

Débora Regina Schramm Naspolini

**OCORRÊNCIA DE CONSULTA ODONTOLÓGICA ENTRE  
IDOSOS DE MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dr.<sup>a</sup>

Florianópolis  
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Naspolini, Débora Regina Schramm  
OCORRÊNCIA DE CONSULTA ODONTOLÓGICA ENTRE IDOSOS DE  
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE / Débora Regina Schramm  
Naspolini ; orientadora, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de  
Mello - Florianópolis, SC, 2014.  
129 p.

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

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Saúde Bucal. 3. Serviços de saúde  
bucal, utilização. 4. Acesso aos serviços de saúde. 5.  
Idoso. I. Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Odontologia. III. Título.

Débora Regina Schramm Naspolini

## **OCORRÊNCIA DE CONSULTA ODONTOLÓGICA ENTRE IDOSOS DE MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Florianópolis, 27 de fevereiro de 2014.

---

Prof. Izabel Cristina Santos Almeida, Dr.<sup>a</sup>  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia  
CCS/UFSC

### **Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dr.<sup>a</sup>  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Aline Rodrigues Barbosa, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. João Carlos Caetano, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Renata Goulart Castro, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Evelise Ribeiro Gonçalves, Dr.<sup>a</sup>  
Suplente



Aos meus pais, Rubens e Cida, pelo amor incondicional, pelos ensinamentos e apoio de sempre. Vocês são ótimos exemplos pra mim!

Ao meu amor Gustavo e nossas filhas Beatriz e Isabela, família que Deus formou e que tem me feito muito feliz! Vocês são do jeitinho que sempre sonhei!



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que tem me amparado e animado em todo tempo, guiando meus passos e orientando minhas decisões. A Ele toda a honra e toda a glória! “Louvarei ao Senhor por toda a minha vida; cantarei louvores ao meu Deus enquanto eu viver” Salmo 146.2

Agradeço de maneira especial aos meus pais, Rubens e Cida, por todo o aprendizado ao longo destes anos, por toda dedicação e carinho, por tantos sacrifícios e doações em prol dos filhos, a fim de que nos tornássemos o que somos hoje. Obrigada por cada palavra de apoio, por cada gesto de incentivo e amor e por não desistirem de nós!! “Eu tenho tanto pra lhes falar, mas com palavras não sei dizer, como é grande o meu amor por vocês!” Roberto Carlos

Ao Gustavo, meu companheiro nesta jornada de formar uma família e pai destas duas princesas que o Senhor nos presenteou, agradeço pela paciência, pela força e apoio, essenciais nesta etapa. Também pelo carinho e por me entender nos momentos mais difíceis... “Meu riso é tão feliz contigo; o meu melhor amigo é o meu amor” Tribalistas Agradeço também às minhas duas princesinhas Beatriz e Isabela, preciosas, que tem alegrado os nossos dias e trazido sentido às nossas vidas! Vocês são o melhor de nós!!! “Aos olhos do Pai vocês são obras-primas que Deus planejou, com Suas próprias mãos pintou (...), cada detalhe num toque de amor” Ana Paula Valadão Bessa

Aos meus queridos irmãos, Rubens e Rodrigo, e à minha prima-irmã Carol, por estarem também participando de alguma forma deste processo e torcendo por mim! Também à minha madrinha Zilé, por ser uma segunda mãe pra mim, alguém sempre pronta a ajudar, incentivar e amar! Obrigada por tudo tia querida!!

Agradeço também em especial à minha orientadora Prof. Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pela condução neste processo, pela dedicação, calma e compreensão em tantos momentos! Você, certamente, consegue ser além de uma excelente profissional, também alguém que incentiva, apoia, é amiga e se dispõe a ajudar. Muito obrigada!

Agradeço por cada professor que passou por minha vida neste processo e por tantos ensinamentos... Em especial, à Prof. Dra. Daniela Lemos Carcereri, Prof. Dr. João Carlos Caetano, Prof. Dra. Mariane Cardoso, Prof. Dr. Marco Aurélio Peres, Prof. Dra. Karen Glazer Peres, Prof. Dr. Adriano Ferretti Borgatto. Agradeço também à Prof. Dra Aline

Barbosa Rodrigues, pela disponibilidade e auxílio. Também à Prof. Dra. Renata Goulart Castro e Dra. Evelise Gonçalves pelo aceite à banca e pelas contribuições. Aproveito também para agradecer àquela que foi minha primeira orientadora ainda na graduação e que me apresentou para este mundo da pesquisa: Prof. Dra. Maria José de Carvalho Rocha. Você foi muito especial em minha formação e grande incentivadora!

Agradeço à minha querida amiga Ana Paula Andrada Beltrame pelo incentivo, apoio, carinho de sempre, pelos conselhos preciosos e pela parceria que deixará saudades!! Agradeço também à minha amada amiga Candice Ávila dos Anjos, que mesmo distante neste processo, tem orado por nós e trazido palavras de ânimo e alegria! Aprendo muito contigo minha querida amiga!! Agradeço ainda às minhas amigas Flávia Mello, Heloísa Luz, Érika Camargo e Rossana Tricarico pelo apoio, incentivo, pelos “ouvidos sempre prontos”, pelas boas conversas, e pelo carinho!! E aos amigos do grupo “Farol”, pelas amizades, pelo apoio, por compartilharmos nossas vidas e por crescermos juntos! “Há amigo mais chegado que irmão” Provérbio 18.24

Agradeço minhas amigas de profissão Leatrice Ávila, Silvia Corrocher, Maica Ruschel, Guerly Reckziegel, Letícia Arend e Aline Prazeres, pelas trocas de experiências e pelo incentivo! Agradeço aos colegas de pós, Alessandra Ferreira Warmling, Rogério Góes, Grasiela Garret da Silva, Eliana Edi de Bastos, Cristiane Robini, Manuela Zasso, Gilberto Floriano, Daniela De Rossi, Gianina Mattevi e Helena Constante por atravessarmos juntos esta etapa e por todo conhecimento compartilhado! Também à Susana Cararo Confortin, que muito me auxiliou nas análises estatísticas.

Agradeço à Sra. Ana Maria Frandolozo, que sempre esteve disposta a auxiliar em cada dúvida que surgia ao longo do processo e que, de forma simpática e disponível, prontamente ajudou.

Agradeço ao município de Antônio Carlos (SC), pelo auxílio na operacionalização da pesquisa.

Agradeço à Pan American Health and Education Foundation (PAHEF) pelo financiamento do projeto e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio por meio de bolsa de estudo.

Agradeço à toda equipe de campo do macroprojeto de Antônio Carlos, pela dedicação e trabalho realizado. E agradeço também a cada idoso que participou da pesquisa e auxiliou no desenvolvimento do saber!

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram de alguma maneira para o vencimento desta etapa. Muito obrigada!

“A mente que se abre a uma nova ideia, jamais  
voltará ao seu tamanho inicial.”  
(Oliver Wendell Holmes Sr., 1809-1894)



## RESUMO

Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência de consulta odontológica remota entre idosos de um município de pequeno porte e identificar fatores associados. A pesquisa foi conduzida a partir da análise dos bancos de dados oriundos de dois Levantamentos Epidemiológicos com idosos residentes em Antônio Carlos (SC), um referente à Saúde Bucal e outro relacionado à Atividade Física e Nutrição, ambos estudos de base populacional e domiciliar. A amostra integrou 401 indivíduos com 60 anos de idade ou mais. O desfecho “Ocorrência de consulta odontológica remota” foi definido quando o idoso houvesse consultado o dentista há três anos ou mais. Testou-se associação do desfecho com variáveis socioeconômicas e demográficas, de hábitos relacionados à saúde bucal; características psicossociais; de situação de saúde geral e de condições de saúde bucal, por meio de regressão de Poisson, com variância robusta e teste de heterogeneidade de Wald, sendo estimadas razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Cerca de 43% dos idosos pesquisados não iam ao dentista havia três anos ou mais. Na análise ajustada, estiveram associados ao desfecho o conjunto de características que envolvem: ser do sexo feminino, ter 80 anos ou mais, haver consultado um dentista pela última vez no serviço privado, ter o hábito de escovar os dentes menos de duas vezes ao dia, ter informado não apresentar dor, não necessitar de prótese superior, apresentar doença cárie e ser não edêntulo. O padrão de frequência às consultas odontológicas por idosos do município estudado revela acesso limitado e pontual a este tipo de serviço, associando-se a fatores demográficos e de condição de saúde bucal. Conhecer as características e condições destes idosos, identificando aqueles que estão afastados do serviço odontológico há mais tempo, constitui-se uma oportunidade para se organizar a assistência focalizada aos subgrupos mais necessitados. Ainda há que se trabalhar para garantir a atenção integral à saúde dos idosos no âmbito do SUS, seguindo as políticas públicas orientadas para esta população, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo, fortalecendo o protagonismo dos idosos no país.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal. Serviços de saúde bucal, utilização. Acesso aos serviços de saúde. Idoso.



## ABSTRACT

This study aimed to estimate the prevalence of remote dental visit among the elderly of a small municipality and to identify associated factors. The research was conducted by analyzing databases from two Epidemiological Surveys with elderly residents in Antonio Carlos (Santa Catarina, Brazil). One related to Oral Health and the other related to Physical Activity and Nutrition, both studies of population and household base. The sample consisted of 401 individuals aged 60 years or older. The outcome “Occurrence of remote dental visit” was defined for when the elderly had last visited a dentist three years earlier or longer. Association between the outcome and socioeconomic and demographic variables were tested as well as oral health behavior, psychosocial characteristics, general health status, oral health conditions, by means of Poisson regression with robust variance and Wald's heterogeneity test, being estimated prevalence ratios and corresponding confidence intervals of 95% (CI95%). About 43% of surveyed elderly had not visited the dentist for three years or over. In the adjusted analysis, the set of characteristics that involve: being female, being aged 80 years or older, having consulted a dentist for the last time in the private service, having the habit of brushing their teeth less than twice a day, having reported no pain, not requiring maxillary prosthesis, presenting active caries disease and not being edentulous were associated with the outcome. The pattern of attendance at dental visits by the elderly in the municipality under study reveals limited and noncontinuous access to this type of service, which is associated to demographic, oral health status factors. Learning the characteristics and conditions of these elderly, identifying those who are away from the dental service longer, constitutes an opportunity to organize the dental health care focused on the neediest subgroups. It is still necessary to work in order to ensure the comprehensive health care to the elderly population in the Brazilian Health System, following the public policies targeted at this population, emphasizing the aging as family, healthy and active, strengthening the major role of the elderly in the country.

