	51.07	57.45	0.89 (0.78;1.02)	-	39.61	55.09	0.75 (0.66;0.85)	-

1.3 Comando utilizado para calcular o SII e o RII no programa Stata:

svy: glm gohaidicINVERSO RII_escolaZ sexo2010 i.idade5c, fam(bin) link(identity)

svy: poisson gohaidicINVERSO RII_escolaZ sexo2010 i.idade5c, irr

1.4 Comando utilizado para gerar o *equiplot* no programa Stata:

*equiplot ESC1 ESC2 ESC3, over(Ano) xtitle(% ASB boa) legtitle (Escolaridade)
ysize(20) xsize(16)noyreverse*

***ESC**=proporção de pessoas com ASB boa segundo nível escolaridade (ESC 1 – 0 a 3 anos/
ESC 2 – 4 a 7 anos/ ESC 3 – 8 anos ou +)

***Ano**= 2000,2006 e 2010.

2. Ficha de exame bucal utilizada no estudo SABE

Estudo SABE – Saúde, bem-estar e envelhecimento

Exame bucal

Questionário nº _____ 15 Nome: _____

Idade em anos _____

Sexo (1) Feminino

(2) Masculino

uso de prótese necessidade de prótese

☐ sup. ☐ Inf. ☐ sup. ☐ Inf.

HETEROCLASSIFICAÇÃO RAÇA/ETNIA/COR DA PELE:

1- AMARELA () 2- BRANCA () 3- INDÍGENA () 4- PARDA () 5- PRETA () 6- OUTRA ()

CÁRIE DENTÁRIA, NECESSIDADE DE TRATAMENTO PARES OCLUSAIS

	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa																	
Raiz																	
Trat.																	

	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa																	
Raiz																	
Trat.																	
Pares oclusais																	

DOENÇA PERIODONTAL

	CPI	PIP
17/16		
11		
26/27		
37/36		
31		
46/47		

Sangramento gengival Cálculo dentário Bolsa periodontal

ALTERAÇÃO EM TEC. MOLES

- Há contato nos dentes naturais anteriores? () **0-não; 1- sim**

- Se sim, quantos?..... ()

- Se não, pode-se obtê-los ()

0- não; 1- sim

- Anote o número de dentes naturais posteriores que ocluem com dentes naturais ou prótese fixa.....()

- Anote o número de dentes naturais posteriores que ocluem com dentes artificiais de PT ou PPR..... ()

EXAMINADOR: _____

DATA ____/____/____

3. Seções do questionário que apresentam as perguntas que deram origem as variáveis utilizadas na pesquisa (os questionários completos dos anos 2000, 2006 e 2010 estão disponíveis no CD enviado).

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES PESSOAIS

HORA DE INÍCIO: ____:____:____

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr (a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

A.1a

Em que dia, mês e ano o(a) Sr(a) nasceu?

A. 01

DIA E MÊS.....
DIA MÊS

ANO.....

A.1b

Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?

A. 02

Nº DE ANOS.....

A.6

Qual a última série (e de que grau) da escola em que o Sr(a) obteve aprovação?

ANOTE A SÉRIE DO ÚLTIMO GRAU APROVADO

A.09

ÚLTIMA SÉRIE (ano escolar) CURSADA PELO (A) IDOSO(A):

Primeiro grau (ou primário + ginásio) 01 ____

Segundo grau (antigo clássico e científico) 02 ____

Técnico de nível médio (ex: técnico em contabilidade, laboratório) 04 ____

Magistério - segundo grau (antigo normal) 06 ____

Graduação (nível superior) 07 ____

Pós-graduação 08 ____

Supletivo/Madureza 09 ____

NS 988

NR 999

A.12

Qual destas opções o descreve melhor?

A. 26

BRANCO (de origem européia) 1

PARDO / MULATO / MORENO (combinação de branco e preto) . 3

PRETO 4

INDÍGENA 5

AMARELO 6

OUTRA 7
Especifique

NS 8

NR 9

SEÇÃO B - AVALIAÇÃO COGNITIVA

B.4

Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O Sr. tem alguma pergunta?

LEIA OS NOMES DOS OBJETOS DEVAGAR E DE FORMA CLARA SOMENTE UMA VEZ E ANOTE.

