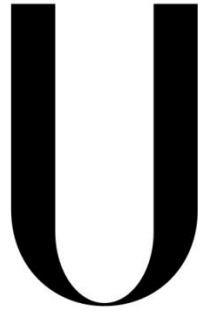


Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Determinantes de Saúde Oral
Evidência para Portugal

Filipa Inês dos Santos de Almeida

Dissertação

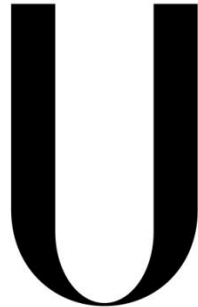
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2016



Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Determinantes de Saúde Oral
Evidência para Portugal

Filipa Inês dos Santos de Almeida

Dissertação orientada

Pela Professora Doutora Cristina Bettencourt Neves

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2016

Resumo:

Os determinantes de saúde oral são factores que influenciam indirectamente a saúde oral. O seu estudo permite aproximar os recursos da equidade aquando da elaboração de estratégias de saúde pública. Este estudo pretende investigar os determinantes de saúde oral relevantes para a população portuguesa e o seu impacto na saúde oral. Foi utilizado o Inquérito Nacional de Saúde 2014, realizado a 18204 indivíduos como amostra representativa da população portuguesa. Para caracterizar a amostra recorreu-se a variáveis de ordem sociodemográfica e aplicou-se estatística descritiva relativa às variáveis de saúde oral e de saúde geral. Aplicou-se estatística inferencial para verificar se as variáveis em causa estavam relacionadas com o teste do qui-quadrado.

Foram verificadas associações entre os indivíduos com mais de 50 anos e a escovagem inferior a duas vezes por dia e com a última ida ao médico dentista ter sido há mais de um ano; verificou-se também a frequência de escovagem ser superior no género masculino que o feminino. Dos indivíduos que não foram ao médico dentista no ano passado, 73% reside numa área medianamente ou pouco povoada e o seu nível de ensino é reduzido; menor rendimento económico foi associado a escovagem com menor frequência; dos indivíduos que vão ao MD há mais de 1 ano 56% considera a sua saúde como boa ou superior e 85% dos indivíduos que não têm assistência extra à saúde consideram que é caro ir ao médico dentista.

Os determinantes: género feminino, região urbana, idade inferior a 50, ensino secundário ou superior, pertencer ao 4º-5º quintil de rendimento e considerar a saúde como boa ou superior influenciam de forma positiva os comportamentos relativos à saúde oral. Por outro lado, verificou-se que assistência extra à saúde não foi um fator positivo para os parâmetros avaliados.

Palavras chave: determinante de saúde oral; escovagem dentária; ida ao Médico Dentista e Inquérito Nacional de Saúde 2014

Abstract

Oral health determinants are factors that indirectly cause an impact on individual's oral health. Its study allows making public health strategies in order to promote equity. The aim of this study is to investigate which oral health determinants are important to the Portuguese and their impact on oral health. Data were collected from Health National Enquiry 2014, which was conducted on 18204, representative to Portuguese population. It was used demographic variables to characterize this sample and descriptive analyses to variables of oral health and general health. Inferential statistics were used to recognize if the variables of this study were related to qui-square test.

Results indicate that there were associations with people over 50 years and brushing teeth less than twice a day and with not going to dentistry's office for over a year; men's frequency of brushing teeth is above woman's. Regarding who didn't go to the dentistry's office last year, 73% lives in rural areas and have low educational stage; lower income is associated with brushing teeth less; 56% whom considered their health as good or superior and whom with low educational stage didn't come to dentistry's office last year and 85% who didn't have insurance consider dentistry's consultations expensive.

Oral health can have a positive impact by: being a female, living in urban areas, aged less than 50, having high school or more, belonging to 4th or 5th salary's quintiles and by considering their health as good or more. On the contrary, having insurance had not a positive effect on oral health on this study.

Key words: oral health determinants; brushing teeth; dentistry's office; national health inquiry 2014

Índice:

Agradecimentos	ix
1- INTRODUÇÃO	1
1.1- Determinantes de saúde oral	1
1.2- Sistema Nacional de Saúde e a Saúde Oral	2
1.3- Inquérito Nacional de Saúde 2014	4
2- MATERIAIS E MÉTODOS	5
2.1- Amostra	5
2.2- Variáveis em estudo	5
2.2.1- Variáveis sociodemográficas	5
2.2.1.1- Idade	5
2.2.1.2- Género	5
2.2.1.3- Grau de urbanização	6
2.2.1.4- Habilitações literárias	6
2.2.1.5- Quintil de rendimento	6
2.2.2- Variáveis de saúde oral	6
2.2.2.1- Frequência de escovagem	6
2.2.2.2- Última consulta no médico dentista	7
2.2.2.3- Razão de nunca ter consultado um médico dentista	7
2.2.2.4- Razão da última consulta no médico dentista	7
2.2.2.5- Necessidade de consultas ou tratamentos médicos não satisfeitos por dificuldades financeiras	7
2.2.3- Variáveis de saúde geral	8
2.2.3.1- Autoapreciação do estado de saúde	8
2.2.3.2- Assistência extra à saúde	8
2.3- Análise estatística	8
3 – RESULTADOS	9
3.1 – Caracterização da amostra	9
3.1.1- Caracterização das variáveis sociodemográficas	9
3.1.2- Variáveis de saúde oral	10
3.1.3- Variáveis de saúde geral	11
3.2- Frequência de escovagem dentária	11
3.2.1- Frequência de escovagem dentária e variáveis sociodemográficas	11
3.2.2- Frequência de escovagem e variáveis de saúde oral	13
3.2.3- Frequência de escovagem dentária e variáveis de saúde geral	13
3.3- Última consulta com MD	14
3.3.1- Última consulta com MD e variáveis sociodemográficas	14
3.3.2- Última consulta no MD e variáveis de saúde oral	15

3.3.3- Última consulta no MD e variáveis de saúde geral	15
3.4- Razão última consulta no MD	16
3.4.1- Razão da última consulta no MD e variáveis sociodemográficas	16
3.4.2- Razão da última consulta no MD e variáveis de saúde geral	17
3.5- Razão principal por não ter ido ao MD no último ano	18
3.5.1- Razão principal por não ter ido ao MD no último ano e variáveis sociodemográficas	18
3.5.2- Razão principal por não ter ido ao MD no último ano e variáveis de saúde oral	19
3.5.3- Razão principal por não ter ido ao MD no último ano e variáveis de saúde geral	20
 4- DISCUSSÃO	 21
 5- CONCLUSÃO	 25
 6- BIBLIOGRAFIA	 26
 ANEXOS	
ANEXO I- Questões do Inquérito Nacional de Saúde 2014	II
ANEXO II- Gráfico representativo da distribuição da amostra de acordo com a região	VI
ANEXO III- Gráfico representativo da distribuição das condições perante o trabalho	VII
ANEXO IV- Tabela relativa à razão da última consulta com MD e género	VIII

Índice figuras:

Figura 1 – Distribuição da amostra por faixas etárias	9
Figura 2 – Distribuição da amostra por grupo etário	9
Figura 3 – Distribuição da amostra por grau de urbanização	9
Figura 4 – Distribuição da amostra por habilitações literárias	9
Figura 5 – Distribuição do quintil de rendimento mensal líquido por adulto	10
Figura 6 – Distribuição da amostra por frequência de escovagem dentária	10
Figura 7 – Distribuição da amostra por última consulta com MD	10
Figura 8 – Distribuição da amostra por razão da última visita com MD	10
Figura 9 – Distribuição da amostra por razão principal para nunca ter consultado ou não ter consultado um dentista no último ano	10
Figura 10 – Distribuição por necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	11
Figura 11 – Distribuição da amostra por autoapreciação do estado de saúde	11
Figura 12 – Distribuição da amostra por assistência à saúde extra	11
Figura 13 – Distribuição da amostra por frequência de escovagem consoante habilitações literárias	12
Figura 14 – Distribuição da amostra por frequência de escovagem e quintil de rendimento mensal líquido	12
Figura 15 – Distribuição da frequência de escovagem dentária e autoapreciação do estado de saúde	14
Figura 16 – Distribuição da última consulta com MD e habilitações literárias	15
Figura 17 – Distribuição da última consulta com MD e quintil de rendimento	15
Figura 18 – Distribuição da última consulta com MD e autoapreciação do estado de saúde	16
Figura 19 – Distribuição da razão última consulta no MD e habilitações literárias	17
Figura 20 – Distribuição da razão principal da última consulta com MD e quintil de rendimento	17

Figura 21– Distribuição da razão da última consulta no MD e autoapreciação do estado de saúde	17
Figura 22– Distribuição da razão principal da última consulta com MD e habilitações literárias	19
Figura 23– Distribuição da razão principal da última consulta com MD e quintil de rendimento	19
Figura 24– Distribuição da razão principal da última consulta com MD e autoapreciação do estado de saúde	20

Índice tabelas:

Tabela 1- Distribuição de Frequência de escovagem dentária por grupo etário, gênero e grau de urbanização	12
Tabela 2- Frequência de escovagem dentária e última consulta com MD e necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	13
Tabela 3- Frequência de escovagem dentária e assistência extra à saúde	13
Tabela 4- Última consulta com MD com grupo etário, gênero e grau de urbanização	14
Tabela 5- Última consulta com MD e necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	15
Tabela 6- Frequência de escovagem dentária e assistência extra à saúde	15
Tabela 7- Razão última consulta com MD com grupo etário, gênero e grau de urbanização	16
Tabela 8- Razão da última consulta com e assistência extra à saúde	17
Tabela 9- Razão última consulta com MD com grupo etário e grau de urbanização	18
Tabela 10- Razão última consulta com MD com frequência de escovagem e necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	19
Tabela 11- Razão última consulta com MD e assistência extra à saúde	20

Agradecimentos:

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Cristina Bettencourt Neves por todo o apoio, partilha de conhecimentos e boa disposição, não apenas durante o período da dissertação, mas durante os últimos 3 anos.

Em segundo lugar, e não menos importante, à minha família porque lhes devo tudo.

Vanessa Antunes e Vanessa Neves muito obrigada pela vossa incansável ajuda durante o curso, fizeram muito mais do que uma amizade pedia.

Aos meus amigos que estiveram sempre presentes e muitas alegrias me deram Cátia Sofia, Francisca Pulido Valente, Margarida Sobreira, Sofia Macedo, Pedro Miguel e aos amigos da praia. Obrigada Bernardo Santos pela tua paciência e carinho.

Aos meus colegas com quem partilhei estes três últimos anos, em especial àqueles com quem tive uma relação mais próxima tornando esta passagem mais fácil: Catarina Anastácio, Cristina Serras, Catarina Fortes, Diogo Almeida, Filipa Rodrigues, Filipe Pacheco, Ivana Basso e Pedro Padilha. Um agradecimento pela amizade e apoio da Sónia Tavares, Vera Lopes, Rita Luzia e Maria Grego Esteves. Obrigada madrinha, Sónia Ferreira, por tudo!

Ao pessoal docente FMDUL por toda a sapiência adquirida. Aos funcionários da mesma instituição pelo incansável esforço em criar condições para conseguirmos estudar da melhor forma.

Um bem-hajam a todos!

1 – INTRODUÇÃO

A reflexão sobre os determinantes de saúde é uma temática que tem vindo a ser amplamente estudada. Podem ser definidos como factores que vão indirectamente influenciar a nossa saúde (Davidson, *et al.*, 2006), e foram categorizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em três tipos: sociais e económicos, relacionados com o ambiente físico e relacionadas com o comportamento individual (WHO, 2012). Com a aplicação prática das conclusões dos estudos publicados, têm-se constatado uma diminuição das desigualdades verificadas, ocorrendo um aumento exponencial ao nível do “*stock*” de saúde e nos valores de capital humano e de produtividade. Assim, à luz dos novos conhecimentos, podem-se estudar novos métodos de prevenção relacionados com o comportamento social e individual (Krecha, 2011).