**Keywords:** Oral Health. Dental Health Services, utilization. Health Services Accessibility. Elderly.



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Detalhamento da estratégia de busca nas bases PubMed e SciELO .....	30
<b>Quadro 2</b> – Estudos sobre o padrão de utilização de serviços de saúde bucal por idosos, segundo autor(a), ano de publicação, local do estudo, tamanho da amostra, idade, objetivo do estudo e variáveis utilizadas. .	31
<b>Quadro 3</b> – Modelo hierárquico proposto para a Análise Multivariável .....	59



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos idosos segundo as variáveis independentes. Antônio Carlos/SC, 2010/2011. ....	61
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos idosos segundo variáveis independentes e ocorrência de consulta odontológica. Antônio Carlos/SC, 2011.....	63
<b>Tabela 3</b> – Prevalência de consulta odontológica remota (3 anos ou mais) e análise bruta e ajustada de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Antônio Carlos/SC, 2011. ....	66



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP – Associação Brasileira de Estudos Populacionais  
AC – Antônio Carlos  
CPOD – Índice referente ao número médio de dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados  
DP – Doença Periodontal  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
GM – Gabinete do Ministro  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IC – Intervalo de Confiança  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PMAC – Prefeitura Municipal de Antônio Carlos  
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
RP – Razão de Prevalência  
SC – Santa Catarina  
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences for Windows*  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SB – Saúde Bucal  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

、



## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	23
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	29
2.1. ESTRATÉGIA DE BUSCA.....	29
2.2. CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA .....	40
2.3. ESTUDOS ACERCA DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS .....	41
3. OBJETIVOS .....	49
3.1. OBJETIVO GERAL .....	49
3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO .....	49
4. MÉTODO.....	51
4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	51
4.2. LOCAL DO ESTUDO .....	51
4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	51
4.4. COLETA DE DADOS .....	52
4.5. VARIÁVEIS .....	53
4.5.1. Variável Dependente:.....	53
4.5.2. Variáveis Independentes: .....	53
4.6. ASPECTOS ÉTICOS .....	54
4.7. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO .....	54
4.8. MODELO HIERÁRQUICO .....	56
5. RESULTADOS .....	61
6. DISCUSSÃO.....	71
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	79
REFERÊNCIAS .....	83
APÊNDICE A – Questionário “Saúde Bucal dos Idosos de Antônio Carlos”.....	91
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	97
APÊNDICE C – Artigo: Ocorrência de consulta odontológica entre idosos de município de pequeno porte .....	99
ANEXO A – Protocolo de pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos referente ao Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal .....	125
ANEXO B – Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos referente ao Levantamento Epidemiológico em Atividade Física e Nutrição .....	129



## 1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A Constituição brasileira de 1988<sup>1</sup> introduziu a saúde como direito universal, conquistado pela sociedade e reafirmado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080<sup>2</sup>, de 1990. Dessa forma, estabeleceu-se o direito constitucional ao acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, assegurando-se a integralidade da atenção, no sentido de alcançar as mais diferentes realidades e necessidades de saúde da população e dos indivíduos.<sup>1,2</sup>

Já é fato conhecido que o padrão etário da população mundial tem sofrido uma modificação ao longo dos anos, esta conhecida como o fenômeno do envelhecimento populacional. A pirâmide demográfica da população brasileira também acompanha esta alteração, cujo aumento na proporção de idosos é evidente, ainda que de forma desigual entre regiões e municípios.<sup>3</sup>

No Brasil, dados do censo do ano de 2000 realizado pelo IBGE, reportaram 14,5 milhões de idosos, o que correspondia a 8% da população total. Já segundo o censo realizado em 2010, aproximadamente 18 milhões de pessoas possuem idade igual ou acima dos 60 anos, o que representa 12% de nossa população. Para 2050, tem-se a perspectiva de que a população idosa ultrapasse os 29,75% da população total.<sup>4</sup>

Em virtude das modificações no perfil etário de nossa população, e caminhando junto à regulamentação do SUS, o país organizou-se a fim de dar suporte às crescentes demandas de sua população que envelhece.

A Política Nacional do Idoso, de 1994, surgiu com o intuito de garantir direitos sociais à pessoa idosa, estabelecendo condições para o encorajamento de sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reiterando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.<sup>5</sup>

A Portaria 249/SAS/MS<sup>6</sup>, de 2002, trouxe normas para o cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso. Em 2003, foi sancionado o Estatuto do Idoso<sup>7</sup>, planejado com importante cooperação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. Por meio deste Estatuto, ampliou-se a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O Capítulo IV do Estatuto do Idoso discorre especificamente sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção.<sup>7</sup>

Percebe-se, porém que, apesar de a legislação brasileira referente aos cuidados com a população idosa ser bastante avançada, sua prática

ainda é insatisfatória. Desta forma, foi necessária uma readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>8</sup>, a fim de que o atual Estatuto do Idoso<sup>7</sup> significasse realmente um instrumento para a conquista de direitos dos idosos, e que a efetiva ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) revelasse a presença de idosos e pessoas em situação de grande vulnerabilidade social, buscando sua inserção nas Redes Estaduais de Assistência à Saúde.

Em 2006, a Portaria nº 399/GM, divulgou o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida.<sup>9</sup> Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo contempladas uma série de ações que objetivam, em última análise, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.<sup>10</sup>

O Brasil enfrentará num futuro próximo, assim como diversos países no mundo, um dos principais desafios provenientes desta mudança no perfil etário e conseqüentemente epidemiológico de sua população, ou seja, a necessidade de satisfazer a maior procura por cuidados em saúde, adaptando seus sistemas de saúde à nova realidade e mantendo-os viáveis numa sociedade com menos população ativa.<sup>11</sup>

O principal esforço baseia-se na promoção do envelhecimento saudável dos cidadãos. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma população é que estes indivíduos provavelmente apresentarão um maior número de doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e de saúde por mais tempo.<sup>12</sup> O viver mais anos apresentando boa saúde significa também melhor qualidade de vida, mais autonomia e a possibilidade de se manter ativo. O envelhecimento populacional significa uma proporção menor de trabalhadores e, assim, as contribuições baseadas nos salários deixarão de cobrir os custos totais dos cuidados de saúde.<sup>13</sup> Quando a população envelhece com saúde, os sistemas de saúde são menos solicitados, principalmente no que diz respeito a tratamento e reabilitação, e aumenta a possibilidade de suprimimento da demanda.<sup>13</sup>

Entretanto, sabe-se que esta parcela da população, ainda tem utilizado pouco o serviço de saúde, em especial o serviço odontológico.<sup>14, 15</sup> O observado é que as consultas odontológicas, diferentemente do que ocorre com as consultas médicas, parecem reduzir com o envelhecimento<sup>16</sup>, sendo esperada uma baixa taxa de uso de serviços odontológicos entre idosos. Tanto é assim que diversos estudos constataram uma maior prevalência de uso na população adulta e jovem do que entre os idosos.<sup>17,18,19,20</sup>

Dados do último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro, em 2010 (SB Brasil)<sup>21</sup>, revelaram que o percentual de consultas odontológicas no ano anterior ao inquérito entre adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos) foi de 49% e 30%, respectivamente. Quando indagados sobre o motivo da procura, aproximadamente 21% dos adultos e 13% dos idosos relataram ser por rotina<sup>21</sup> (revisão e/ou prevenção), ou seja, a prevalência de uso dos serviços odontológicos dessa natureza diminui com o avanço da idade.

Diversos estudos mostram associação benéfica entre a utilização regular de serviços odontológicos e melhor condição de saúde bucal.<sup>22,23,24</sup> Esta utilização proporciona a troca constante entre paciente e profissional, auxiliando na ampliação do conhecimento em saúde bucal, no estímulo e aprimoramento do autocuidado e na possibilidade do diagnóstico precoce de agravos bucais, favorecendo a sua recuperação.<sup>23</sup>

Um estudo<sup>25</sup> sugere que os idosos acabam por reduzir o número de consultas odontológicas conforme envelhecem devido à alta prevalência de perda dos dentes naturais e também pela dificuldade de acesso aos serviços. Os autores elencam como motivos, desde a insuficiente oferta de atenção à saúde bucal nos serviços públicos até mesmo as dificuldades físico-motoras que esses indivíduos passam a apresentar. A crença de que indivíduos edêntulos não necessitam ir ao dentista e que a perda dos dentes é consequência de um processo natural do envelhecimento também contribuem para a não regularidade às consultas odontológicas.<sup>26,27,28,29</sup>

A proporção de adultos e idosos que utilizaram os serviços odontológicos havia três ou mais anos, segundo o SB Brasil 2010<sup>21</sup>, foi de aproximadamente 23% e 42%. Estudo realizado com adultos e idosos de baixa renda em Ponta Grossa (PR)<sup>25</sup>, também constatou que cerca de 40% dos adultos e 67% dos idosos não iam ao dentista havia três anos ou mais. Estes dados confirmam a tendência de redução na prevalência de uso de serviços odontológicos com a idade e diminuição também com relação à sua regularidade.