SE O TOTAL É DIFERENTE DE "3":

- 1) REPITA TODOS OS OBJETOS ATÉ QUE O ENTREVISTADO OS APRENDA. MÁXIMO DE REPETIÇÕES: 5 VEZES
- 2) ANOTE O NÚMERO DE REPETIÇÕES QUE TEVE QUE FAZER
- 3) NUNCA CORRIJA A PRIMEIRA PARTE
- 4) ANOTA-SE UM PONTO POR CADA OBJETO LEMBRADO E ZERO PARA OS NÃO LEMBRADOS

B. 05

	Correto	Lembrou.....1
ÁRVORE	☐	Não lembrou....0
MESA	☐	
CACHORRO	☐	
TOTAL	☐	

NÚMERO DE REPETIÇÕES:

(FALE DEVAGAR E OLHANDO DE FRENTE PARA O(A) IDOSO(A).)

B.5

Agora vou dizer alguns números e gostaria que o Sr. repetisse de trás para frente:

1 3 5 7 9

ANOTE A RESPOSTA NO ESPAÇO CORRESPONDENTE.

B. 06

RESPOSTA DO ENTREVISTADO:

9	7	5	3	1

RESPOSTA CORRETA:

ACERTOS

Número de dígitos na ordem correta:

B.6

Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas.

PASSE O PAPEL E ANOTE 1 PONTO PARA CADA AÇÃO CORRETA.

(FALE DEVAGAR E OLHANDO DE FRENTE PARA O(A) IDOSO(A).)

B. 07

AÇÃO CORRETA = 1 AÇÃO INCORRETA = 0

	CORRETO
PEGA O PAPEL COM A MÃO DIREITA.....	☐
DOBRA NA METADE COM AS DUAS MÃOS.....	☐
COLOCA O PAPEL SOBRE AS PERNAS.....	☐
TOTAL	☐

B.7

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) sr(a) repetiu as que lembrou. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra.

ANOTE 1 PONTO POR RESPOSTA CORRETA EM QUALQUER ORDEM.

B. 08

	Correto	Lembrou.....1
ÁRVORE	☐	Não lembrou....0
MESA	☐	
CACHORRO	☐	
TOTAL	☐	

B.8

Por favor, copie este desenho.

ENTREGUE AO ENTREVISTADO O DESENHO COM OS CÍRCULOS QUE SE CRUZAM. A AÇÃO ESTÁ CORRETA SE OS CÍRCULOS NÃO SE CRUZAM MAIS DO QUE A METADE. ANOTE UM PONTO SE O DESENHO ESTIVER CORRETO

B. 09

Correto

☐

TOTAL

☐

B.9 FILTRO

SOME AS RESPOSTAS CORRETAS ANOTADAS NAS PERGUNTAS B.04 A B.09 E ANOTE O TOTAL NA CASELA.

(A PONTUAÇÃO MÁXIMA É 19)

B. 10

TOTAL

☐

A SOMA É 13 OU MAIS 1 →

VÁ PARA
B.12

A SOMA É 12 OU MENOS 2

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE - GDS

AGORA PENSE NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS E DIGA COMO SE SENTIU NA MAIOR PARTE DO TEMPO NESSE PERÍODO...						
(APLICAR SOMENTE AO IDOSO)		SIM	NÃO	NS	NR	
C.21a	O(a) Sr.(a) está basicamente satisfeito com a sua vida?	C.81	1	2	8	9
C.21b	Tem diminuído ou abandonado muitos dos seus interesses ou atividades anteriores?	C.82	1	2	8	9
C.21c	Sente que sua vida está vazia?	C.83	1	2	8	9
C.21d	Tem estado aborrecido freqüentemente?	C.84	1	2	8	9
C.21e	Tem estado de bom humor a maior parte do tempo?	C.85	1	2	8	9
C.21f	Tem estado preocupado ou tem medo de que alguma coisa ruim vá lhe acontecer?	C.86	1	2	8	9
C.21g	Sente-se feliz a maior parte do tempo?	C.87	1	2	8	9
C.21h	Com freqüência se sente desamparado ou desvalido?	C.88	1	2	8	9
C.21i	Tem preferido ficar em casa em vez de sair e fazer coisas?	C.89	1	2	8	9
C.21j	Tem sentido que tem mais problemas com a memória do que outras pessoas de sua idade?	C.90	1	2	8	9
C.21k	O(a) sr(a) acredita que é maravilhoso estar vivo?	C.91	1	2	8	9
C.21l	Sente-se inútil ou desvalorizado em sua situação atual?	C.92	1	2	8	9
C.21m	Sente-se cheio de energia?	C.93	1	2	8	9
C.21n	Se sente sem esperança diante da sua situação atual?	C.94	1	2	8	9
C.21o	O(a) sr(a) acredita que as outras pessoas estão em situação melhor?	C.95	1	2	8	9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

AGORA VAMOS FALAR DA BOCA E DOS SEUS DENTES.