Por estas razões o entendimento do papel dos determinantes de saúde e o seu peso para a manutenção de um nível de saúde ótimo, ajuda a perceber qual a direção tomar aquando da elaboração de leis que têm em vista a universalidade e equidade da saúde (Didem, *et al.*, 2012), como é exemplo da base do objectivo do Sistema Nacional de Saúde.

1.1 - Determinantes de saúde oral

A bibliografia mostra que a presença de patologias na cavidade oral pode influenciar negativamente a saúde individual (Giacaman, *et al.*, 2014). Alguns determinantes de saúde como o rendimento, educação ou nível socioeconómico são factores que influenciam quer a saúde geral, quer a saúde ao nível da cavidade oral (Movahhed, *et al.*, 2014).

Foi considerado que o rendimento apresenta uma relação directa com a saúde oral, ou seja quanto mais elevado for o rendimento melhor será a saúde oral (Golkari, *et al.*, 2016; Pallegedara, *et al.*, 2005). Do mesmo modo que com o avançar da idade aumenta a probabilidade da frequência de dentes perdidos e a diminuição da saúde oral (Pallegedara, *et al.*, 2005). Neste contexto, existe uma forte associação entre o elevado nível educacional e as variáveis: presença de dentição funcional, menor risco de perda de peças dentárias e mais saúde dentária (Movahhed, *et al.*, 2014). Este determinante de saúde também desempenha um papel importante na ocorrência da cárie precoce na infância, onde elevados níveis de escolaridade dos pais são associados a crianças com baixa prevalência de cárie (Jain, *et al.*, 2015). A justificação poderá estar relacionada

com a influência que a mãe tem na educação da criança (amamentação, hábitos dietéticos e métodos de higiene oral), pela menor percepção da necessidade de cuidados preventivos e com a falta de literacia em saúde oral dos pais, incluindo ir menos vezes ao dentista mesmo quando o acesso é gratuito (Borrvalho, 2014; Jain, *et al.*, 2015). Por último, duma forma genérica, o facto de o indivíduo residir em áreas rurais está associado a um menor acesso aos cuidados de saúde oral e a um nível de educação e socioeconómico mais baixos (Giacaman, *et al.*, 2014). Giacaman *et al.* 2014, num estudo com crianças de 6 anos, pretendia comparar o índice de cárie dos indivíduos num âmbito rural e urbano, observou que o impacto das lesões de cárie foi inferior na população urbana (Giacaman, *et al.*, 2014). Outra possível justificação deve-se ao facto das crianças que vivem em zonas rurais despendem menos tempo com a sua higiene oral, vão menos vezes ao dentista e têm uma dieta rica em alimentos açucarados (Jain, *et al.*, 2015).

1.2 - Sistema Nacional de Saúde e a Saúde Oral

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa de 1976 cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS) com o intuito de fornecer cuidados de saúde duma forma geral/equitativa, com cobertura universal e gratuita; ou seja, criou-se uma organização cuja função primordial focou-se em prestar cuidados de saúde a quem precisa e quando precisa (Fernandes, *et al.*, 2011). Com o aumento das dificuldades económicas surgiram novos desafios ao SNS, sendo que os cuidados prestados passaram de gratuitos a tendencialmente gratuitos, em 1989, com a aplicação da Lei de Bases da Saúde, BASE XXIV. No entanto, manteve-se garantida a: “a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”, citando a Lei n.º48/90, de 24 de Agosto. Neste contexto, o SNS mede os seus resultados através das repercussões que tem na vida dos cidadãos: diminuição do absentismo, aumento da qualidade de vida e bem-estar social; factores que têm em vista uma manutenção do capital de saúde para uma maior produtividade, com ganhos significativos do país (Fernandes, *et al.*, 2011).

Apesar da ambição do SNS em ser universal, em 2013 a despesa individual em serviços, cuidados não cobertos pelo SNS ou por seguros de saúde totalizou 27% da despesa total em saúde, sendo superior à maioria dos países, sendo exemplo França (7%) ou Espanha (20%) (Crisp, *et al.*, 2014). A saúde oral é uma das áreas cuja

cobertura pública poderá ser amplamente melhorada. Actualmente, em Portugal há a possibilidade de executar consultas de medicina dentária/estomatologia nos Centros de Saúde em 27 concelhos distribuídos por 8 Regiões de Referência para a Avaliação em Saúde. Estes centros realizaram um número de actos clínicos representante a cerca de 1% do volume de consultas no sector privado, de acordo com o estudo sobre a concorrência no sector da prestação de serviços de saúde oral da Entidade Reguladora da Saúde (Saúde, 2009).

Por conseguinte de uma forma genérica, os cuidados de saúde oral em Portugal são prestados por uma rede com mais de 5 000 consultórios privados. Muito se tem discutido sobre a abertura do SNS aos cuidados de saúde oral e à integração dos médicos dentistas no SNS. Esta lacuna tem tentado ser diminuída ao longo do tempo com a criação e abertura aos utentes dos cheques dentista, aplicados no mês de Maio de 2008 (Melo, 2016). Com o intuito de resolver as desigualdades existentes na saúde oral, o actual ministro da saúde, Prof. Dr. Adalberto Campos Fernandes manifestou a sua ambição em integrar os médicos dentistas nas unidades de saúde familiar e nos centros de saúde, conforme foi noticiado no site da OMD. Assim, a saúde oral estaria integrada nos cuidados primários prestados à população portuguesa.

As desigualdades em saúde e, conseqüentemente, a inequidade em saúde é um tema que tem despertado a curiosidade de investigadores e de entidades políticas. Inclusive, em 2005, a OMS, criou a comissão social dos determinantes de saúde responsável pela análise de artigos relacionados com esta questão. Esta comissão aspira encontrar formas de se poderem criar medidas eficazes para diminuir estas desigualdades e criar objetivos e metas para serem alcançados duma forma global (WHO, 2013). Por conseguinte, o objectivo colocado para 2020, da OMS, é de reduzir para 25% as disparidades entre os grupos socioeconómicos dos países membros, através do aumento dos níveis de saúde dos mais pobres (Crombie, *et al.*, 2005).

As doenças da cavidade oral são um problema de saúde pública, devido à sua prevalência e ao seu impacto na saúde e bem-estar. Doenças prevalentes como cárie e doença periodontal, perda de peças dentárias, lesões nas mucosas e dor de causa dentária têm um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e nas actividades diárias como comer, mastigar, falar e na estética (Giaccaman, *et al.*, 2014; Leão, *et al.*, 2015; Zucoloto, *et al.*, 2016). Deste modo, importa estudar quais são os factores que

poderão potenciar o capital de saúde oral destes indivíduos de modo a diminuir as suas diferenças nos variados grupos sociais permitindo melhorar a qualidade de vida dos indivíduos, a sua participação na sociedade e produtividade económica (Federation, 2014).

1.3- Inquérito Nacional de Saúde 2014

O INS 2014 foi realizado pelo Instituto Nacional de Estatística e pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, pretendendo uma amostragem representativa dos alojamentos de todo o território nacional. O principal objectivo do INS é de caracterizar a população residente em Portugal com idade superior a 15 anos em três grandes domínios: estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde relacionados com estilos de vida. Ainda foram incluídas questões que requeriam avaliar a saúde reprodutiva, consumo de alimentos, satisfação com a vida e a incapacidade de longa duração. Deste modo, é possível comparar os dados do INS de 2014 com o anterior, INS 2005/2006 (INE, 2015).

A determinação da amostra foi auxiliada por um esquema de amostragem estratificado por regiões e multietápico, em que as unidades primárias foram selecionadas sistematicamente com probabilidade proporcional à dimensão do número de alojamentos familiares de residência principal. Os alojamentos foram escolhidos de forma aleatória e sistemática dentro das unidades da primeira etapa. Dentro dos 22 538 alojamentos selecionados apenas 1 indivíduo foi inquirido. Especificamente, as respostas do INS 2014 foram recolhidas entre Setembro e Dezembro de 2014 através de entrevistas presenciais e via internet. Foi obtido um total de 18 204 respostas válidas, o que correspondeu a uma taxa de resposta global para o território nacional de 80,8% (INE, 2015).

O presente trabalho tem como objetivo estudar os fatores de ordem sociodemográfica e comportamentais que poderão propulsionar a saúde oral, de maneira a investigar quais os determinantes de saúde oral relevantes para a população portuguesa. Pretende-se que o estudo auxilie a caracterizar a população portuguesa neste contexto, permitindo um acesso aos cuidados de saúde oral numa forma mais equitativa.

2- MATERIAIS E MÉTODOS

2.1- Amostra

A amostra do presente trabalho foi constituída pelos 18204 indivíduos que responderam ao Inquérito Nacional de Saúde 2014 (INS 2014). Recorreu-se a este por ser representativo da população portuguesa e permitir a concretização dos objectivos do presente estudo.

2.2- Variáveis em estudo

As variáveis foram agrupadas em 3 grupos de acordo com a sua natureza em variáveis sociodemográficas, de saúde oral e de saúde geral.

2.2.1- Variáveis sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas são constituídas pelas variáveis: idade, género, grau de urbanização, habilitações literárias e quintil de rendimento. Estas foram associadas com o objectivo de caracterizar a população em estudo.

2.2.1.1- Idade

A partir da questão RA4.4a (anexo I) do questionário do INS, esta variável foi transformada em faixas etárias de 5 em 5 anos desde os 15 anos até aos mais de 85 anos pelo INS. Ao realizar uma pré-avaliação das faixas etárias com as diferentes variáveis de saúde oral constatou-se que não se verificaram diferenciações em todas as faixas etárias, verificando-se uma tendência a haver alterações significativas aos 50 anos. Por esta razão, optou-se por agrupar os dados, de modo a simplificar a sua interpretação, em grupos etários formando 2 conjuntos: menos de 50 anos e mais de 50 anos. Ou seja, no presente estudo a idade foi transformada em uma variável dicotómica com as seguintes respostas: menos de 50 anos e mais de 50 anos.

2.2.1.2- Género

O género é uma variável nominal e dicotómica, feminino ou masculino, sendo obtida a partir da questão RA3 do INS (anexo I).

2.2.1.3- Grau de urbanização

De acordo com o desenho da seleção amostral do INS, foi obtida informação acerca do local de residência do indivíduo inquirido, sendo fornecida aos investigadores. A variável grau de urbanização, nominal, divide-se em: “área pouco povoada, área medianamente povoada e área densamente povoada”.

2.2.1.4- Habilitações literárias

As habilitações literárias foram recolhidas no enunciado do INS a partir da questão A14.1 (anexo I) e foram agrupadas em “pré-escolar (nenhum), básico 1º e 2º ciclo, básico 3º ciclo, secundário, pós-secundário e superior” pelo INS. No presente estudo optou-se por agregar as variáveis pós-secundário e superior para tornar mais simples a sua interpretação e devido à sua semelhança. Por conseguinte, a variável, ordinal, habilitações literárias divide-se em: pré-escolar (nenhum), básico 1º e 2º ciclo, básico 3º ciclo, secundário e pós-secundário e superior.

2.2.1.5- Quintil de rendimento

O rendimento dos indivíduos foi recolhido a partir da questão Z1a do enunciado do INS 2014 (anexo I) e organizado em quintis, constituindo uma variável ordinal, podendo assumir os seguintes níveis: “1º quintil, 2º quintil, 3º quintil, 4º quintil e 5º quintil”.