Os desafios mais imediatos, portanto, advêm da necessidade de conhecer quais características e condições influenciam neste padrão de utilização. O pensar estratégias em saúde para alcançar efetivamente esta parcela da população que cresce e exige mais cuidados, aliada à possibilidade de torná-las práticas, tem sido alvo de diversas políticas em saúde, inclusive de saúde bucal.<sup>30,31</sup>

Os resultados do levantamento epidemiológico de 2010<sup>21</sup> confirmaram também altas taxas de edentulismo e/ou uso de próteses totais entre nossa população idosa, como consequência de muitas perdas dentárias ao longo da vida. A avaliação do uso e necessidade de prótese ajuda a entender o agravo “edentulismo”, servindo, ao mesmo tempo, para estimar a gravidade do problema pela análise conjunta dos dados de uso e necessidade e para subsidiar ações de planejamento a partir da análise das necessidades.<sup>21</sup>

O retrato das condições de saúde bucal da população idosa, na qual a intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos, principalmente, da condição de vida deste idoso e do acesso às ações e serviços em saúde bucal que este teve durante sua vida, revelam um forte componente social neste processo.<sup>8</sup>

Vários estudos<sup>14,15,32</sup> têm sido conduzidos com objetivo de se compreender quais características e condições influenciam os idosos a consultarem o cirurgião-dentista com maior regularidade ou não. Autores têm relatado que o uso de serviços odontológicos é também influenciado por medo do tratamento, condição dentária (dentado ou não), menor mobilidade física, comprometimento do estado geral de saúde e percepção da necessidade para tratamento odontológico.<sup>16,33,34</sup> Antczak e Branch<sup>35</sup> ainda verificaram que a baixa expectativa dos idosos em relação ao tratamento odontológico também pode ser uma importante barreira para o uso de serviços odontológicos. Estes mesmos autores também destacam o fato dos idosos acreditarem que a visita regular ao dentista seja importante apenas para pessoas que possuem dentes ou que o dentista não possa satisfazer suas necessidades.<sup>19</sup>

O SB Brasil 2010<sup>21</sup> além de fornecer um panorama geral do país em relação ao uso de serviços odontológicos, nos permite analisar as diferentes regiões de nosso país. A porcentagem de pessoas com idade entre 65 e 74 anos da Região Sul de nosso país, cuja última consulta ocorreu havia três anos ou mais é de 46,7%. Este dado informa-nos que quase metade dos idosos residentes na região Sul de nosso país, não tem frequentado atendimento odontológico recente.<sup>21</sup>

Ao verificar quais fatores estão associados à ocorrência de consulta odontológica remota pela população idosa no âmbito de um município de pequeno porte localizado na Região Sul do país, pode-se identificar características de grupos de idosos mais vulneráveis, que apresentam em seu componente bucal, as consequências desta falta de atenção e acompanhamento ao longo da vida. Isto possibilitará o planejamento de estratégias, o direcionamento de recursos e definição

das prioridades nas ações e serviços em saúde bucal em municípios com características semelhantes, a fim de favorecer o desenvolvimento de boas práticas de cuidado à saúde bucal para este grupo populacional específico, no contexto do Sistema Único de Saúde.



## 2. REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1. ESTRATÉGIA DE BUSCA

Para a realização da pesquisa sobre o padrão de utilização de serviço odontológico por idosos foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: *United States National Library of Medicine* (Medline-PubMed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO).

A busca foi iniciada pela base PubMed utilizando-se a estratégia de busca avançada. Esta foi realizada em 2 etapas. Na primeira delas, empregaram-se os seguintes termos: “(((dental) AND care) AND utilization) AND (elderly)”. Na segunda etapa, utilizaram-se os termos: “((((dental care) AND health services use) AND dental health services, utilization) AND oral health) AND health services accessibility) AND (elderly)”. Em ambas as etapas, filtrou-se a geração de artigos através de limitação daqueles que tivessem sido publicados nos últimos 5 anos, com apresentação de resumos disponíveis, desenvolvidos em seres humanos, com população investigada possuindo idade maior ou igual a 45 anos.

Na base SciELO, os termos descritivos usados foram: “(dental care) AND (health services use) AND (elderly)”. A seleção dos artigos em ambas as bases de dados foi realizada primeiramente analisando-se os títulos e resumos segundo sua pertinência. Em seguida, foi realizada a busca dos textos completos os quais foram utilizados para a revisão. Artigos encontrados simultaneamente tanto na mesma como entre diferentes bases de dados foram selecionados apenas uma vez. A primeira consulta às bases de dados foi realizada no dia nove de abril de 2013 e a última no dia doze de abril de 2013.

A estratégia de busca na referida base de dados, a data da última consulta e o número de artigos encontrados e previamente selecionados apresenta-se, de forma detalhada, no Quadro 1.

**Quadro 1** – Detalhamento da estratégia de busca nas bases PubMed e SciELO

Base de dados	Descritores	Artigos encontrados	Resumos previamente selecionados	Artigos incluídos na revisão
PubMed 09/04/2013	<i>“(((dental) AND care) AND utilization) AND (elderly)”</i>	314	8	7
PubMed 12/04/2013	<i>“((((dental care) AND health services use) AND dental health services, utilization) AND oral health) AND health services accessibility) AND (elderly)”</i>	52	7	6
SciELO 12/04/2013	<i>“dental care” AND “health services use” AND “elderly”</i>	6	3	2
Total		372	18	15

Dos 18 resumos selecionados foram incluídos 15 artigos na revisão. Os resumos não selecionados utilizavam metodologia diferente da metodologia de interesse, utilizando outros instrumentos para coleta de dados ou as populações possuíam condições diferentes das buscas, como idade e populações específicas.

Durante a leitura dos artigos, foram selecionadas referências de interesse citadas nos artigos incluídos na revisão (11 no total), as quais também foram pesquisadas e incluídas na revisão.

O quadro 2 apresenta um panorama dos estudos nacionais e internacionais sobre o perfil do idoso que utiliza o serviço de saúde bucal.

**Quadro 2** – Estudos sobre o padrão de utilização de serviços de saúde bucal por idosos, segundo autor(a), ano de publicação, local do estudo, tamanho da amostra, idade, objetivo do estudo e variáveis utilizadas.

Autor e Ano	Local	Amostra	Idade (anos)	Objetivo	Variáveis
Arcury, TA, Savoca MR, Anderson AM, Chen H, Gilbert GH, Bell RA, Leng X, Reynolds T, Quandt SA.  2012	Estados Unidos  Carolina do Norte	635 (rural)	≥ 60	Delimitar os fatores predisponentes, de necessidade e facilitadores que estão associados ao tratamento odontológico regular e recente	DEPENDENTES: Tratamento odontológico regular e tratamento odontológico recente (ano anterior à pesquisa). INDEPENDENTES: <u>Fatores predisponentes</u> (Sexo; Idade; Etnia; Grau de instrução; Ansiedade frente ao tratamento odontológico) <u>Fatores facilitadores</u> (Emprego atual; ter “Medicaid”; estado de pobreza; ter seguro odontológico; ter um lugar fixo para tratamento odontológico; pontuação em interação social) <u>Fatores de necessidade</u> (Autopercepção de saúde bucal; número de dentes; dor na boca ou dentes; feridas ou sangramento nas gengivas; presença de doença periodontal; recessão gengival; avaliação da mobilidade dental; dentes perdidos e restaurados)

<p>Marahani, DA, Rahardjo, A*  2012</p>	<p>Indonésia  Jakarta</p>	<p><i>Indonesian National Socioeconomic Surveys (Susenas)</i> nos anos de 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 e 2009 (33 províncias incluídas)</p>	<p>Diferentes faixas etárias (&lt;15; 15-29; 30-44; 45-59; ≥ 60)</p>	<p>Descrever a necessidade e utilização de tratamentos odontológicos e como disparidades na prestação deste atendimento, para pessoas de diferentes condições socioeconômicas, mudaram ao longo do tempo</p>	<p>DEPENDENTES: Necessidade de tratamento odontológico e utilização de tratamento odontológico. INDEPENDENTES: Idade categorizada em diversas faixas etárias; sexo; estado socioeconômico (5 quintis de renda); local da residência (urbana ou rural).</p>
<p>Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF  2011</p>	<p>Brasil  São Paulo</p>	<p>Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD)  2003-384.794  2008-391.868 entrevistados</p>	<p>Todas as faixas etárias (0 a 14; 15 a 59; ≥60)</p>	<p>Verificar o perfil de utilização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, em 2008, e analisar sua evolução em relação a 2003, no Brasil e nas suas macrorregiões</p>	<p>DEPENDENTE: Utilização do Sistema Único de Saúde (em 2003 e/ou 2008) INDEPENDENTES: Para traçar o perfil dos usuários foram utilizadas as variáveis: Sexo, idade categorizada nas faixas etárias referidas à esquerda, cor da pele (autorreferida), escolaridade, renda familiar <i>per capita</i>, posse de plano de saúde e região de domicílio. Para estudar a utilização dos serviços foram</p>

					analisadas as variáveis: Tipo de atendimento, tipo de serviço e motivos referidos para a procura.
Skaar, DD, O'Connor H.  2012	Estados Unidos  Minnesota	Beneficiários do Medicare entre 1998 e 2006 nos Estados Unidos (EUA)	≥65	Atualizar e complementar a literatura existente sobre as tendências na utilização de serviços odontológicos por idosos americanos entre 1998 e 2006	DEPENDENTES: Consultas odontológicas atuais e tipos de procedimentos odontológicos realizados INDEPENDENTES: Idade; sexo; raça; renda; grau de instrução; região de domicílio, estado civil, região dos EUA, e autoavaliação da saúde geral.
Sibbritt, DW, Byles JE, Tavener MA.*  2010	Austrália	Estudo longitudinal conduzido de 1996-2005  1996-n=12432 2005-n=7153	≥60	Identificar os fatores associados à consulta ao dentista por mulheres idosas australianas	DEPENDENTE: Utilização serviço odontológico INDEPENDENTES: Área de residência (urbana ou rural); estado civil; grau de instrução; capacidade de gerir sobre o lucro; tabagismo; presença de diabetes; serviços de manutenção em casa.
Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD  2009	Brasil  Pelotas/RS	PNAD  2130 indivíduos e 120 setores censitários	Faixas etárias:  10-19; 20-59; ≥60	Investigar padrões de utilização de serviços odontológicos na população de um município de porte médio	DEPENDENTE: Utilização de serviços odontológicos INDEPENDENTES: Gênero; nível econômico (ABEP); escolaridade (em anos); situação

					conjugal (nível 1); Problema odontológico (nível 2); Autopercepção de saúde bucal (nível 3)
Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos, GAN  2012	Brasil  Porto Alegre/RS	3391 adultos e idosos	Faixas etárias:  20-59; ≥60	Estimar a prevalência do uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos residentes na comunidade vulnerável e identificar fatores associados	DEPENDENTE: Uso regular (ano anterior à pesquisa) de serviço odontológico INDEPENDENTES: Sexo; idade; cor da pele; escolaridade (em anos); quintis de renda; tipo de local procurado; autopercepção de saúde bucal e necessidade de tratamento
Listl S, Moran V, Maurer J, Faggion CM Jr  2011	Alemanha  Heidelberg	34000 indivíduos que participaram do Inquérito <i>Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)</i>	≥50	Descrever as variações na utilização de serviços odontológicos por pessoas com 50 anos ou mais de 14 países europeus e identificar quando tais variações são atribuídas a diferenças nas necessidades de saúde bucal e na acessibilidade ao	DEPENDENTE: Utilização de serviço odontológico INDEPENDENTES: Idade; sexo; estado de saúde geral, estado de saúde bucal; cobertura por plano de saúde odontológico; nível socioeconômico e participação na força de trabalho.