C.16

Falta-lhe algum dente?

C.191

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.16a

O Sr(a) consegue contar o número de dentes presentes em sua boca?

SÓ O(A) IDOSO(A) RESPONDE.

C.192

SIM 1
 QUANTOS NO ARCO SUPERIOR?
 QUANTOS NO ARCO INFERIOR?
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

C.16_1

Porque o(a) Sr(a) acha que perdeu os dentes?

SÓ O(A) IDOSO(A) RESPONDE.

C.193

.....

 NS 8
 NR 9

C.16b

Quando o(a) Sr(a) foi ao dentista pela última vez?

C.194

MENOS DE 1 ANO 1
 DE 1 A 2 ANOS 2
 3 ANOS OU MAIS 3
 NUNCA FOI AO DENTISTA 4
 NS 8
 NR 9

C.197

C.16c

Para que foi ao dentista pela última vez?

C.195

URGÊNCIA 1
 TRATAMENTO 2
 MANUTENÇÃO 3
 NS 8
 NR 9

C.16c1

Sua última consulta odontológica foi:

C.196

GRATUITA, NO SERVIÇO PÚBLICO OU SUS 1
 GRATUITA, NO SERV. SOCIAL (SINDICATO, ONG, IGREJA) 2
 PAGA, PARTE, DIRETAMENTE NO SERVIÇO SOCIAL 3
 PAGA, INDIRETAMENTE P/ PLANO SAÚDE (CONVÊNIO, COOPERATIVA, EMPRESA) 4
 PAGA, EM CONSULTÓRIO / CLÍNICA PRIVADA 5
 NS 8
 NR 9

C.16d

O(a) Sr(a) diria que sua saúde bucal é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?

SÓ O(A) IDOSO(A) RESPONDE.

C.197

MUITO BOA 2
 BOA 3
 REGULAR 4
 RUIM 6
 MUITO RUIM 7
 NS 8
 NR 9

SEÇÃO C - ESTADO DE SAÚDE

AGORA GOSTARIA QUE ME RESPONDESSE SE O QUE LHE PERGUNTO ACONTECEU SEMPRE, FREQUENTEMENTE, ALGUMAS VEZES, RARAMENTE OU NUNCA, NOS ÚLTIMOS 12 MESES.

SEMPRE: a situação ocorre nos 7 dias da semana

FREQUENTEMENTE: a situação ocorre de 3 a 6 dias por semana

ALGUMAS VEZES: a situação ocorre de 1 a 2 vezes por semana

RARAMENTE: a situação ocorre menos de 1 vez por semana mas ocorre em algumas ocasiões

NUNCA: a situação não ocorre em nenhum momento

GOHAI

NOS ÚLTIMOS 12 MESES...	Sempre	Frequen- temente	Algumas vezes	Raramente	Nunca	NS	NR
C.17 Nos últimos 12 meses, com que frequência teve que comer menos ou mudar de comida por causa dos seus dentes, pontes ou dentadura postiça? C.198	1	2	3	4	5	8	9
C.17a Quantas vezes teve problemas para mastigar comidas duras como carne ou maçã? C.199	1	2	3	4	5	8	9
C.17b Quantas vezes conseguiu engolir bem? C.200	1	2	3	4	5	8	9
C.17c Quantas vezes não conseguiu falar bem por causa dos seus dentes ou dentadura? C.201	1	2	3	4	5	8	9
C.17d Quantas vezes não conseguiu comer as coisas que queria por ter algum problema com seus dentes ou com sua dentadura? C.202	1	2	3	4	5	8	9
C.17e Quantas vezes não quis sair à rua ou falar com outras pessoas por causa de seus dentes ou da sua dentadura? C.203	1	2	3	4	5	8	9
C.17f Quando se olha no espelho, quantas vezes esteve contente com seus dentes ou dentadura? C.204	1	2	3	4	5	8	9
C.17g Quantas vezes teve que usar algum remédio para aliviar a dor de seus dentes ou os problemas na sua boca? C.205	1	2	3	4	5	8	9
C.17h Quantas vezes esteve preocupado ou se deu conta de que seus dentes ou sua dentadura não estão bem? C.206	1	2	3	4	5	8	9
C.17i Quantas vezes ficou nervoso por problemas de dentes ou da dentadura? C.207	1	2	3	4	5	8	9
C.17j Quantas vezes não comeu como queria diante de outras pessoas por causa dos seus dentes ou da dentadura? C.208	1	2	3	4	5	8	9
C.17k Quantas vezes teve dor nos dentes ou gengivas por causa de alimentos frios, quentes ou doces? C.209	1	2	3	4	5	8	9