2.2.2- Variáveis de saúde oral

As variáveis frequência de escovagem dentária, última consulta no médico dentista (MD), razão de nunca ter consultado um MD, razão da última consulta com MD e necessidade de consultas ou tratamentos médicos não satisfeitos por dificuldades financeiras pretendem elucidar quanto ao capital de saúde oral dos indivíduos, pelo que foram agrupadas.

2.2.2.1- Frequência de escovagem

A questão L4.2 do INS (anexo I) de escolha múltipla poderia assumir como resposta: “todos os dias, de manhã e antes de se deitar; todos os dias, apenas de manhã; todos os dias, apenas antes de se deitar; algumas vezes por semana; menos de uma vez por semana;”. Partindo da premissa que os indivíduos que escovaram os dentes duas ou mais vezes por dia têm níveis mais elevados de saúde oral (Adair, 2006; Neamatollahi,

et al. 2011) foram construídas 2 categorias: menos do que 2 vezes por dia e mais do que 2 vezes por dia.

2.2.2.2.- Última consulta no médico dentista

Tendo por princípio que os indivíduos que realizam uma visita anual ao dentista têm mais capital de saúde oral (Bahramian, *et al.* 2015; Folayan, *et al.*, 2014; Neamatollahi, *et al.*, 2011; Onyejaka, *et al.*, 2016) recorreu-se à questão L1 do INS (anexo I). Assim, a partir das alíneas de resposta: “há menos de 6 meses; 6 a menos de 12 meses; há 12 meses ou mais, nunca; foi construída a variável dicotômica: há menos de 1 ano e há mais de 1 ano”.

2.2.2.3- Razão de nunca ter consultado um médico dentista

A razão de nunca ter consultado um MD, variável nominal, assume as seguintes categorias: porque não precisou; porque não há dentista na localidade onde mora; porque é difícil marcar uma consulta; porque é muito caro; e por outra razão. Esta foi construída a partir da questão L3a do INS (anexo I)

2.2.2.4- Razão da última consulta no médico dentista

A questão L2 do INS (anexo I) tem como possíveis respostas: “sentiu dores ou outra situação de urgência; extracção de um dente; fazer uma prótese dentária (“placa”); queria conhecer o estado de saúde da boca; faz todos os anos uma visita ao dentista; higienização (“limpeza”) da boca; aplicação de selantes de fissuras; outra razão; prefere não responder; e não sabe”. Para o presente estudo foi considerado que os indivíduos cuja última visita ao dentista foi para realizarem tratamentos não invasivos como tendo boa saúde oral (Brennan, *et al.*, 2016; Crocombe, *et al.*, 2012 e Thomson, *et al.*, 2010). Assim, as alíneas “sentiu dores ou outra situação de urgência” e “extracção de um dente” foram agrupadas e denominadas de tratamentos invasivos, por outro lado as restantes foram unidas e consideradas de tratamentos não invasivos: “fazer uma prótese dentária (“placa”); queria conhecer o estado de saúde da boca; faz todos os anos uma visita ao dentista; higienização (“limpeza”) da boca; aplicação de selantes de fissuras”. Ou seja, a variável razão da última consulta no MD é nominal e dicotômica, assumindo as categorias: tratamentos invasivos e tratamentos não invasivos.

2.2.2.5- Necessidade de consultas ou tratamentos médicos não satisfeitos por dificuldades financeiras

Para construir a variável, nominal, necessidade de consultas ou tratamentos médicos não satisfeitos por dificuldades financeiras recorreu-se à pergunta P2.2 (anexo I) do INS. Portanto, foram consideradas as respostas “precisou e não satisfez essa necessidade; precisou e satisfez essa necessidade e não houve necessidade”,

2.2.3- Variáveis de saúde geral

Este grupo de variáveis, autoapreciação do estado de saúde e assistência extra à saúde pretende recolher factores associados à saúde e ao acesso à saúde oral.

2.2.3.1 Autoapreciação do estado de saúde

A variável, nominal, autoapreciação do estado de saúde foi obtida a partir da questão B1 do INS (anexo I) podendo assumir as seguintes categorias: muito bom, bom, razoável, mau e muito mau.

2.2.3.2 Assistência extra à saúde

Para estudar se a presença de assistência extra a saúde tem impacto na saúde oral, foram consideradas e agrupadas as questões A16 (seguro saúde) e A15.1 (subsistema) do INS (anexo I). Por esta razão, na questão relativa ao seguro de saúde consideraram-se os indivíduos que tinham seguro e os que não tinham e na relativa ao subsistema consideraram-se os que tinham subsistema (ADSE, ADM, SAD/PSP, SAD/GNR, SAMS, outro) e os que não têm subsistema. Os indivíduos com assistência extra à saúde são os que: têm subsistema e seguro de saúde, têm subsistema e não têm seguro de saúde e os que têm seguro de saúde e não têm subsistema, enquanto que os que não têm assistência extra à saúde são os que não têm nem subsistema nem seguro de saúde. Desta forma, foi construída a variável assistência extra à saúde, dicotómica e nominal.

2.3- Análise estatística

O tratamento e análise estatística dos dados foi realizado com recurso ao *SPSS* e aos dados fornecidos do INS 2014. Foi efetuada a análise descritiva de todas as variáveis, calculando-se as suas frequências absolutas e relativas. Para o estudo de associação das variáveis nominais e ordinais (quartil e habilitações literárias) fez-se uso do teste paramétrico do qui-quadrado de *Pearson* com o nível de significância de 5%.

3 – RESULTADOS

3.1 – Caracterização da amostra

3.1.1- Caracterização das variáveis sociodemográficas

A amostra é constituída por 18 204 indivíduos, representativos da população portuguesa (Portugal Continental e Insular). Considerando as faixas etárias (Figura 1), importa referir que o grupo com maior percentagem de indivíduos, 18%, pertence ao intervalo de 35-44 anos. Neste contexto, ao analisar a variável construída “Grupo etário”, analisa-se que 60% da amostra tem mais do que 50 anos (Figura 2). Quanto ao género 56% são indivíduos do género feminino enquanto que 44% do género masculino.

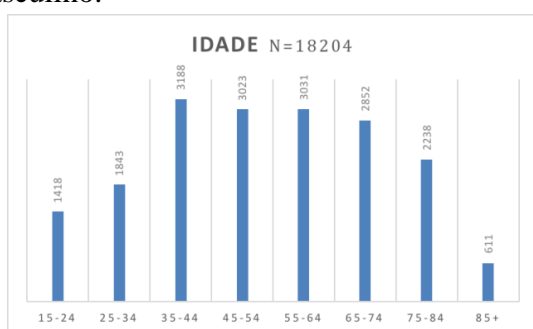


Figura 1 – Distribuição da amostra por faixas etárias.

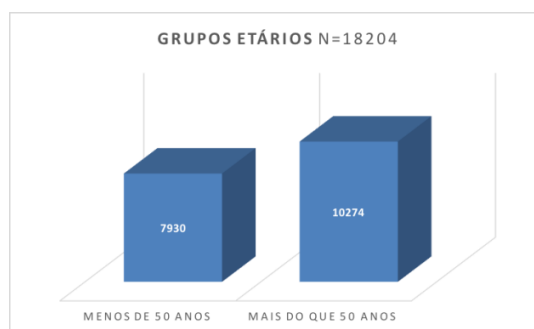


Figura 2 – Distribuição da amostra por grupo etário.

Seguidamente, avaliaremos a constituição da amostra segundo a região (Anexo II). É relevante salientar que a zona com mais indivíduos, 20% da amostra, se encontra no centro e que foi considerada a cidade de Lisboa como independente, por ter um grande número de indivíduos. Relativamente ao grau de urbanização (Figura 3) pode-se verificar 37% amostra se encontra em áreas pouco povoadas.

Considerando as habilitações literárias, 40% da amostra tem o ensino básico 1º e 2º ciclos e apenas 17% o ensino pós-secundário e superior (Figura 4). Por outro lado, considerando o quintil do rendimento mensal líquido por adulto, verifica-se que a maior percentagem se encontra no 1º quintil, mais pobre, enquanto que a menor percentagem da amostra se encontra no 5º quintil, mais rico (Figura 5).

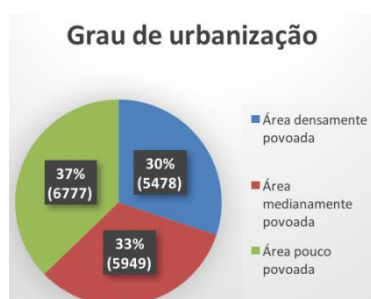


Figura 3 – Distribuição da amostra por grau de urbanização.

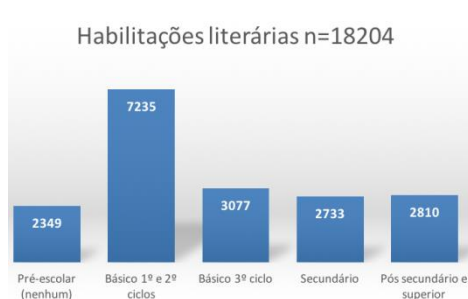


Figura 4 – Distribuição da amostra por habilitações literárias.

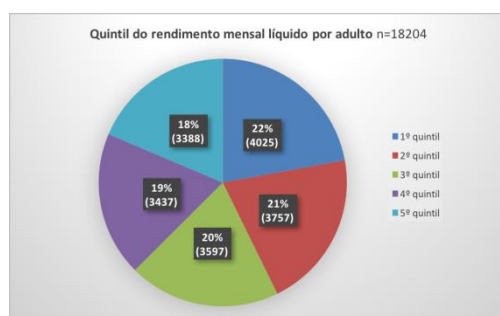


Figura 5 – Distribuição do quintil de rendimento mensal líquido por adulto.

3.1.2 - Variáveis de saúde oral

Relativamente à frequência de escovagem dentária (Figura 6), verifica-se que 66% da amostra escova os dentes mais do que 2 vezes por dia. Considerando a última consulta com MD (Figura 7), atenta-se que 56% da amostra não vai ao dentista há mais de um ano. Adicionalmente, 56% da amostra não consultou o dentista porque considera que não precisaram de cuidados de saúde oral e 31% da amostra considerara que é caro ir ao MD (Figura 8). Por outro lado, 66% dos indivíduos que foram ao MD no último ano realizaram tratamentos não invasivos (Figura 9).

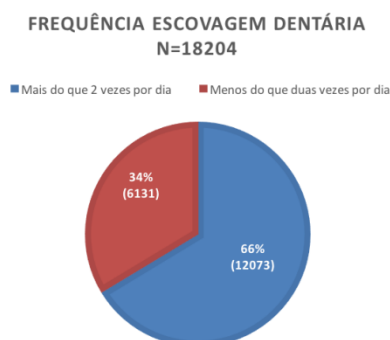


Figura 6 – Distribuição da amostra por frequência de escovagem dentária.

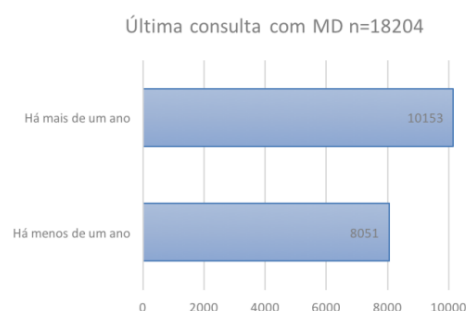


Figura 7 – Distribuição da amostra por última consulta com MD.