				tratamento odontológico.	
Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H  2010	Suíça  Genebra	46 questionários da OMS (TR=39%) de países	≥65	Fornecer uma visão global das condições de saúde bucal em idosos, uso de serviços de saúde bucal e práticas de autocuidado, explorar quais tipos de serviços de saúde bucal estão disponíveis para pessoas idosas, e identificar as principais barreiras para o estabelecimento de serviços de saúde bucal e programas de promoção da saúde.	DEPENDENTE: Consulta regular ao dentista INDEPENDENTES: Cárie dentária, doença periodontal, perda dental, experiência de problemas de saúde bucal, cuidados em saúde bucal, comportamentos de higiene bucal + autopercepção em saúde bucal; renda; zona de domicílio; problemas com saúde bucal no último ano; edentulismo.
Marshman Z, Dyer TA, Wyborn CG, Beal J,	Inglaterra  Sheffield	10864 adultos (TR=43%)	≥16 anos	Investigar a saúde bucal e utilização de serviços odontológicos por	DEPENDENTES: Estado de saúde bucal autorreferido; impacto da SB na vida cotidiana e uso de serviços de

<p>Godson JH</p> <p>2010</p>				<p>adultos na região de Yorkshire e Humber.</p>	<p>saúde bucal por adultos.  <b>INDEPENDENTES:</b>          Número de dentes naturais presentes em boca; autoavaliação da saúde bucal; dor; desconforto ao comer; estado de saúde bucal autorreferido; frequência de visitas ao dentista nos últimos 2 anos; dificuldade de acesso aos cuidados de rotina; local de moradia.</p>
<p>Camargo MB, Dumith SC, Barros AJD</p> <p>2009</p>	<p>Brasil</p> <p>Pelotas/RS</p>	<p>2961</p>	<p>Faixas etárias:</p> <p>20-39;          40-59;          ≥60</p>	<p>Estimar a prevalência de uso regular de serviços odontológicos por adultos e identificar grupos onde este comportamento é mais frequente.</p>	<p><b>DEPENDENTE:</b>          Uso regular de serviço odontológico  <b>INDEPENDENTES:</b>          Sexo; idade; situação conjugal; escolaridade (em anos); nível econômico (quintis); tipo de serviço procurado, autopercepção da saúde bucal, necessidade percebida de tratamento odontológico, acesso a orientações sobre prevenção e perguntas:          “Dentistas recomendam mais tratamento que necessário?; .Todo mundo perde os dentes com o passar do tempo?; Salvar os dentes da frente é mais importante que</p>

					salvar os dentes de trás?''
Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF  2010	Brasil  Ponta Grossa/RS e São Paulo/SP	246	≥35 (idosos: ≥60)	Identificar os fatores individuais associados à utilização de serviços odontológicos por parte de adultos e idosos de baixa renda residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em Ponta Grossa, PR.	DEPENDENTE: Consulta odontológica não recente (Foi ao dentista há mais de 3 anos) INDEPENDENTES: Idade; gênero; grau de instrução; situação do domicílio; frequência de higiene bucal; consulta apenas em caso de dor; renda familiar; recebe visita de Agente Comunitário de Saúde; possui dentista regular; local referência das consultas; relato de problemas bucais; uso de prótese total; impacto da condição bucal na qualidade de vida; classificação da saúde bucal.
Baldani MH, Antunes JLF  2011	Brasil  Ponta Grossa/RS e São Paulo/SP	747	Faixas etárias:  0-6; 7-14; 15-59; ≥60	Investigar a presença de desigualdades no acesso e uso de serviços odontológicos por pessoas residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Ponta Grossa,	DEPENDENTE: Usou o serviço odontológico no último ano INDEPENDENTES; <u>Fatores predisponentes:</u> Idade (nas faixas etárias referidas); gênero; casa própria; <u>Fatores de necessidade:</u> Autopercepção de saúde bucal; <u>Fatores facilitadores:</u> Renda

				Paraná, Brasil, e identificar os determinantes individuais relacionados.	mensal familiar; visitado regularmente por Agente Comunitário de Saúde; presença de um dentista regular; tipo de serviço de referência.
Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA  2008	Brasil  Minas Gerais/BH	1014  2 estratos: dentados e edêntulos	65-74	Investigar as características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos da Região Sudeste do Brasil.	DEPENDENTE: Uso de serviço odontológico no último ano INDEPENDENTES: <u>Sistema de atenção à SB:</u> Tipo de serviço odontológico utilizado; <u>Características pessoais:</u> <u>Predisposição:</u> Raça; sexo; escolaridade (em anos); local de residência; se recebeu informações sobre saúde bucal; disponibilidade de recursos; <u>Necessidades:</u> Motivo da consulta; dor nos últimos 6 meses; autopercepção da necessidade de tratamento; necessidade de prótese <u>Condições de saúde bucal:</u> Saúde periodontal ao exame; uso de prótese; CPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados); alterações de tecidos moles;

					Percepção da condição de saúde bucal: Auto percepção de saúde bucal; auto percepção de mastigação; Auto percepção de relacionamento; auto percepção da aparência; auto percepção da fala.
Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM.  2008	Brasil  Minas Gerais/BH	5009 (2305 dentados e 2704 edêntulos)	65-74	Conhecer os fatores associados ao uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros, utilizando o modelo conceitual de Andersen & Davidson e os dados do projeto SB Brasil 2002/2003.	DEPENDENTE: Uso por rotina de serviços odontológicos INDEPENDENTES: Estratos: <u>Dentados e Edêntulos:</u> <u>Ambiente externo:</u> Macrorregião do Brasil; localização residencial; <u>Sistema de atenção à SB:</u> Se usou o serviço há menos ou há mais de 1 ano; tipo de serviço utilizado; <u>Características pessoais:</u> Cor da pele; sexo; escolaridade (em anos); acesso a informações sobre como evitar problemas bucais.

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

## 2.2. CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO IDOSA BRASILEIRA

A saúde bucal é essencial para a saúde geral e bem-estar de idosos. As doenças sistêmicas e condições relacionadas podem impactar negativamente a saúde bucal destes indivíduos e um estado de saúde pobre pode significativamente contribuir para um aumento do nível de morbidade geral e mortalidade.<sup>36</sup> Nesse sentido, apresentar uma boa condição de saúde bucal é parte importante na apresentação ou percepção de uma boa saúde em todas as idades.

Detalhando os dados do último levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal<sup>21</sup>, já referido neste estudo, que contou com uma amostra de 37.519 indivíduos examinados pertencentes às faixas etárias de: 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos, constatou-se que o número de dentes perdidos, acometidos e restaurados por doença cárie, verificado pela utilização do índice CPOD, aumenta com a idade, passando de uma média de 16,7 na faixa etária de 35 a 44 anos, para a média de 27,5 na faixa etária de 65 a 74 anos.<sup>21</sup>

O componente perdido foi responsável por aproximadamente 93% do CPOD nos idosos. No entanto, a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Federação Dentária Internacional, para o ano 2000, era de 50% da população idosa com vinte dentes ou mais presentes em boca. Na faixa etária de 65 a 74 anos, apenas 23,5% não usava algum tipo de prótese dentária superior e a porcentagem de usuários de prótese total foi de aproximadamente 63% para o Brasil.

Quanto ao uso de serviços odontológicos, 42,3% dos idosos pesquisados não iam ao dentista havia três anos ou mais e quase 15% nunca haviam ido ao dentista. Segundo o tipo de serviço utilizado, aproximadamente 29% relataram o serviço público e 60% utilizaram o serviço privado.<sup>19</sup>

Os dados indicam que, apesar do aumento considerável no número de idosos no país, a condição de saúde bucal deste grupo populacional não tem recebido a atenção suficiente e necessária para lidar com a carga de doença bucal acumulada ao longo da vida.