SEÇÃO H - HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.30

O(a) Sr(a) considera que tem dinheiro suficiente para cobrir suas despesas diárias?

H. 19

SIM 1
 NÃO 2
 NS 8
 NR 9

4. CD – Questionários completos de 2000, 2006 e 2010.

5. Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESIGUALDADES NA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE IDOSOS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO ENTRE 2000 E 2010

Pesquisador: ANA ELISA RIBEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71025717.0.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.268.672

CURRÍCULO LATTES

Tatiana Natasha Toporcov

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5345064895953228>

Última atualização do currículo em 30/06/2017

Cirurgiã-dentista com doutorado em Ciências odontológicas (concentração em odontologia social) pela Faculdade de Odontologia da USP, pós doutorada em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Atualmente é Professora Doutora do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. Tem experiência na área de Epidemiologia das Doenças e Agravos Não Transmissíveis, com ênfase em Epidemiologia do Câncer, atuando principalmente nos seguintes temas: estudos descritivos, fatores de risco e qualidade de vida. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Tatiana Natasha Toporcov

Nome em citações bibliográficas TOPORCOV, T. N.; Toporcov, Tatiana Natasha; TOPORCOV, T.N.; TOPORCOV, TATIANA; TOPORCOV, TATIANA N.

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública.
Av. Dr. Arnaldo, 715
01246-904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617920
URL da Homepage: <http://www.fsp.usp.br>

Formação acadêmica/titulação

- 2006 - 2010** Doutorado em Ciências Odontológicas (Conceito CAPES 5).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
com **período sanduiche** em Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-la Mancha (Orientador: José Luis Rodriguez Martin).
Título: Hábitos Alimentares e Câncer de Boca e Orofaringe, Ano de obtenção: 2010.
Orientador: José Leopoldo Ferreira Antunes.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
Palavras-chave: câncer bucal; caso controle; epidemiologia; hábitos alimentares; fatores de risco; Revisão Sistemática.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Odontologia / Subárea: Odontologia Social e Preventiva.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
- 2000 - 2005** Graduação em Odontologia.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Pós-doutorado

- 2010 - 2013** Pós-Doutorado.
Faculdade de Saúde Pública- Universidade de São Paulo, FSP-USP, Brasil.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Medicina Preventiva.

Ana Elisa Ribeiro

Bolsista de Mestrado do CNPq

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1333413776117087>

Última atualização do currículo em 06/11/2017

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) em 2015. Atualmente é mestranda em Saúde Coletiva na Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo (USP) e bolsista CNPq. Atua como dentista e pesquisadora no projeto SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento). Possui aperfeiçoamento em Estética e Metal Free - ABO/PG. Foi extensionista no projeto PET-VIGILÂNCIA (2013-2015) e também no projeto VER-SUS/Lapa (2015). Desenvolveu pesquisas nas áreas de Saúde Coletiva, com foco em equipe multiprofissional, Farmacologia, Endodontia e Comportamento Animal, sendo aluna PIBIC/Fundação Araucária (2014) e PIBIC/UEPG (2015). Atua nos principais temas: Epidemiologia da saúde bucal, autopercepção de saúde, população idosa e determinantes sociais de saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Ana Elisa Ribeiro

Nome em citações bibliográficas RIBEIRO, A. E.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2016 Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 6).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Orientador: Tatiana Natasha Toporcov.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.

2011 - 2015 Graduação em Odontologia.
Universidade Estadual de Ponta Grossa, UEPG, Brasil.
Título: Influência da Lesão Periapical no Nível de Ansiedade - Estudo em Ratos.
Orientador: Márcia Thais Pochapski.

2008 - 2010 Ensino Médio (2º grau).
Colégio Positivo, POSITIVO, Brasil.