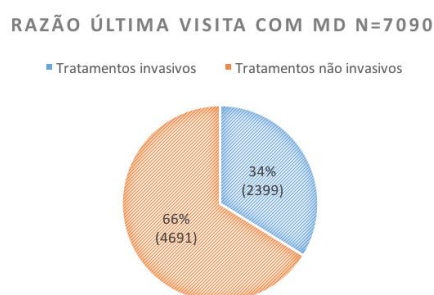


Figura 8 – Distribuição da amostra por razão da última visita com MD.

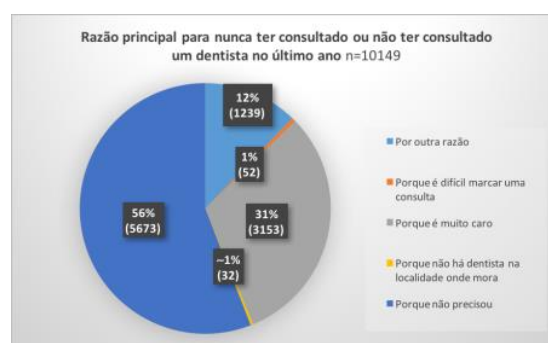


Figura 9 – Distribuição da amostra por razão principal para nunca ter consultado ou não ter consultado um dentista no último ano.

Por fim, relativamente à necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses (Figura 10), 42% não sentiu necessidade em ir ao MD e por outro lado, 21% precisou e não satisfez essa necessidade.

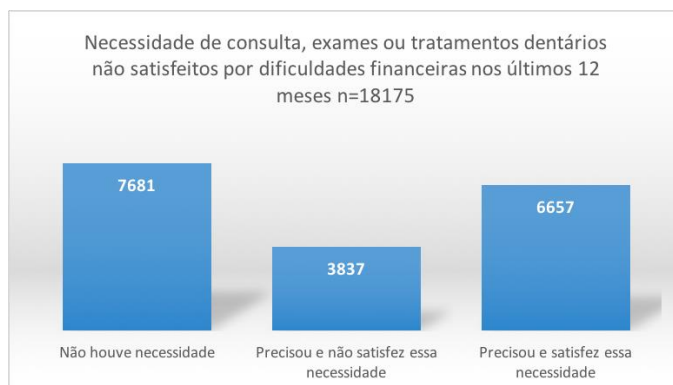


Figura 10 – Distribuição por necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses.

3.1.3-Variáveis de saúde geral

Analisando a autoapreciação do estado de saúde, importa salientar que 39% considera a sua saúde como razoável e apenas 16% considera má ou muito má (Figura 11). Por fim, quanto à assistência extra à saúde 69% da amostra negou ter seguro de saúde ou subsistema de saúde (Figura 11).

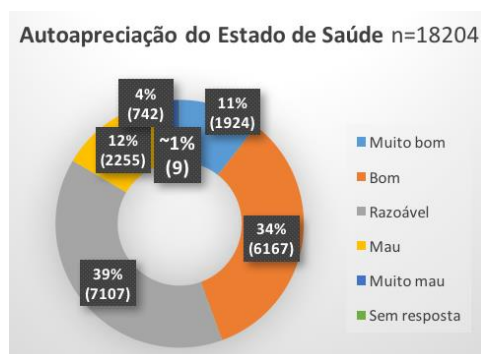


Figura 11 – Distribuição da amostra por autoapreciação do estado de saúde.

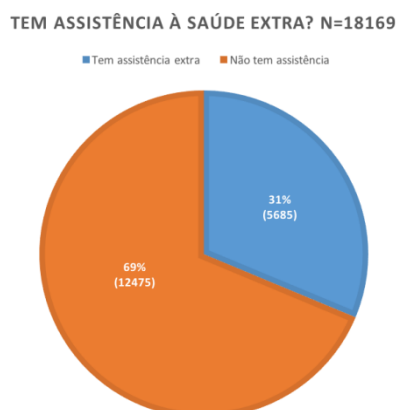


Figura 12 – Distribuição da amostra por assistência à saúde extra.

3.2- Frequência de escovagem dentária

3.2.1- Frequência de escovagem dentária e variáveis sociodemográficas

Verificou-se uma tendência para os indivíduos com mais de 50 anos escovarem menos os dentes ($p < 0,001$). O contrário também se analisa pois os indivíduos que

escovam os dentes mais do que 2 vezes por dia têm menos do que 50 anos (tabela 1). Considerando o género verificou-se uma tendência para os homens escovarem os dentes com menor frequência que as mulheres ($p<0,001$) (Tabela 1). Relativamente à frequência de escovagem e ao grau de urbanização verificam-se diferenças ao considerar que existe um gradiente entre os indivíduos que escovam os dentes menos do que 2 vezes por dia e a diminuição da urbanização, sendo indicativo de que se escova menos os dentes nas zonas rurais, ($p<0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição de Frequência de escovagem dentária por grupo etário, género e grau de urbanização

		Frequência escovagem dentária		Qui-quadrado de Pearson
		Mais do que 2 vezes por dia	Menos do que 2 vezes por dia	
Grupo etário	Menos do que 50 anos	51,0% (6156)	28,9% (1774)	0,000
	Mais do que 50 anos	49,0% (5917)	71,1% (4357)	
	Total	100% (12073)	100% (6131)	
Género	Masculino	38,4% (4641)	53,9% (3303)	0,000
	Feminino	61,6% (7432)	46,1% (2828)	
	Total	100% (12073)	100% (6131)	
Grau de urbanização	Área densamente povoada	33,5 % (4049)	23,3% (1429)	0,000
	Área medianamente povoada	34,5% (4167)	29,1% (1782)	
	Área pouco povoada	32,0% (3857)	47,6% (2920)	
	Total	100% (12073)	100% (6131)	

Seguidamente, avaliando o nível de habilitações literárias dos indivíduos que escovam os dentes menos do que 2 vezes por dia 89% pertencem aos grupos do ensino pré-escolar e básico 1º-3º ciclo. Foi verificada uma tendência em que quanto superior for a habilitação literária mais provável é os indivíduos escovarem os dentes 2 vezes ou mais vezes por dia ($p<0,001$) (Figura 13). Tendo por base os quintis de rendimento mensal líquido por adulto, considera-se que quanto mais elevado é o rendimento, mais provável é o indivíduo escovar os dentes 2 ou mais vezes por dia ($p<0,000$). O inverso também é relevante, sendo que quando se considera os indivíduos que escovam os dentes menos do que duas vezes por dia, 56% pertencem aos 1º e 2º quintis (Figura 14).

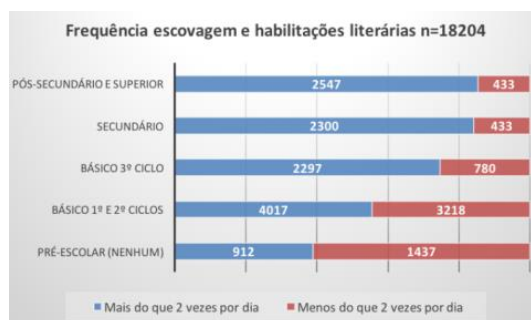


Figura 13 – Distribuição da amostra por frequência de escovagem consoante habilitações literárias.

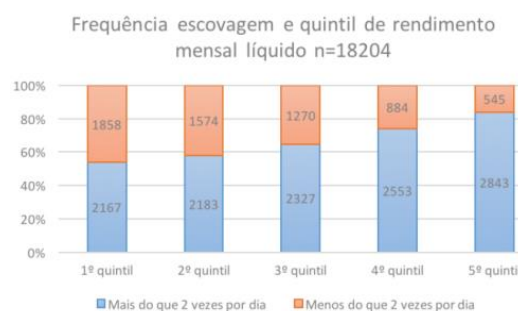


Figura 14 – Distribuição da amostra por frequência de escovagem e quintil de rendimento mensal líquido.

3.2.2- Frequência de escovagem e variáveis de saúde oral

Na análise entre a frequência de escovagem e a última consulta com MD, foi verificada uma associação em que os indivíduos que foram ao MD há menos de um ano, escovam os dentes mais do que duas vezes por dia ($p < 0,001$). Ainda, do total dos indivíduos que escovam os dentes menos do que 2 vezes por dia, 72% foram ao dentista há mais de um ano (Tabela 2). Tendo por base a necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses, dos que escovaram menos de duas vezes por dia, 51% não sentiram a necessidade de ir ao MD (Tabela 2).

Tabela 2- Frequência de escovagem dentária e última consulta com MD e necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses

		Frequência escovagem dentária		Qui-quadrado de Pearson
		Mais do que 2 vezes por dia	Menos do que 2 vezes por dia	
Última consulta com MD	Há menos de um ano	51,0% (6156)	28,9% (1774)	0,000
	Há mais de um ano	49,0% (5917)	71,1% (4357)	
	Total	100% (12073)	100% (6131)	
Necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	Precisou e não satisfaz essa necessidade	19,4% (2333)	24,5% (1504)	0,000
	Precisou e satisfaz essa necessidade	43,0% (5185)	24,1% (1472)	
	Não houve essa necessidade	37,6% (4535)	51,4% (3146)	
	Total	100% (12053)	100% (6122)	

3.2.3- Frequência de escovagem dentária e variáveis de saúde geral

Demonstrou-se que ter seguro ou subsistema de saúde não influencia a escovagem dentária uma vez que as frequências relativas são sempre superiores no grupo que não tem assistência extra, sendo 82% para os indivíduos que escovam os dentes menos do que 2 vezes por dia (Tabela 3).

Tabela 3- Frequência de escovagem dentária e assistência extra à saúde

Tem assistência extra à saúde?	Frequência de escovagem dentária		Qui-quadrado de Pearson
	Mais do que 2 vezes por dia	Menos do que 2 vezes por dia	
Tem assistência extra	38,1% (4591)	17,9% (1094)	0,346
Não tem assistência extra	61,9% (7444)	82,1% (5031)	
Total	100% (12073)	100% (6131)	

Finalmente, atendendo aos indivíduos que escovam menos do que 2 vezes por dia 80% consideram a sua saúde como sendo razoável ou inferior (Figura 15).

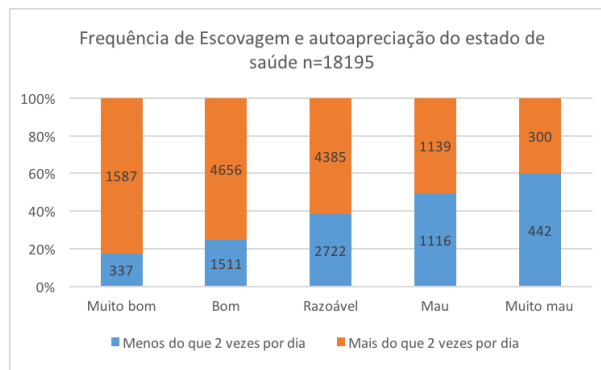


Figura 15 – Distribuição da frequência de escovagem dentária e autoapreciação do estado de saúde

3.3- Última consulta com MD

3.3.1- Última consulta com MD e variáveis sociodemográficas

Existe uma tendência para os indivíduos com idade superior a 50 anos não irem ao MD há mais de 1 ano, mais frequentemente quando comparado aos indivíduos com menos de 50 anos ($p < 0,001$) (Tabela 4). Quanto ao gênero verifica-se que as mulheres vão há menos tempo ao dentista ($p < 0,001$) (Tabela 4). Por último, observa-se que 73% dos indivíduos que foram ao MD há mais de um ano residem numa área pouco povoada ou medianamente povoada (Tabela 4).