O panorama atual da saúde bucal dos idosos brasileiros é fruto da herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras, as quais são uma das causas responsáveis por este quadro precário atual, com ausência de dentes, acúmulo de necessidades de tratamento e grande demanda por serviços protéticos.<sup>37</sup>

Tem sido constatado que o uso de serviços odontológicos por rotina é um importante preditor de saúde bucal. O uso de serviços odontológicos com periodicidade e frequência adequadas coopera para a manutenção da saúde bucal na medida em que se torna possível a adoção de procedimentos preventivos individuais e o tratamento precoce de doenças e agravos em todas as idades.<sup>20</sup>

Entre os idosos, tem sido verificada relação entre a presença de dentes e o uso de serviços odontológicos, de tal forma que aqueles que têm utilizado mais os serviços desta natureza, tendem a apresentar maior número de dentes.<sup>38,39</sup>

### 2.3. ESTUDOS ACERCA DO ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Resultados de inquérito realizado pela OMS em 2010<sup>40</sup>, em vários países, confirmaram as profundas disparidades em saúde bucal entre idosos dentro de cada país avaliado e entre os países, incluindo também as precárias condições socioeconômicas em que alguns idosos vivem, e que contribuem para sua subutilização dos serviços de saúde bucal, mesmo quando estes estão disponíveis.<sup>40</sup>

Os gestores públicos e fornecedores destes serviços quase sempre dão baixa prioridade para este grupo populacional e não estão suficientemente cientes da necessidade de serviços odontológicos regulares. A disponibilidade de informações atualizadas sobre a saúde bucal dos idosos, geralmente presente em países desenvolvidos, auxilia na organização destes serviços, porém países em desenvolvimento e emergentes geralmente ainda não possuem um sistema organizado de dados sobre a utilização destes serviços.<sup>40</sup>

Inquérito ocorrido na Europa em 2006-2007, denominado *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE)<sup>41</sup>, analisou o uso de serviços de saúde entre os idosos e confirmou diferenças substanciais deste padrão de utilização: 82% dos idosos suecos consultaram um dentista no ano anterior ao referido inquérito, enquanto que apenas 24% dos idosos poloneses o fizeram. Em termos de necessidade de tratamento odontológico, as taxas de edentulismo variaram de 15% na Áustria a 61% na Holanda, sendo encontradas proporções para perdas dentárias que foram desde 13% (Suécia) até 61% (Áustria). Melhores capacidades mastigatórias foram encontradas na Suécia (92%) e piores, na Polônia (67%). A principal descoberta do estudo é que os idosos de países que mais consultaram o dentista no ano anterior à pesquisa

apresentaram as menores taxas de tratamento invasivo (não preventivo) em geral.<sup>41</sup>

Resultados do levantamento nacional em saúde bucal realizado em 2010 em duas regiões do Reino Unido (Yorkshire e Humber), com uma população de 16 anos ou mais, no qual o número de participantes na faixa etária de 65 a 74 anos foi aproximadamente o dobro daqueles com idade entre 16 e 34 anos, mostraram que, em geral, 80,3% dos participantes consultaram o dentista nos últimos 2 anos anteriores à pesquisa; 7,5% consultaram entre 2 e 5 anos antes; 10,9% consultaram havia mais de 5 anos e 1,3% relataram nunca haver consultado. Dos indivíduos edêntulos, apenas 32,5% consultaram nos últimos 2 anos. Dos dentados, mais mulheres do que homens relataram haver consultado nos últimos 2 anos (81,8% contra 74,0%). As consultas também variaram conforme a vulnerabilidade social dos bairros, sendo que aqueles que residiam em áreas do quintil mais vulnerável, eram os mais prováveis de relatarem não terem consultado nos últimos 2 anos. Estes achados revelaram desigualdades nas experiências de uso de serviços e demanda para tratamento odontológico principalmente entre as regiões de maior e menor vulnerabilidade social.<sup>42</sup>

Estudo longitudinal que é parte do “*Australian Longitudinal Survey of Women’s Health*”, um levantamento epidemiológico que investigou múltiplos fatores que afetam a saúde e o bem-estar de mulheres australianas ao longo de 20 anos, teve como foco da pesquisa mulheres do coorte mais idoso (70 a 75 anos), que foram analisadas em 3 levantamentos, nos anos de 1999, 2002 e 2005. Ao longo de seis anos de estudo, foi possível identificar fatores associados à regularidade de consultas ao dentista. A porcentagem de mulheres que consultaram o dentista nos anos pesquisados foram 35%, 36% e 37%, respectivamente. O grupo de mulheres com maior prevalência de consulta ao dentista era formado pelas que viviam em áreas urbanas, eram não fumantes, não tinham diabetes e apresentavam uma melhor saúde física. Constatou-se que, aproximadamente 64% destas mulheres, consultam o dentista menos de uma vez por ano e que aquelas que apresentam uma saúde mais precária são as mais prováveis de consultar menos o dentista.<sup>43</sup>

Idosos norte americanos residentes na zona rural do estado da Carolina do Norte participaram de uma pesquisa<sup>44</sup> que analisou fatores de predisposição, de necessidade e facilitadores associados ao uso regular e recente (consulta no ano anterior à pesquisa) de serviços odontológicos. Cerca de um quarto de todos os participantes (172 indivíduos/ 27,1%) relataram receber tratamento odontológico regular e aproximadamente um terço (233 indivíduos/ 36,7%), afirmou receber

tratamento odontológico recente. A maioria (478 idosos/ 72,1%) relatou ter consultado um dentista somente quando tinha algum problema de saúde bucal. Dos 413 dentados, 163 (39,5%) receberam tratamento regular enquanto apenas 9 (4,1%) dos 222 participantes edêntulos receberam tratamento nesta condição. Similarmente, 210 (50,8%) dos participantes dentados e 23 (10,4%) dos edêntulos receberam tratamento odontológico recente. Devido ao pequeno número de pacientes edêntulos que receberam tratamento odontológico tanto recente quanto regular, as análises incluíram somente os dentados. Confirmando outros achados<sup>26,39</sup>, aqui também se verificou que a proporção de consultas recentes é maior entre indivíduos dentados, porém os autores concluíram que receber tratamento odontológico regular é ainda menos comum que receber tratamento recente, mesmo que ambos tenham sido infrequentes para estes idosos.<sup>44</sup>

Um estudo realizado na Indonésia<sup>45</sup> utilizou dados secundários de levantamento nacional socioeconômico designado *Indonesian National Socioeconomic Surveys (Susenas)* nos anos de 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 e 2009. O grupo etário com maior número de participantes no *Susenas* foi aquele com indivíduos de até 15 anos (31,0%). Entretanto, os indivíduos que relataram necessidade de tratamento odontológico e utilização deste, estiveram mais concentrados na faixa etária de 30 a 44 anos. Uma grande proporção (40,0%) de participantes do *Susenas* possuía alto poder aquisitivo. No entanto, participantes pertencentes aos quintis que apresentavam pior condição socioeconômica, relataram maior necessidade (21,9%) para tratamento odontológico. Este tipo de tratamento foi predominantemente utilizado pelo grupo de poder aquisitivo mais alto (22,8%), revelando que maior utilização de serviços odontológicos está concentrada entre os grupos com melhor nível socioeconômico.<sup>45</sup>

Ainda nos EUA, estudo realizado no estado de Minnesota<sup>46</sup> com idosos beneficiários do *Medicare* verificou que, em geral, a proporção de beneficiários que relatou consulta odontológica anual aumentou levemente de 45,0% (1998) para 46,3% (2006) em 8 anos. Houve aumentos significativos na prevalência de consultas odontológicas para indivíduos nas faixas etárias de 75 a 84 anos (40,3%) e para aqueles com 85 anos ou mais (11,1%). Entre os idosos do grupo com níveis mais baixos de renda e instrução, a taxa de relatos de consultas odontológicas foi menor em 2006 que em 1998.<sup>46</sup>

No âmbito nacional, foi realizado estudo<sup>39</sup> que investigou as condições de saúde bucal, o uso de serviços odontológicos e a autopercepção da saúde bucal entre os idosos da Região Sudeste

utilizando os dados do SB Brasil 2002/2003. Foi verificado que 187 idosos (18%) usaram serviços odontológicos há menos de um ano do inquérito e 827 deles (82%), utilizaram havia um ano ou mais. Do total, 345 eram dentados e 669 edêntulos, sendo a prevalência de uso, 32% e 11%, respectivamente. Entre os dentados, o uso foi maior entre os idosos que percebiam a fala influenciada pela saúde bucal e menor entre os residentes rurais; com menor renda; que utilizaram o serviço por apresentarem problemas bucais; que tinham sextante excluído no exame periodontal; que necessitavam de prótese e que percebiam a aparência como péssima. Entre os edêntulos, o uso foi maior entre idosos com 5 a 8 anos de escolaridade; que relatavam sensibilidade dolorosa; que percebiam a aparência como péssima; e menor entre idosos que usaram o serviço por apresentarem problemas bucais e que percebiam os relacionamentos sociais influenciados pela condição bucal. Os autores enfatizam que o menor uso entre idosos que mais necessitam sugere iniquidade no acesso aos serviços odontológicos.<sup>39</sup>

Outro estudo nacional<sup>47</sup> analisou a evolução do perfil de utilização de serviços de saúde, incluindo serviços odontológicos, entre 2003 e 2008, no Brasil e suas macrorregiões, por meio da análise dos dados da PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) nestes anos. A proporção de indivíduos que procuraram serviços de saúde em geral não se alterou, assim como a parcela dos que conseguiram atendimento (96%), entre 2003 e 2008. O SUS respondeu por 56,7% dos atendimentos, realizando a maior parte das internações, vacinação e consultas e somente um terço das consultas odontológicas. Em 2008, manteve-se o gradiente de redução de utilização de serviços de saúde SUS conforme o aumento de renda e escolaridade. Houve decréscimo da proporção dos que procuraram serviços de saúde para ações de prevenção e aumento de procura para problemas odontológicos, acidentes e lesões e reabilitação. Os autores concluíram que quanto menor a posse de planos privados de saúde, maior a proporção de utilização do SUS. Mais de 50% procurou o serviço por motivo de doença e houve maior procura pelo serviço entre mulheres e entre aqueles com maior escolaridade.<sup>47</sup>

Em 2002, foi conduzido um estudo<sup>48</sup> utilizando parte dos dados do questionário *Brazil Old Age Schedul* (BOAS) com idosos residentes em Florianópolis (SC), a fim de analisar questões relativas à autopercepção dos entrevistados sobre suas condições de saúde bucal bem como referente ao uso de serviços odontológicos, os quais foram associados a variáveis sociodemográficas. Observou-se a discrepância entre os dados sobre percepção de saúde bucal e reais condições de

saúde bucal, tais como altas porcentagens de falta de dentes e presença de próteses, revelando a maneira singular como o idoso percebe esse aspecto de sua saúde. Com relação à percepção subjetiva acerca do estado geral de saúde, 70,2% dos idosos consideraram sua saúde como boa ou ótima. Para aproximadamente 65% dos idosos, o estado dentário foi considerado bom ou ótimo; todavia, 66,0% deles afirmaram que lhes faltava a maioria dos dentes e 75,1% relataram usar algum tipo de prótese dentária (parcial ou total). A maioria dos idosos (89,3%) relatou não ter ido ao dentista nos últimos três meses, dos quais 52% relataram não procurar o cirurgião-dentista havia muito tempo. Entre os que buscaram atendimento odontológico (48%), 69% consultaram profissionais na rede privada. O estado dos dentes somente mostrou-se associado significativamente à renda familiar. A consulta odontológica recente esteve associada à necessidade de próteses e encaminhamento médico.

Em Pelotas (RS), procurou-se investigar padrões de utilização de serviços odontológicos na população.<sup>49</sup> Aproximadamente 60% dos entrevistados consultaram um dentista no último ano. A proporção da população que realizou consultas, no último ano, entre adolescentes, adultos e idosos, foi de 52,2% 53,6% e 37,2%, respectivamente. Os idosos perfizeram somente 14,9% da amostra. Confirmando resultados de outros estudos<sup>17,18,19,20</sup>, verificou-se que adultos e jovens consultaram mais do que os idosos. Concluiu-se também que os determinantes da utilização de serviços para estas três faixas etárias foram: escolaridade igual ou maior a 9 anos, maior nível econômico e autorreferência à existência de problemas bucais. Entre os idosos, aqueles portadores de problemas bucais consultaram 100,0% mais do que os que não perceberam problemas. Outro dado relevante é que, enquanto 38,5% dos indivíduos pertencentes ao quintil mais pobre nunca consultaram o dentista, apenas 4,0% dos indivíduos que faziam parte do quintil mais rico da população relatou nunca haver consultado. Os autores salientam a importância de priorizar grupos populacionais com maiores dificuldades no acesso e utilização desses serviços.<sup>49</sup>

Em Ponta Grossa (PR)<sup>50</sup>, indivíduos com idade entre zero e 88 anos participaram de um estudo sobre uso recente de serviços odontológicos, no qual verificou-se que 41% dos entrevistados haviam consultado um dentista no ano anterior ao inquérito e 15% nunca haviam consultado. As maiores proporções de uso recente destes serviços foram observadas entre crianças em idade escolar e adultos (55% e 47%, respectivamente) e as menores proporções, entre os idosos (19%), sendo que crianças em idade escolar apresentaram uma

prevalência de uso recente quase 3 vezes maior que os idosos. Procedimentos de rotina e prevenção foram as principais razões para procura ao dentista no grupo dos pré-escolares, e dor de dente foi a principal razão para a procura entre os demais grupos. Maiores proporções de uso recente de serviços odontológicos foram encontradas entre aqueles que relataram que procurariam serviço privado se necessário. Entre as variáveis socioeconômicas avaliadas, a maior proporção de consultas recentes ocorreu entre indivíduos que tinham casa própria e entre aqueles do grupo de maior renda. A presença de um local de referência para atendimento odontológico também favoreceu o uso recente de serviços odontológicos.<sup>50</sup>

Outro estudo<sup>25</sup> realizado também em Ponta Grossa (PR), em 2010, buscou identificar os fatores individuais associados à utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda residentes na área de abrangência da ESF. Foram utilizados parte dos dados de um estudo de base populacional que teve por objetivo identificar desigualdades na utilização e acesso a tratamento odontológico neste município. Sessenta e nove por cento dos idosos consideraram sua saúde bucal como boa ou muito boa e 38% dos idosos acreditavam necessitar de tratamento odontológico. Setenta e seis por cento dos idosos usavam prótese total. Apenas 27% dos entrevistados consultaram o dentista no ano anterior ao estudo, sendo que 67% dos idosos não frequentaram o dentista havia 3 anos ou mais. Os autores concluíram que os indivíduos que foram ao dentista havia 3 anos ou mais eram predominantemente idosos, possuíam baixa escolaridade, utilizavam prótese total, higienizavam dentes ou próteses com menor frequência e classificavam a sua saúde bucal como muito boa ou boa.<sup>25</sup>

Um estudo<sup>51</sup> buscou avaliar o uso regular de serviços odontológicos entre adultos do município de Pelotas (RS), identificando grupos nos quais este comportamento é mais frequente. A prevalência de uso regular encontrada foi de 32,8%. Estiveram positivamente associadas ao uso de forma regular as seguintes características: ser do sexo feminino, ter idade menor ou igual a 60 anos, não ter companheiro, ter alta escolaridade, ter alto nível econômico, usar serviços de saúde privados, ter autopercepção de saúde bucal boa ou ótima, não ter autopercepção de necessidade de tratamento, ter recebido orientação sobre prevenção e ter manifestado opinião favorável ao atendimento do profissional.<sup>51</sup>

Outro estudo<sup>52</sup> realizado também em Pelotas (RS), em 2012, procurou investigar a prevalência do uso regular de serviços odontológicos por adultos e idosos em comunidade vulnerável e

identificar fatores associados. Os resultados do estudo mostraram que a prevalência de uso regular de serviços odontológicos foi de 25,7%. A prevalência de uso regular foi inversamente proporcional ao aumento da idade; sendo que no serviço privado, esta foi aproximadamente o dobro quando comparada ao serviço público. A prevalência de uso regular foi maior entre os indivíduos com escolaridade igual ou maior a 12 anos, com maior poder aquisitivo, que utilizaram serviços privados de saúde, com ótima autopercepção de saúde bucal e autopercepção de necessidade de consultas para fins de revisão.<sup>52</sup>



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

Estimar a prevalência de consulta odontológica remota entre idosos de um município de pequeno porte e investigar sua associação com as diferentes variáveis independentes pesquisadas.

#### **3.2. OBJETIVO ESPECÍFICO**

Verificar associações entre consulta odontológica remota e as variáveis socioeconômicas e demográficas, de hábitos relacionados à saúde bucal, características psicossociais, situação de saúde e condições de saúde bucal da amostra em estudo, a fim de compreender quais características e condições influenciam neste padrão de utilização, quer individualmente quer associado ao conjunto de variáveis.



## 4. MÉTODO

### 4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de natureza aplicada, de caráter descritivo e de associação, do tipo transversal *post facto* com abordagem quantitativa, realizado por meio da utilização de dados secundários. O estudo está relacionado a duas pesquisas de cunho epidemiológico que ocorreram de forma concomitante, no município de Antônio Carlos, em Santa Catarina. A pesquisa foi conduzida a partir da análise dos bancos de dados oriundos do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal intitulado “Levantamento das condições de Saúde Bucal dos idosos de Antônio Carlos” e do Levantamento Epidemiológico em Atividade Física e Nutrição denominado “Efetividade de ações de saúde, atividade física e nutrição, em idosos do município de Antônio Carlos”, sendo ambos estudos de base populacional e domiciliar.

### 4.2. LOCAL DO ESTUDO

O município de Antônio Carlos, localizado há 32 quilômetros de Florianópolis - capital do Estado de Santa Catarina, é conhecido atualmente por ser o maior produtor de hortaliças do estado.<sup>53</sup>

A população deste município é composta por 7.466 indivíduos, sendo a faixa etária idosa constituída de 936 (12,55%) pessoas. Entre os idosos, 50,96% são mulheres.<sup>53</sup>

O município conta com uma Unidade de Saúde, localizada no centro da cidade, onde são dispensados atendimentos em saúde, inclusive na área odontológica. A Estratégia Saúde da Família (ESF) cobre todo o município, desde o ano de 2000, pelo trabalho de três equipes, com apenas uma Equipe de Saúde Bucal (40 horas).<sup>53</sup> O serviço odontológico conta ainda com mais dois dentistas com carga horária de 20 horas. Esta Unidade possui um consultório odontológico. Há também um veículo tipo “odontomóvel” para acesso às localidades mais distantes do centro e aos escolares.<sup>53</sup>

### 4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram considerados os indivíduos participantes do estudo “Efetividade de ações de saúde, atividade física e nutrição, em idosos do município de Antônio Carlos-SC”.<sup>54</sup> A população foi composta por todos os idosos cadastrados, em 2009, na ESF (N=917), atendendo aos

grupos etários de 60 a 79 anos e 80 anos ou mais. Os idosos que completaram 80 anos até 31 de maio de 2010 entraram no grupo de 80 anos ou mais e os demais compuseram o grupo de 60 a 79 anos.

No grupo de 80 anos ou mais foram incluídos todos os idosos, ou seja, 134 indivíduos. Para a faixa etária de 60 a 79 anos foi calculada amostra. Foi considerada amostragem simples ao acaso, dentro de cada área de abrangência da ESF. Este grupo incluía 782 idosos e a amostra calculada foi de 471 indivíduos (margem de erro de 5 pontos percentuais, prevalência de 50%, poder de teste de 80% e perda amostral de 15%).

Ao final do período de coleta (dezembro/2010 a abril/2011) foram avaliados, para a faixa etária de 60 a 79 anos, por ambos os estudos epidemiológicos, 300 idosos ( $n_{60-79}=300$ ) aumentando a margem de erro para 5,6 pontos percentuais. Embora fosse intenção a cobertura integral do grupo de idosos com 80 anos ou mais, o levantamento de saúde bucal atingiu somente 101 idosos ( $n_{80+}=101$ ). Os critérios de perda amostral foram os seguintes: ausência de informante adequado (caso houvesse necessidade); indivíduo ausente do município por mais tempo que a pesquisa de campo ou após pelo menos duas visitas domiciliares; e impossibilidade de acesso ao domicílio, devido às condições das estradas rurais.

Para a análise realizada por este estudo, foram analisados 401 registros de idosos ( $n=401$ ). Visto que a amostragem estratificada não foi proporcional, foram usados pesos amostrais para a análise dos dados.

#### 4.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados do Levantamento Epidemiológico em Atividade Física e Nutrição foi realizada por meio de um questionário baseado na pesquisa SABE “Saúde Bem Estar e Envelhecimento”.<sup>55</sup> Já a do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal foi realizada por meio de uma versão adaptada do questionário utilizado no SB BRASIL 2010<sup>21</sup>, adicionadas algumas questões sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal medida pelo índice OHIP-14 (*Oral Impact Health Profile* com 14 itens).