		Última consulta com MD		Qui-quadrado de Pearson
		Há mais de um ano	Há menos de um ano	
Grupo etário	Menos do que 50 anos	55,9% (4503)	33,8% (3427)	0,000
	Mais do que 50 anos	44,1% (3548)	66,2% (6726)	
	Total	100% (8051)	100% (10153)	
Gênero	Masculino	41,7% (3359)	45,2% (4585)	0,000
	Feminino	58,3% (4692)	54,8% (5568)	
	Total	100% (8051)	100% (10153)	
Grau de urbanização	Área densamente povoada	34,1% (2743)	26,9% (2735)	0,000
	Área medianamente povoada	34,2% (2754)	31,5% (3195)	
	Área pouco povoada	31,7% (2554)	41,6% (4223)	
	Total	100% (8051)	100% (10153)	

Verificou-se uma tendência para os indivíduos que não foram ao MD no último ano terem níveis de ensino inferiores ($p < 0,001$) (Figura 16). Quanto ao quintil de rendimento analisou-se que os indivíduos que vão ao dentista há menos de um ano, 50% pertencem aos 4º e 5º quintis (Figura 17).

ÚLTIMA CONSULTA COM MD E HABILITAÇÕES LITERÁRIAS N=18204

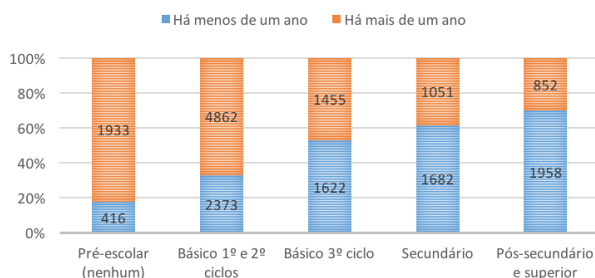


Figura 16 – Distribuição da última consulta com MD e habilitações literárias.

ÚLTIMA CONSULTA COM MD E QUINTIL DE RENDIMENTO MENSAL LÍQUIDO POR ADULTO N=18204

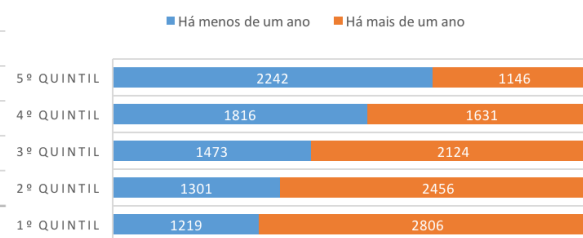


Figura 17 – Distribuição da última consulta com MD e quintil de rendimento.

3.3.2- Última consulta no MD e variáveis de saúde oral

Relacionando a última consulta no MD com a necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses, verificou-se que 66% dos indivíduos que não sentiram necessidade em ir ao MD não vão ao dentista há mais de 1 ano, demonstrando que a maioria dos indivíduos que não vai ao MD não sente essa necessidade (Tabela 5).

Tabela 5- Última consulta com MD e necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses

Necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	Última consulta com MD		Qui-quadrado de Pearson
	Há mais de um ano	Há menos de um ano	
Precisou e não satisfaz essa necessidade	12,6% (1015)	27,8% (2822)	0,000
Precisou e satisfaz essa necessidade	74,5% (5989)	6,6% (668)	
Não houve essa necessidade	12,9% (1031)	65,6% (6650)	
Total	100% (8035)	100%(10140)	

3.3.3- Última consulta no MD e variáveis de saúde geral

Considerando a autoapreciação do estado de saúde, 56% da amostra que vai ao MD há menos de 1 ano considera a sua saúde como boa ou muito boa (Figura 18). Por outro lado, quem vai há mais de um ano ao dentista, 79% não tem assistência extra, verificando-se que ter assistência à saúde não influencia positivamente a ida ao MD (Tabela 6).

Tabela 6- Frequência de escovagem dentária e assistência extra à saúde

Tem assistência extra à saúde?	Última consulta com MD		Qui-quadrado de Pearson
	Há mais de um ano	Há menos de um ano	
Tem assistência extra	43,9% (3519)	21,4% (2166)	0,000
Não tem assistência extra	56,1% (4503)	78,6% (7972)	
Total	100% (8022)	100% (10138)	

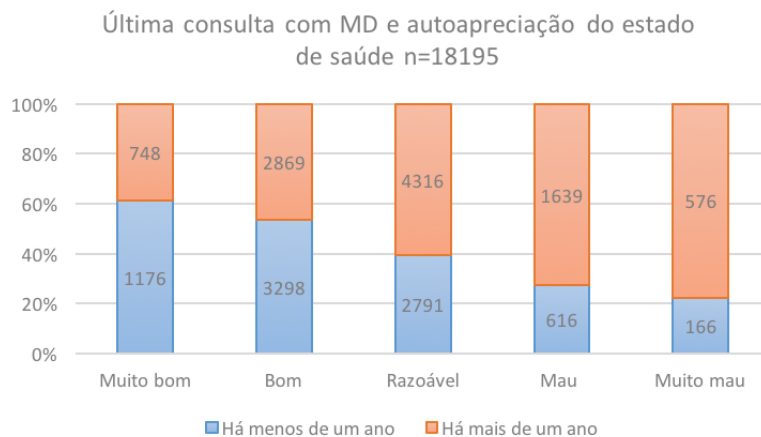


Figura 18– Distribuição da última consulta com MD e autoapreciação do estado de saúde.

3.4- Razão última consulta no MD

3.4.1- Razão da última consulta no MD e variáveis sociodemográficas

Relativamente à idade verificou-se que os indivíduos com menos de 50 anos vão ao MD maioritariamente por prevenção ($p < 0,001$) (Tabela 7). Não foi verificada uma associação entre o género e a razão da última consulta (Tabela 7). Seguidamente, nas áreas pouco povoadas, verifica-se uma tendência para os indivíduos procurarem o profissional de saúde oral aquando de dor e para realizar tratamentos invasivos ($p < 0,001$). Por outro lado, existe uma associação entre as áreas densamente povoadas e a realização de tratamentos não invasivos no MD ($p < 0,001$) (Tabela 7).

Tabela 7- Razão última consulta com MD com grupo etário, género e grau de urbanização				
		Razão última consulta com MD		Qui-quadrado de Pearson
		Realizar tratamentos invasivos	Realizar tratamentos não invasivos	
Grupo etário	Menos do que 50 anos	48,0% (1151)	58,8% (2756)	0,000
	Mais do que 50 anos	52,0% (1248)	41,2% (1935)	
	Total	100% (2399)	100% (4691)	
Género	Masculino	41,6% (999)	42,4% (1990)	0,530
	Feminino	58,4% (1400)	57,6% (2701)	
	Total	100% (2399)	100% (4691)	
Grau de urbanização	Área densamente povoada	31,8% (763)	35,1% (1646)	0,000
	Área medianamente povoada	33,9% (814)	34,3% (1609)	
	Área pouco povoada	34,3% (822)	30,6% (1436)	
	Total	100% (2399)	100% (4691)	

As variáveis habilitações literárias e razão da última consulta com MD estão associadas ($p < 0,001$), em que quanto superior for o grau académico mais frequentemente os indivíduos procuram o MD por prevenção (Figura 19). Considerando o quintil do rendimento mensal líquido por adulto, existe uma tendência para quanto

menor for o quintil maior a probabilidade dos indivíduos terem consultado o MD numa situação de urgência ou para realizar extrações ($p < 0,001$) (Figura 20).

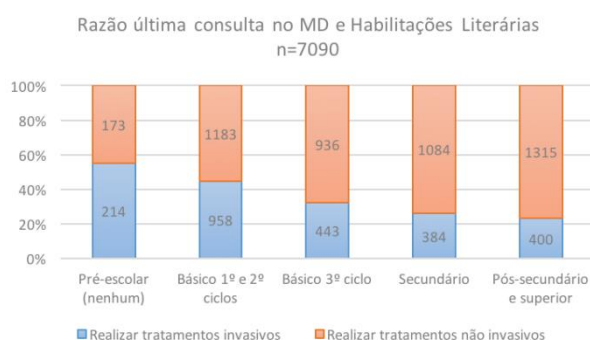


Figura 19 – Distribuição da razão última consulta no MD e habilitações literárias.

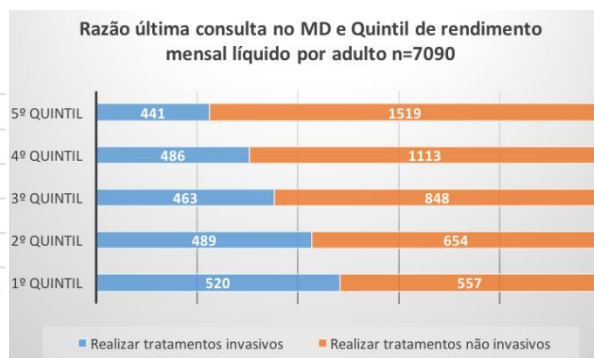


Figura 20 – Distribuição da razão principal da última consulta com MD e quintil de rendimento.

3.4.2- Razão da última consulta no MD e variáveis de saúde geral

Analisando a autoapreciação do estado de saúde, 61% dos indivíduos que foram ao MD no último ano realizar tratamentos não invasivos consideram a sua saúde como boa ou muito boa, demonstrando uma tendência entre a realização de tratamentos preventivos e a percepção positiva da sua saúde ($p < 0,001$) (Figura 21). Por fim, considerando a assistência extra à saúde, 67% sem assistência extra foi ao MD realizar tratamentos invasivos (Tabela 8).

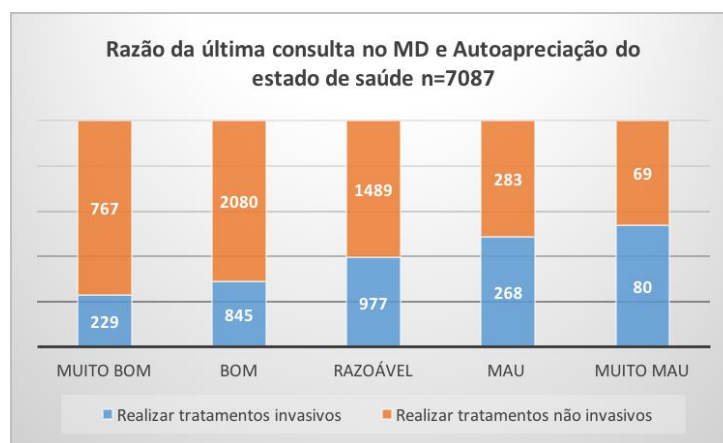


Figura 21 – Distribuição da razão da última consulta no MD e autoapreciação do estado de saúde.

Tem assistência extra à saúde?	Razão última consulta com MD		Qui-quadrado de Pearson
	Realizar tratamentos invasivos	Realizar tratamentos não invasivos	
Tem assistência extra	32,7% (782)	48,7% (2275)	0,000
Não tem assistência extra	67,3% (1612)	51,3% (2396)	
Total	100% (2394)	100% (4671)	

3.5- Razão principal por não ter ido ao MD no último ano

3.5.1- Razão principal por não ter ido ao MD no último ano e variáveis sociodemográficas

Relacionando a razão principal de não ter ido ao MD no último ano e os indivíduos com mais de 50 anos, verificou-se que 91% dos indivíduos com mais de 50 anos consideraram que não há MD na localidade onde moram, (Tabela 9). Quanto ao género, apenas na resposta é difícil marcar consulta é que os homens, obtiveram maior frequência que as mulheres (anexo IV). Considerando o grau de urbanização, verifica-se uma tendência crescente ($p < 0,001$) da área densamente povoada para área pouco povoada quando apontadas questões monetárias (Tabela 9).