O trabalho de campo foi realizado por alunos de graduação e pós-graduação da área da saúde e pelas coordenadoras das referidas pesquisas. Foi realizado treinamento prévio para testagem, refinamento e calibração do questionário e exames clínicos. A conferência dos questionários obtidos e o treinamento dos entrevistadores foram feitos pelas coordenadoras das pesquisas.

## 4.5. VARIÁVEIS

### 4.5.1. Variável Dependente:

A variável dependente utilizada foi “Ocorrência de consulta odontológica remota”. Esta foi obtida por meio da pergunta “Quando foi atendido?”, presente no questionário utilizado no estudo sobre condições de saúde bucal. A variável foi dicotomizada: Categoria 1: para atendimento ocorrido havia 3 anos ou mais e Categoria 2, para última consulta realizada há menos de 3 anos. A forma como a variável foi coletada encontra-se no Questionário “Saúde Bucal dos Idosos de Antônio Carlos” (APÊNDICE A – Bloco “Utilização de serviços odontológicos” item 2.1).

### 4.5.2. Variáveis Independentes:

As variáveis independentes utilizadas foram agrupadas em cinco blocos. O bloco 1 composto por variáveis socioeconômicas e demográficas; o bloco 2 agrupa as variáveis de hábitos relacionados à saúde bucal; o bloco 3 reúne as variáveis psicossociais; o bloco 4 contém uma variável relacionada à situação de saúde geral do idoso e o quinto bloco, é constituído pelas variáveis de condições de saúde bucal.

A seguir, estão dispostas as variáveis pertencentes a cada bloco:

Bloco 1 - Socioeconômicas e demográficas: idade (< 80 anos; ≥ 80 anos), sexo (feminino; masculino), alfabetizado (sim; não), arranjo familiar (vive sozinho; vive acompanhado) e local da última consulta (serviço privado; serviço público);

Bloco 2 - Hábitos relacionados à saúde bucal: tabagismo (nunca fumou; ex-fumante/fumantes atuais), consumo de bebidas alcóolicas (nenhum; de 1x a 6x por semana), frequência de escovação dos dentes (mais de 2x ao dia; menos de 2x ao dia) e frequência de escovação das próteses (mais de 2x ao dia; menos de 2x ao dia);

Bloco 3 - Psicossociais: autopercepção da saúde geral (excelente/ótima/boa; regular/ruim) e autopercepção da saúde bucal (excelente/ótima/boa; regular/ruim);

Bloco 4 - Situação de saúde do idoso: morbidades associadas, dentre elas: hipertensão, diabetes, doença cardíaca e doença pulmonar (0 a 2 morbidades associadas; 3 ou mais morbidades associadas);

Bloco 5 - Condições de saúde bucal: dor na boca ou dentes (sim; não), presença de doença cárie (sem cárie; com cárie), uso de prótese (sim; não), necessidade de prótese superior (não necessita; necessita de algum tipo de prótese superior), número de dentes perdidos por doença cárie (menos de 26; 26 ou mais dentes), edentulismo (não; sim) e doença periodontal autorreferida (sem doença periodontal; presença doença periodontal).

#### 4.6. ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer Levantamento em Saúde Bucal: nº 264/06 e parecer Levantamento em Atividade Física e Nutrição: nº 189/09 – ANEXOS A e B, respectivamente.). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi solicitado ao responsável assinar este termo, caso o idoso estivesse impossibilitado, por algum motivo anteriormente previsto e relatado ao Comitê.

#### 4.7. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Nas análises descritivas foram empregadas proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) para as variáveis categóricas.

Estabeleceu-se cadeia de determinantes constituída pelas variáveis que poderiam influenciar a ocorrência de consulta odontológica remota.

Variáveis socioeconômicas e demográficas estiveram no nível mais distal: idade, sexo, alfabetização, arranjo familiar e local da última consulta. Variáveis sobre hábitos relacionados à saúde bucal compuseram o nível intermediário: tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, frequência de escovação de dentes e frequência de escovação de próteses removíveis juntamente com as Variáveis psicossociais: autopercepção da saúde bucal e autopercepção da saúde geral e também com a Variável sobre a situação de saúde do idoso: Morbidades associadas. Por fim, as Variáveis de condições de saúde bucal (dor na

boca ou dentes, presença de doença cárie, uso de prótese, necessidade de prótese superior, número de dentes perdidos por doença cárie, edentulismo e doença periodontal autorreferida) integraram o nível mais proximal à variável desfecho.

As associações entre as variáveis independentes e a variável dependente foram verificadas usando-se estimativas brutas e ajustadas das Razões de Prevalências, por ponto e por IC95%, por meio do modelo de regressão de Poisson. Nas análises brutas, as prevalências de consulta odontológica remota foram calculadas para cada categoria das variáveis independentes, e o nível de significância foi testado por meio do teste de Wald para tendência linear e para heterogeneidade.

Na análise ajustada foi aplicado regressão de Poisson com variância robusta e teste de heterogeneidade de Wald.

Para efeito das análises ajustadas, foram incluídas as variáveis que apresentaram significância estatística de pelo menos 20% ( $p \leq 0,20$ ) nas análises brutas, seguindo a ordem de um modelo hierárquico para determinação dos desfechos<sup>56</sup>, como apresentado no detalhamento do modelo abaixo. Para a seleção de variáveis em cada nível, no modelo ajustado, foi realizado o processo de seleção para atrás (Backward). Primeiramente, as variáveis do nível 1 foram ajustadas entre si, sendo mantidas nos modelos aquelas que obtiveram  $p \leq 0,20$ , para ajuste das variáveis nos níveis seguintes. Posteriormente, foram incluídas as variáveis do nível 2 ( $p \leq 0,20$  na análise bruta). As variáveis que permanecerem com significância estatística de pelo menos 20% foram mantidas nos modelos, juntamente com as variáveis do nível 1, para realizar o ajuste nas variáveis do nível 3, onde também foram acrescentadas as que obtiveram valor de  $p \leq 0,20$  nas análises brutas. Para o ajuste no nível 4, foram acrescentadas as variáveis que permaneceram com significância estatística de pelo menos 20% ( $p \leq 0,20$ ) na análise bruta. Nesta etapa, as variáveis que permaneceram com significância estatística de pelo menos 20% foram mantidas nos modelos finais, juntamente com as variáveis dos níveis 1, 2 e 3. O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

Todas as análises foram ponderadas para o efeito de delineamento do estudo (peso pós-estratificação). Foi adotado nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95% (IC 95%), utilizando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*) versão 17.0®.

## 4.8. MODELO HIERÁRQUICO

### **Nível 1: Condições socioeconômicas e demográficas**

#### **Idade, sexo, alfabetização, arranjo familiar e local da última consulta odontológica**

As condições demográficas como sexo e idade, ocupam um espaço distal na determinação de doenças bucais, exercendo influência sobre as condições socioeconômicas como a renda e a escolaridade<sup>57</sup>, utilização de serviços, condições bucais e também na autoavaliação da saúde bucal.

Condições socioeconômicas insatisfatórias e condições de vida precárias dificultam a prioridade do cuidado em saúde bucal bem como se traduzem também em dificuldades no acesso aos serviços odontológicos, resultando em uma atenção à saúde bucal de pior qualidade e em perdas dentárias. Estas diferenças observadas entre classes sociais deixam marcas bucais causadas pela iniquidade e prejuízos à autoestima e inclusão social.<sup>58</sup>

No que diz respeito à escolaridade, embora as relações causais com desfechos em saúde não sejam imediatas elas exercem importante influência na compreensão das desigualdades nos níveis de saúde da população<sup>59</sup>. A escolaridade também é vista como uma das principais barreiras para o uso de serviços odontológicos.<sup>27</sup>

Vários estudos remetem à importância de possuir uma fonte regular de cuidados odontológicos como fator facilitador para a utilização de serviços odontológicos. Observa-se, ainda, que a maioria dos indivíduos que foi ao dentista havia três anos ou mais não possui uma fonte regular de cuidados odontológicos e que aqueles que possuíam um dentista regular tiveram quase três vezes mais chance de havê-lo consultado no último ano.<sup>25</sup>

### **Nível 2: Intermediário**

#### **Hábitos relacionados à saúde bucal**

#### **Tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e frequência de escovação de dentes e/ou próteses**

Idosos tabagistas, por terem sofrido em suas vidas exposições mais longas ao fumo, a cigarros sem filtro e com elevados teores de nicotina têm maior risco atual de apresentar doenças relacionadas ao

cigarro<sup>60,61</sup> do que coortes de gerações posteriores. O consumo de tabaco pelos idosos tende a favorecer o surgimento de comorbidades, ampliando os gastos deste grupo etário com cuidados de saúde.<sup>61</sup>

Indivíduos que higienizavam dentes e/ou próteses com menor frequência, apresentaram maiores chances de haver consultado um dentista havia três anos ou mais.<sup>25</sup>

### **Características psicossociais**

#### **Autopercepção de saúde geral e autopercepção de saúde bucal**

Entre idosos, a principal razão para não procurar o serviço odontológico é a não percepção da necessidade.<sup>62</sup>

A autopercepção da saúde bucal é mais informativa de como a doença afeta a vida dos indivíduos do que as medidas objetivas da doença.<sup>63</sup> Esta percepção é um importante indicador de saúde, pois resume a condição de saúde objetiva e subjetiva, os valores e as expectativas culturais. Alguns estudos têm demonstrado que a maioria das pessoas percebe sua condição bucal de maneira mais favorável, mesmo em condições clínicas desfavoráveis, e isso se dá provavelmente devido ao fato de que muitas doenças que seriam diagnosticadas clinicamente, passam despercebidas por permanecerem assintomáticas e provavelmente, o indivíduo desconhece sua presença.<sup>49</sup>

### **Situação de saúde**

#### **Morbidades associadas**

Alguns estudos têm demonstrado relações entre o comprometimento da saúde bucal e a possibilidade de ocorrência de doenças sistêmicas. Os cuidados relacionados à prevenção de doenças e à manutenção da higiene bucal podem evitar a progressão de doenças cardíacas, respiratórias e doenças renais crônicas.<sup>64</sup>