Tabela 9- Razão última consulta com MD com grupo etário e grau de urbanização							
		Razão última consulta com MD					Qui-quadrado de Pearson
		Porque não precisou	Porque não há MD na localidade onde mora	Difícil marcar uma consulta	Porque é caro	Outra razão	
Grupo etário	Menos do que 50 anos	31,5% (1786)	9,4% (3)	46,2% (24)	38,7% (1221)	31,6% (392)	0,000
	Mais do que 50 anos	68,5% (3887)	90,6% (29)	53,8% (28)	61,3% (1932)	68,4% (847)	
	Total	100% (5673)	100% (32)	100% (52)	100% (3153)	100% (1239)	
Grau de urbanização	Área densamente povoada	27,1% (1537)	21,9% (7)	38,5% (20)	26,7% (841)	26,6% (329)	0,033
	Área medianamente povoada	30,7% (1743)	12,5% (4)	28,8% (15)	32,8% (1036)	31,8% (395)	
	Área pouco povoada	42,2% (2393)	65,6% (21)	32,7% (17)	40,5% (1276)	41,6% (515)	
	Total	100% (5673)	100% (32)	100% (52)	100% (3153)	100% (1239)	

Em relação ao nível de habilitações literárias, 66% dos indivíduos com o ensino pré-escolar e básico 1º e 2º ciclo não foram ao MD no último ano porque não precisaram e 70% não foram por questões económicas (Figura 22). Foi analisada uma tendência ($p < 0,001$) indicativa de que quanto menor o rendimento, maior probabilidade dos indivíduos considerarem que é caro ir ao dentista (Figura 23).

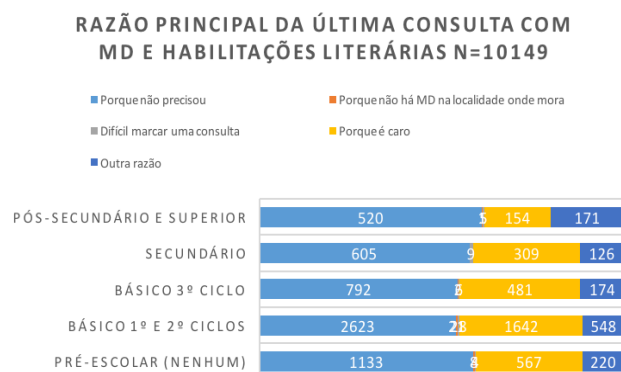


Figura 22– Distribuição da razão principal da última consulta com MD e habilitações literárias.

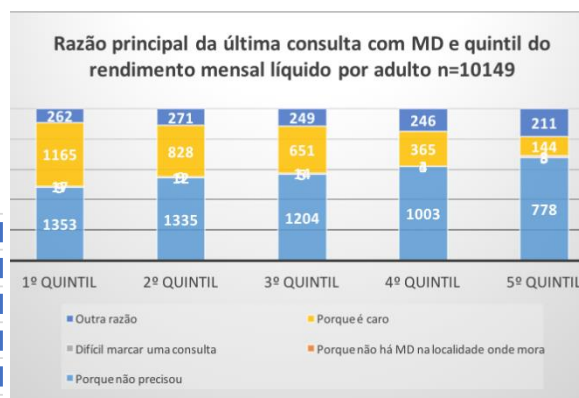


Figura 23– Distribuição da razão principal da última consulta com MD e quintil de rendimento.

3.5.2- Razão principal por não ter ido ao MD no último ano e variáveis de saúde oral

Quanto à frequência de escovagem, 58% dos indivíduos que escovam os dentes mais do que 2 vezes por dia, não foram ao MD no último ano porque não precisaram (Tabela 10). Na variável necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras, nos últimos 12 meses, 89% que não sentiram necessidade não foram ao MD no último ano porque não precisaram, demonstrando que os indivíduos não sentem necessidade em ir ao MD (Tabela 10).

Tabela 10- Razão última consulta com MD com frequência de escovagem e necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses

		Razão última consulta com MD				
		Porque não precisou	Porque não há MD na localidade onde mora	Difícil marcar uma consulta	Porque é caro	Outra razão
Frequência escovagem dentária	Mais do que 2 vezes por dia	58,3% (3306)	46,9% (15)	53,8% (28)	55,3% (1743)	50,2% (622)
	Menos do que 2 vezes por dia	41,7% (2367)	53,1% (17)	46,2% (24)	44,7% (1410)	49,8% (617)
Total		100% (5673)	100% (32)	100% (52)	100% (3153)	100% (1239)

Qui-quadrado de Pearson 0,000 (Frequência escovagem dentária e razão da última consulta com MD)

Necessidade de consulta, exames ou tratamentos dentários não satisfeitos por dificuldades financeiras nos últimos 12 meses	Precisou e não satisfaz essa necessidade	3,5% (195)	28,1% (9)	51,9% (27)	77,4% (2437)	12,4% (154)
	Precisou e satisfaz essa necessidade	7,6% (432)	6,3% (2)	13,5% (7)	4,1% (129)	7,9% (98)
	Não houve essa necessidade	88,9% (5042)	65,6% (21)	34,6% (18)	18,5% (583)	79,6% (984)
	Total	100% (5669)	100% (32)	100% (52)	100% (3149)	100% (1236)

Qui-quadrado de Pearson 0,000 (Frequência escovagem dentária e razão da última consulta com MD)

3.5.3- Razão principal por não ter ido ao MD no último ano e variáveis de saúde geral

Tendo em consideração a autoapreciação do estado de saúde 50% dos indivíduos que consideram a sua saúde má ou muito má não foram ao MD no último ano uma vez que não há MD na localidade onde residem (Figura 24). Por fim, analisando a assistência à saúde extra, dentro do grupo que não tem assistência 72% não foram ao MD porque não precisaram e 85% porque é caro (Tabela 11).

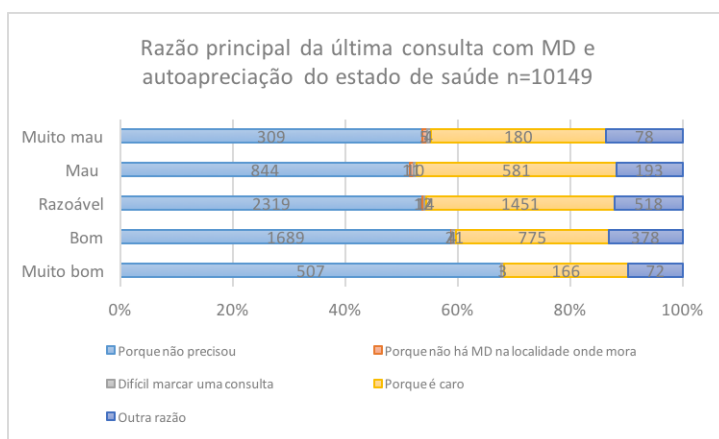


Figura 24– Distribuição da razão principal da última consulta com MD e autoapreciação do estado de saúde.

		Razão última consulta com MD				
		Porque não precisou	Porque não há MD na localidade onde mora	Difícil marcar uma consulta	Porque é caro	Outra razão
Tem assistência à saúde extra?	Tem assistência extra	22,8% (1292)	28,1% (9)	19,6% (10)	14,7% (463)	31,5% (390)
	Não tem assistência extra	77,2% (4371)	71,9% (23)	80,4% (41)	85,3% (2687)	68,5% (848)
	Total	100% (5673)	100% (32)	100% (52)	100% (3153)	100% (1239)

Qui-quadrado de Pearson 0,000 (Assistência extra e razão da última consulta com MD)

4. DISCUSSÃO

De acordo com os dados do presente estudo, poderá analisar-se que 34% do total da amostra foi ao MD para realizar tratamentos invasivos e que a razão principal por não terem ido ao MD no último ano deveu-se a não sentirem essa necessidade. Contrariamente, verificaram-se valores diferentes no barómetro da saúde oral de 2014 publicado pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), em que 37% afirmaram não ir ao MD no último ano por questões económicas, sendo a principal razão. (OMD, 2014).

Tendo em consideração a idade como determinante de saúde oral, num estudo realizado em Portugal de Ribeiro *et al.* 2012, concluiu que 23% dos idosos foram ao MD há menos de um ano e dos que foram deveu-se a dor (Ribeiro, *et al.*, 2012). A bibliografia refere que a causa da última consulta em idosos se relaciona maioritariamente com tratamentos invasivos (Calado, *et al.*, 2015). A causa, da maior frequência de escovagem nos mais jovens, poderá relacionar-se com o conhecimento que é mais frequentemente disseminado nas escolas provocando um desequilíbrio nas populações mais idosas (Asgari, 2015). O presente estudo está de acordo com os exemplos descritos uma vez que no grupo dos indivíduos com mais de 50 anos, 71% dos indivíduos que escovam menos do que 2 vezes por dia, 66% não foram ao MD no último ano e 52% realizaram tratamentos invasivos na última consulta com MD, demonstrando que os jovens têm mais saúde oral.

Múltiplos estudos apontam que o género feminino tem mais cuidado com a saúde oral, comparativamente ao masculino (Asgari, 2015; Neamatollahi, *et al.*, 2011; Peltzer, 2014). Em Portugal o estudo de Pereira *et al.* 2013, concluiu que a frequência de escovagem é 24% superior no género feminino e que este foi mais ao dentista no último ano (Pereira, *et al.*, 2013). Efectivamente, o presente estudo verificou que dentro do grupo dos indivíduos que escovam os dentes mais do que 2 vezes por dia 62% eram do género feminino e as mulheres foram ao MD no último ano mais frequentemente, que os homens. Várias causas são referidas pela bibliografia para estas diferenças, podendo dever-se a diferenças na relação médico-paciente, adotam mais facilmente comportamentos em função da promoção da saúde oral, têm mais conhecimentos sobre saúde oral e preocupam-se mais com a sua aparência (Asgari, 2015; Kateeb, 2010; Neamatollahi, *et al.*, 2011).

O grau de urbanização é um conhecido determinante de saúde, duma forma genérica considera-se que nos locais urbanizados existe um maior capital de saúde oral, causado por melhor acesso aos cuidados de saúde oral, habilitações literárias superiores, maior disseminação da informação e a população é mais jovem. Assim, concluiu-se que os indivíduos que escovam os dentes menos do que 2 vezes por dia e não há mais de um ano ao MD residem em áreas rurais, estando em concordância outro estudo português. Neste estudo foi verificado que se escovam os dentes duas ou mais vezes por dia com maior frequência nas áreas urbanas (Calado, *et al.*, 2015). Estes últimos dados também afirmam que a informação e os hábitos em prol duma boa higiene oral, e consequentemente dum bom nível de saúde oral, estão mais enraizados nas áreas urbanas.

Quanto à escolaridade foi analisado que os indivíduos que escovam os dentes menos do que 2 vezes por dia, 89% têm o ensino pré-escolar ou básico e 67% que não foram ao MD no último ano têm o ensino pré-escolar ou 1º e 2º ciclos. Por outro lado, no grupo dos tratamentos não invasivos, 51% pertencem ao ensino secundário e superior. De forma genérica a bibliografia corrobora os dados obtidos, sendo que no estudo de Ribeiro *et al.* 2012, foi verificada uma associação estatisticamente significativa entre a menor frequência de escovagem e a baixa escolaridade, e que os indivíduos com escolaridade mais baixa relataram uma menor necessidade em realizar tratamentos dentários (Calado, *et al.*, 2015; Ribeiro, *et al.*, 2012). Assim, a baixa escolaridade está associada a rendimentos inferiores que turvam a perceção da necessidade de consulta de medicina dentária levando a um menor capital de saúde oral (Ribeiro, *et al.*, 2012). Por fim, a escolaridade e os conhecimentos adquiridos na vida escolar são fundamentais para a capacidade de adquirir novos conhecimentos de saúde oral e para saber interpretar as mensagens que os profissionais de saúde oral pretendem transmitir à população.

Neste contexto, consideremos o quintil de rendimento em que no presente estudo se pode constatar que 56% dos indivíduos que escovam os dentes menos que 2 vezes por dia pertenciam aos 1º e 2º quintis, que 50% dos indivíduos que foram ao MD no último ano pertenciam aos 4º e 5º quintis e que 66% dos indivíduos dos 1º e 2º quintis não foram ao dentista porque não há na localidade onde residem. Peltzer *et al.* 2014 ao estudar os determinantes de saúde oral em estudantes universitários de 26 países diferentes verificaram que o rendimento influencia negativamente a frequência de escovagem e a data da última visita ao MD, por não terem capacidades económicas

(Peltzer, 2014). Em suma, quando o rendimento socioeconómico é baixo, é indicativo duma má saúde oral e comumente está relacionado com a residência em zonas rurais (Pereira, *et al.*, 2013; Rebelo, *et al.*, 2016). No estudo Cuidados de Saúde Oral universalização verificou-se que os gastos em cuidados dentários assumiram um peso de 7% no 1º quintil e no 5º quintil de 40%, sendo descritivo das diferenças existentes (Lourenço, *et al.*, 2016).

Num estudo realizado numa escola secundária, Enabulele *et al.* 2015, concluíram que a principal causa de não consultar o MD se deveu aos indivíduos não considerarem que necessitam de cuidados orais. Os autores referem como causa principal a fraca aquisição de conhecimentos em saúde oral e a dor como a principal motivação para as visitas do profissional de saúde oral (Enabulele, *et al.*, 2015). De facto, verificou-se que os indivíduos que escovam menos os dentes, não sentem necessidade em ir ao MD e não foram ao MD no último ano, corroborando a bibliografia e demonstrando iliteracia em saúde. De salientar que dentro do grupo dos indivíduos que não sentiram necessidade em ir ao MD 89% não foram ao MD no último ano. Tanto o estudo de cuidados de saúde oral de 2015 como o barómetro de saúde oral de 2014 apontam como principal limitação ao acesso dos cuidados de saúde oral o custo (Lourenço, *et al.*, 2016; OMD, 2014).

Quanto à associação entre a autoapreciação do estado de saúde geral e os determinantes de saúde oral é uma temática que não tem sido estudada. Assim no presente estudo, verificou-se que a promoção de atitudes em prol da saúde oral está relacionada com melhores perceções do seu estado de saúde em que 80% dos indivíduos que escovam menos do que 2 vezes por dia consideram a sua saúde como razoável ou inferior e 56% dos indivíduos que consideram a sua saúde boa ou muito boa foram ao MD no ultimo ano.

Analisando os dados obtidos pode-se concluir que ter assistência extra não influencia positivamente as variáveis de saúde oral, provavelmente porque os indivíduos não têm o hábito, os conhecimentos necessários e não sentem necessidade em promover a sua saúde oral por um lado, por outro lado nem todos os seguros de saúde têm cobertura para a saúde oral. Tal foi verificado ao analisar que quem tem assistência à saúde, apenas 44% foram ao MD no passado ano e a maioria foi realizar tratamentos invasivos. A bibliografia aponta que a presença de seguro facilita o acesso aos cuidados de saúde oral e que os indivíduos vão ao MD para realizar tratamentos não invasivos (Brennan, *et al.*, 2016; Duncan, *et al.*, 2014). Em Portugal, no estudo de Cuidados de

Saúde Oral 2015, analisou que apenas 23% da amostra que tinha ADSE como subsistema de saúde recorreu aos cuidados de saúde oral (Lourenço, *et al.*, 2016), evidenciando que mesmo com cobertura para a saúde oral, os indivíduos optam por não ir ao MD.

Em suma, existem alguns determinantes que influenciam a aquisição de saúde oral, como idade, género, grau de urbanização e escolaridade. No entanto, a existência de assistência extra à saúde não influencia positivamente as idas ao médico dentista e 89% dos indivíduos que não tiveram uma barreira ao acesso aos cuidados de saúde oral não necessitaram destes cuidados, comprovando que os portugueses têm crenças e conhecimentos errados em relação à saúde oral. Deste modo, futuramente não será apenas necessário tentar reduzir o gradiente dos determinantes de saúde oral, como também promover conhecimentos, nomeadamente quanto à importância da visita anual ao dentista, à população.

5. CONCLUSÃO

Os determinantes de saúde oral: género feminino, regiões urbanas, idade inferior a 50 anos, ter o ensino secundário ou superior, pertencer ao 4º ou 5º quintil de rendimento mensal líquido por adulto e considerar a saúde geral como boa ou muito boa influenciam de forma positiva a saúde oral. Por outro lado, verificou-se que a presença de assistência extra à saúde não foi um factor positivo nos parâmetros de saúde oral.

Este estudo apresenta algumas limitações como a dependência das questões do INS 2014 e a incapacidade de verificar a veracidade das respostas. Futuramente, seriam necessários mais estudos, nomeadamente ao nível da assistência extra à saúde sem variáveis de confundimento como exemplo: idade, género ou escolaridade ou comparar os resultados obtidos com o INS 2004/2005. São necessários mais estudos em Portugal ao nível dos determinantes de saúde oral em que se considere a população portuguesa e não apenas alguns grupos etários (crianças ou idosos).

Bibliografia:

Adair S. Evidence-based Use of Fluoride in Contemporary Pediatric Dental Practice. *Pediatric Dentistry*. 2006 28 (2):133-142.

Asgari F, Majidi, A, Koohpayehzadeh J, Etemad K, Rafei A. Oral hygiene status in a general population of Iran, 2011: a key lifestyle marker in relation to common risk factors of non-communicable diseases. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015; 4(6): 343–352.

Bahramian H, Mohebbi SZ, Khami MR, Asadi-Lari M, Shamshiri AR, Hessari H. Psychosocial determinants of dental service utilization among adults: Results from a population-based survey (Urban HEART-2) in Tehran, Iran. *European Journal of Dentistry*. 2015 9(4):542-550.

Borrvalho S. Prevalência, Gravidade e Fatores Associados à Cárie Precoce da Infância no Distrito de Lisboa [Dissertação de Doutoramento]. Lisboa: Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2014.

Brennan D, Balasubramanian M, Spencer AJ. Preventive services in Australia by patient and visit characteristics. *International Dental Journal*. 2016 [cited Junho, 13, 2016]; doi: 10.1111/idj.12246

Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. III Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos [Relatório de apresentação de resultados]; DGS e OMD; 2015.

Crisp L, Kickbush D, Bos W, Antunes JL, Barros PP, Soares J. Um Futuro para a Saúde - todos temos um papel a desempenhar [Relatório]; Fundação Calouste Gulbenkian; 2014.

Crocombe L, Broadbent JM, Thomson WM, Brennan DS, Poulton R. Impact of dental visiting trajectory patterns on clinical oralhealth and oral health-related quality of life. *Journal of Public Health Dentistry*. 2012 72(1):36-44.

Crombie IK, Irvine L; Elliot L.; Wallace H. Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective (Relatório); WHO; Copenhagen: University of Dundee e NHS; 2005.

Davidson KW, Trudeau KJ, Roosmalen E, Stewart M, Kirkland S. Gender as a Health Determinant and Implications for Health Education. *Health Education & Behavior*. 2006 33:731-743.

Duncan L, Bonner A. Effects of Income and Dental Insurance Coverage on Need for Dental Care in Canada. *J Can Dent Assoc*. 2014; 80(6) [cited Abril, 23, 2016] jcda.ca/article/e6.

Enabulele J. e Chukwumah N. Socio-Demographic Determinants Of Utilization Of Dental Services Among Secondary School Students. *Oral Health Comm Dent*. 2015 9(2):55-59.

Federation, World Dental (FDI). Oral Health Worldwide - A report by FDI (Relatório). Genève; 2014.

Fernandes J, Barros PP, Fernandes AC. Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal 1ª ed Cascais: Principia; 2011 pp:15-49.

- Folayan MO, Khami MR, Onyejaka N, Popoola BO, Adeyemo YI. Preventive oral health practices of school pupils in Southern Nigeria. *BMC Oral Health*. 2014; 14 (83) [cited Junho, 23, 2016] doi:10.1186/1472-6831-14-83.
- Giacaman R, Bustos IP, Bravo-León V, Marino RJ. Impact of rurality on the oral health status of 6-year old children from central Chile: the EpiMaule study. *Rural Remote Health*. 2014; 15(3135) [cited Maio, 3, 2016] ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25001584.
- Golkari A, Sabokseir A, Sheiham A, Watt RG. Socioeconomic gradients in general and oral health of primary school children in Shiraz, Iran. *F1000Research*. (2016), [cited Maio, 25, 2016]; 5(767): doi:10.12688/f1000research.8641.1.
- Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor T. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health [Relatório] WHO; Gêneve; 2008.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Inquérito Nacional de Saúde 2014 [Online] 2015 (updated Novembro, 11, 2015; cited Maio, 2, 2106) Available from: apn.org.pt/noticia.php?id=321
- Jain M, Namdev R, Bodh M, Dutta S, Singhal P, Kumar A. Social and Behavioral Determinants for Early Childhood Caries among Preschool Children in India. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*. 2015;9(2):115-120
- Kateeb E. Gender-specific oral health attitudes and behaviour among dental students in Palestine. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2010;16 (3): 329-33.
- Krecha R. Social determinants of health: practical solutions to deal with a well-recognized issue: Bulletin of the World Health Organization [Online] WHO. 2011 (updated Outubro, 2011; cited Março, 4, 2016) Available from: who.int/bulletin/volumes/89/10/11-094870/en/
- Leão M, Garbin CA, Moimaz AS, Roviada TA. Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015 20(11):3365-3374.
- Lourenço A, Barros PP. Cuidados de Saúde Oral Universalização [Relatório] Universidade Nova de Lisboa; 2016
- Melo, P. "Cheques-Dentista" Realidade e Perspectivas Futuras OMD [Online]. (cited Junho, 3, 2016) Available from: omd.pt/chequedentista/chequedentista-timeline.pdf.
- Movahhed T, Ajami B, Dorri M, Biouki N, Ghasemi H, Shakeri MT, Dehghani M *et al.* Social Determinants of Tooth Loss among a Group of Iranian Female Heads of Household. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*. 2014;9(2):126-130.
- Neamatollahi H, Ebrahimi M, Talebi M, Ardabili MH, Kondori K. Major differences in oral health knowledge and behavior in a group of Iranian pre-university students: a cross-sectional study. *Journal of Oral Science*. 2011; 53(2): 177-184.
- Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). II Barómetro Nacional Saúde Oral 2014 [Online] (cited Junho, 23, 2016) Available from: omd.pt/barometro/2015

Onyejaka N, Folayan M, Folaranmi N. Barriers and facilitators of dental service utilization by children aged 8 to 11 years in Enugu State, Nigeria. *BMC Health Services Research*. 2016;16(93) [cited Junho, 1, 2016] doi:10.1186/s12913-016-1341-6.

Pallegedara C, Ekanayake L. Tooth loss, the wearing of dentures and associated factors in Sri Lankan older individuals. *Gerodontology*. 2005; 22(4):193–199.

Peltzer K, Pengpid S. Oral Health Behaviour and Social and Health Factors in University Students from 26 Low, Middle and High Income Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014;11(12):12247-12260.

Pereira C, Veiga N, Amaral O, Pereira J. Comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses. *Rev Port Saúde Pública*. 2013;31(2):158-165.

Rebelo M, Cardoso EM, Rabinson PG, Vettore MV. Demographics, social position, dental status and oral health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research*. 2016; 25(7):1735–1742.

Ribeiro D, Pires I, Pereira M. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica na região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2012;53(4):221-226.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Estudo Sobre a Concorrência no Sector da Prestação de Serviços de Saúde Oral [Relatório] ERS. Porto; 2009.

World Health Organization (WHO). The determinants of health [Online]. 2012. (cited Abril, 4, 2016) Available from: who.int/hia/evidence/doh/en/.

World Health Organization (WHO) a). Inequalities in health system performance and their social determinants in Europe [Online]. 2013. (cited Abril, 4, 2016). Available from: euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health.

Zucoloto M, Maroco J, Campos J. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2016;16:55 [cited Maio,23,2016] doi:10.1186/s12903-016-0211-2

ANEXOS

RA- Informação do Alojamento e Caracterização do Agregado

- RA3. Qual o sexo de (nome do indivíduo)?
 - Masculino
 - Feminino

- RA4.4a. Que idade tem?
(resposta aberta)

A. Dados individuais

- A.8. Actualmente, em termos de trabalho, em qual das situações se encontra?
Vou ler-lhe as opções de resposta:
 - Tem um emprego ou trabalho
 - Está desempregado
 - É estudante ou está em estágio/aprendizagem não remunerado
 - Está reformado do trabalho ou com reforma antecipada
 - É incapacitado permanente (impossibilidade permanente para o trabalho)
 - Ocupa-se de tarefas domésticas
 - Presta serviço cívico ou comunitário (obrigatório)
 - Tem outra situação de inactividade
 - Prefere não responder

- A 14.1. Qual o ano ou nível de escolaridade mais elevado que completou ou ao qual obteve equivalência?
 - Nenhum ou 1º ou 2º ou 3º ano completos
 - Básico - 1º ciclo, ou seja, 4º ou 5º ano de escolaridade completos
 - Básico - 2º ciclo, ou seja, 6º ou 7º ou 8º ano de escolaridade completos
 - Básico - 3º ciclo, ou seja, 9º ou 10º ou 11º ano de escolaridade completos
 - Secundário, ou seja, 12º ano de escolaridade completo

- Pós-secundário, ou seja, cursos de especialização tecnológica não superior
 - Superior – bacharelato
 - Superior – licenciatura
 - Superior – mestrado
 - Superior – doutoramento
 - Sem correspondência (anos/níveis antigos)
 - Prefere não responder

- A15.1. Qual é o subsistema de que é beneficiário? Se beneficiar de mais do que um, indique o que utiliza com mais frequência.
 - ADSE (Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas)
 - ADM (Assistência na Doença aos Militares)
 - SAD/PSP (Saúde e Assistência na Doença à PSP)
 - SAD/GNR (Saúde e Assistência na Doença à GNR)
 - SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários)
 - Outro
 - Prefere não responder
 - Não sabe

- A16. Tem seguro de saúde?
 - Sim
 - Não
 - Prefere não responder
 - Não sabe

B- Estado de saúde

- B1. De uma maneira geral, como considera o seu estado de saúde?
 - Muito bom
 - Bom
 - Razoável
 - Mau
 - Muito mau

- Prefere não responder

L- Assistência Ambulatória e Domiciliária

- L1. Quando foi a última vez que consultou um dentista?
 - Há menos de 6 meses
 - 6 a menos de 12 meses
 - Há 12 meses ou mais
 - Nunca
 - Prefere não responder

- L2. Qual a principal razão da última consulta?
 - Sentiu dores ou outra situação de urgência
 - Extracção de um dente
 - Fazer uma prótese dentária (“placa”)
 - Queria conhecer o estado de saúde da boca
 - Faz todos os anos uma visita ao dentista
 - Higienização (“limpeza”) da boca
 - Aplicação de selantes de fissura
 - Outra razão
 - Prefere não responder
 - Não sabe

- L3a. Qual a principal razão porque não consultou um dentista no último ano?
 - Porque não precisou
 - Porque não há dentista na localidade onde mora
 - Porque é difícil marcar uma consulta
 - Porque é muito caro
 - Por outra razão
 - Prefere não responder
 - Não sabe

- L4.1. Escova os dentes?

- Sim
 - Não
 - Prefere não responder
- L4.2. Com que frequência? Vou ler-lhe as opções de resposta:
 - Todos os dias, de manhã, após o almoço e antes de se deitar
 - Todos os dias, de manhã e antes de se deitar
 - Todos os dias, apenas de manhã
 - Todos os dias, apenas antes de se deitar
 - Algumas vezes por semana
 - Menos de uma vez por semana
 - Prefere não responder
 - Não sabe

P- Necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas

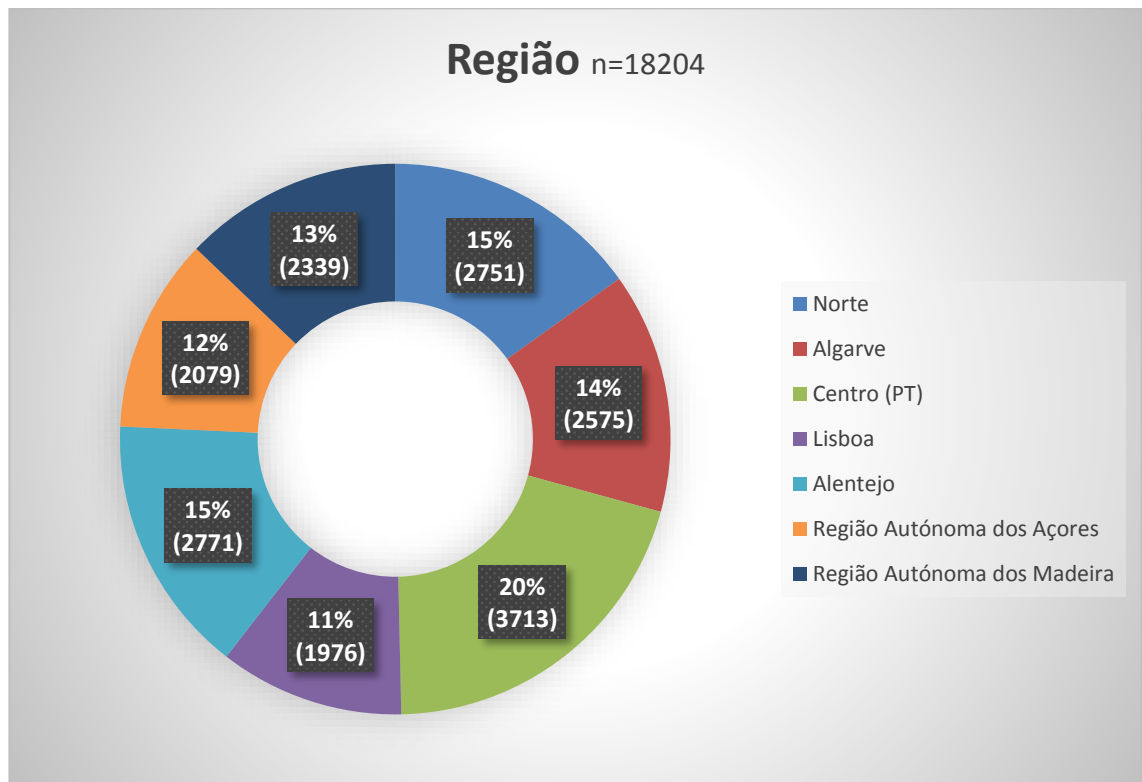
- P2.2. Nos últimos 12 meses, alguma vez precisou de uma consulta dentária ou de fazer exames ou tratamentos dentários mas não satisfez essa necessidade por dificuldades financeiras?
 - Precisou e não satisfez essa necessidade
 - Precisou e satisfez essa necessidade
 - Não houve necessidade
 - Prefere não responder
 - Não sabe

Z- Rendimento e despesas do agregado familiar

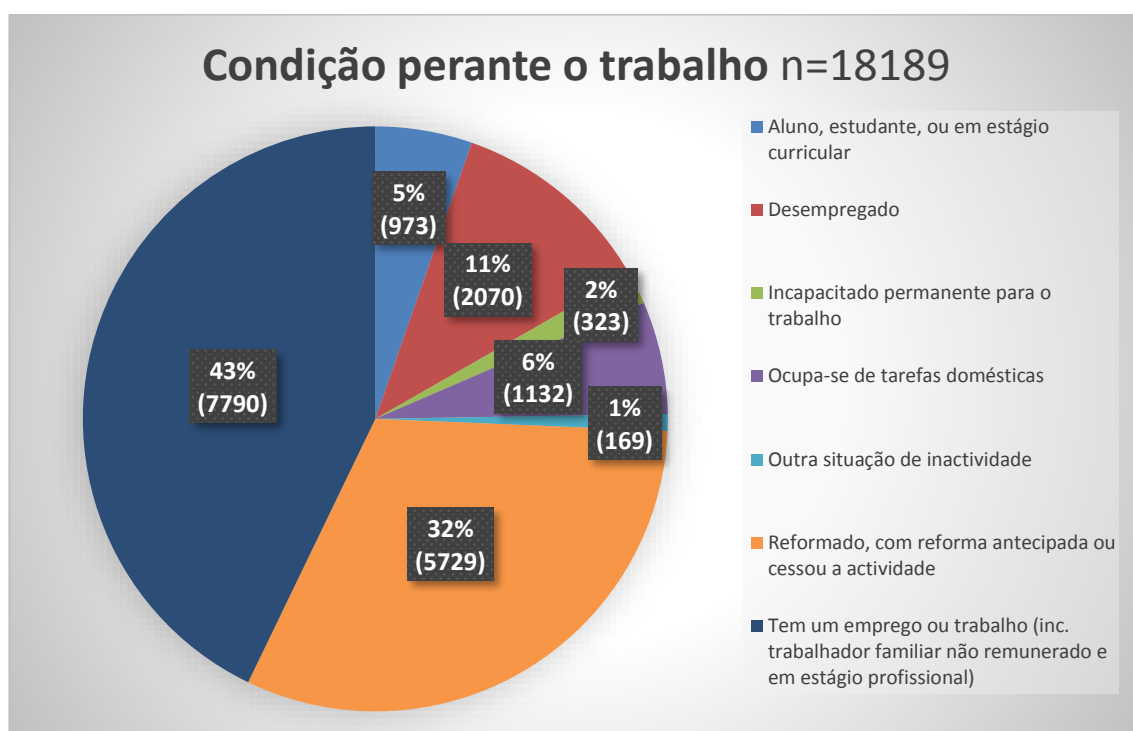
Z1a. Habitualmente qual é o valor aproximado do seu RENDIMENTO MENSAL LÍQUIDO? Considere todos os rendimentos com carácter regular: rendimentos de trabalho por conta de outrem ou por conta própria, prestações sociais (pensões, abonos, subsídios, etc.), rendimentos de capitais (juros de depósitos bancários e obrigações, dividendos de ações, etc.), rendimentos prediais, transferências de outros agregados (pensões de alimentos e outras transferências regulares).

(resposta aberta)

ANEXO II- Gráfico representativo da distribuição da amostra de acordo com a região



ANEXO III – Gráfico representativo da distribuição das condições perante o trabalho



Anexo IV- Tabela relativa à razão da última consulta com MD e género

		Razão última consulta com MD					Qui- quadrado de Pearson
		Porque não precisou	Porque não há MD na localidade onde mora	Difícil marcar uma consulta	Porque é caro	Outra razão	
Género	<u>Masculino</u>	47,4% (2688)	46,9% (15)	57,7% (30)	40,0% (1262)	47,3% (586)	0,000
	<u>Feminino</u>	52,6% (2985)	53,1% (17)	42,3% (22)	60,0% (1891)	52,7% (653)	
	Total	100% (5673)	100% (32)	100% (52)	100% (3153)	100% (1239)	