Recentemente estudos direcionam suas atenções na possibilidade de que a bactéria na cavidade bucal e a inflamação periodontal podem influenciar a iniciação e a progressão de uma série de processos de doenças sistêmicas. A placa dental leva à inflamação periodontal, sendo a gengivite a manifestação inicial deste processo. Através de uma adequada intervenção, essa situação pode ser revertida e o periodonto retornar ao estado saudável<sup>64</sup>. Em casos em que a periodontite não é tratada por muitos anos é possível que ocorra uma contribuição para

desencadear doenças cardiovasculares e acidente vascular cerebral, doenças respiratórias e desfechos adversos na gravidez.<sup>64</sup>

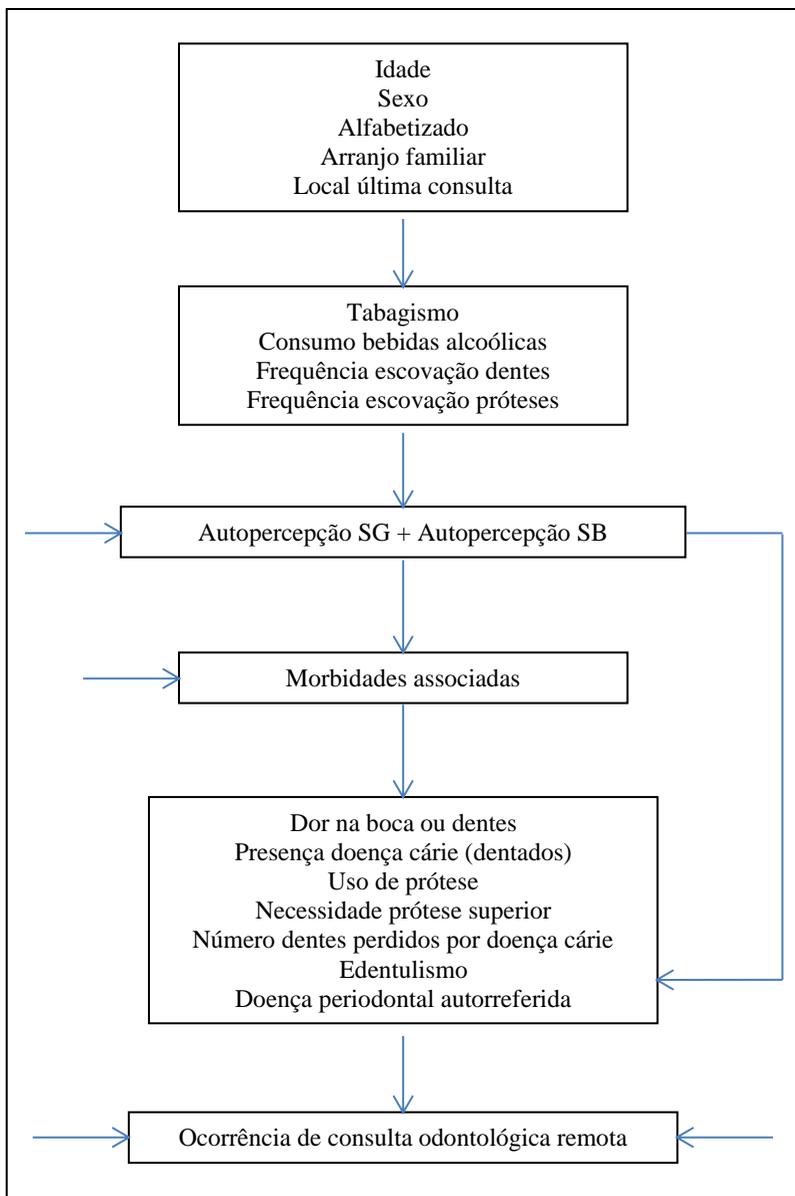
### **Nível 3: Condições de saúde bucal**

Já é conhecido que agravos bucais podem exercer influência negativa na vida diária da maioria das pessoas, em especial nos indivíduos com mais de 60 anos, principalmente em pacientes edêntulos e entre aqueles dentados que não possuem atendimento odontológico regular.

Indivíduos que referiram ter algum problema de saúde bucal utilizaram mais os serviços odontológicos, sendo que entre os idosos, aqueles portadores de problemas de saúde bucal consultaram 100% mais do que os que não perceberam problemas desta natureza.<sup>49</sup>

### **Desfecho: Ocorrência de consulta odontológica remota**

O modelo proposto considera que a maneira como os idosos utilizam os serviços odontológicos, especificamente a procura por consulta com dentista, sofre influência de fatores socioeconômicos e demográficos, de hábitos relacionados à saúde bucal, características psicossociais, da situação de saúde e das condições de saúde bucal.

**Quadro 3** – Modelo hierárquico proposto para a Análise Multivariável



## 5. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 401 indivíduos idosos com média etária de 72,8 anos (DP=  $\pm 8,56$ ), sendo 57,9% (n=232) do sexo feminino.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos idosos segundo as variáveis independentes do estudo.

**Tabela 1** – Distribuição dos idosos segundo as variáveis independentes. Antônio Carlos/SC, 2010/2011.

Variáveis	n	%
<b><i>Idade (401)</i></b>		
< 80 anos	300	74,8
>= 80 anos	101	25,2
<b><i>Sexo (401)</i></b>		
Feminino	232	57,9
Masculino	169	42,1
<b><i>Alfabetizado (401)</i></b>		
Sim	333	83,0
Não	68	17,0
<b><i>Arranjo familiar (401)</i></b>		
Vive acompanhado	345	86,0
Vive sozinho	56	14,0
<b><i>Local da última consulta (354)</i></b>		
Serviço privado	272	76,8
Serviço público	82	23,2
<b><i>Tabagismo (401)</i></b>		
Nunca fumou	281	70,1
Ex-fumante/Fumante atual	120	29,9
<b><i>Consumo de bebidas alcoólicas (400)</i></b>		
Nenhum	301	75,3
De 1x a 6x/semana	99	24,8
<b><i>Frequência escovação dentes (268)</i></b>		
+ de 2x/dia	74	27,6
- de 2x/dia	194	72,4

---

<b><i>Frequência escovação prótese (340)</i></b>		
+ de 2x/dia	123	36,2
- de 2x/dia	217	63,8
<b><i>Autopercepção Saúde Geral (389)</i></b>		
Excelente/ótima/boa	159	40,9
Regular/ruim	230	59,1
<b><i>Autopercepção Saúde Bucal (393)</i></b>		
Excelente/ótima/boa	325	82,7
Regular/ruim	68	17,3
<b><i>Morbidades associadas (353)</i></b>		
0 a 2 morbidades	353	88,7
3 ou mais morbidades	45	11,3
<b><i>Dor na boca ou dentes (400)</i></b>		
Sim	42	10,5
Não	358	89,5
<b><i>Presença de doença cárie (396)</i></b>		
Sem cárie	258	65,2
Com cárie	138	34,8
<b><i>Uso de prótese (394)</i></b>		
Sim	349	88,6
Não	45	11,4
<b><i>Necessidade de prótese superior (400)</i></b>		
Não necessita	115	28,8
Necessita de algum tipo de prótese superior	285	71,3
<b><i>Número de dentes perdidos por cárie (396)</i></b>		
Menos de 26 dentes	194	49,0
26 ou mais dentes	202	51,0
<b><i>Edentulismo (396)</i></b>		
Não	267	67,4
Sim	129	32,6
<b><i>Doença periodontal autorreferida (401)</i></b>		

---

Sem doença periodontal	373	93,0
Presença doença periodontal	28	7,0

Houve maior proporção de indivíduos com menos de 80 anos, alfabetizados, que viviam acompanhados e que consultaram pela última vez o dentista no serviço privado. A maior parte deles nunca fumou nem mesmo consumia bebidas alcoólicas regularmente e tinha por hábito escovar dentes e/ou próteses mais de duas vezes ao dia. Houve um maior número de indivíduos que perceberam sua saúde geral como regular ou ruim, enquanto que a maior parte deles avaliou sua saúde bucal como excelente, ótima ou boa.

Aproximadamente 87% dos idosos apresentam até duas morbidades, sendo que a maioria deles informou não ter dor na boca ou dentes nem mesmo apresentou doença cárie ativa. Cerca de 88% da amostra utiliza algum tipo de prótese e a maioria necessita de algum tipo de prótese superior, tendo relatado ter perdido 26 ou mais dentes por doença cárie, são indivíduos edêntulos e que não reportaram presença de doença periodontal.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos segundo variáveis independentes e ocorrência de consulta odontológica.

**Tabela 2** – Distribuição dos idosos segundo variáveis independentes e ocorrência de consulta odontológica. Antônio Carlos/SC, 2011.

Variáveis (n)	Ocorrência de consulta odontológica	
	RECENTE (< 3 anos) n (%)	REMOTA (≥ 3 anos) n (%)
<b>Socioeconômicas/demográficas</b>		
<b>Idade (396)</b>		
< 80 anos	178 (59,7)	120 (40,3)
≥ 80 anos	46 (46,9)	52 (53,1)
<b>Sexo (396)</b>		
Feminino	124 (54,4)	104 (45,6)
Masculino	100 (59,5)	68 (40,5)
<b>Alfabetizado (396)</b>		
Sim	185 (56,2)	144 (43,8)
Não	39 (58,2)	28 (41,8)
<b>Arranjo familiar (396)</b>		

Vive acompanhado	195 (57,4)	145 (42,6)
Vive sozinho	29 (51,8)	27 (48,2)
<b>Local última consulta (351)</b>		
Serviço privado	146 (53,9)	125 (46,1)
Serviço público	53 (66,3)	27 (33,8)

### Hábitos relacionados à saúde bucal

#### *Tabagismo (396)*

Nunca fumou	157 (56,7)	120 (43,3)
Ex fumante/Fumante atual	67 (56,3)	52 (43,7)

#### *Consumo bebidas alcoólicas (395)*

Nenhum	170 (57,0)	128 (43,0)
De 1x a 6x/semana	54 (55,7)	43 (44,3)

#### *Frequência escovação dentes (265)\**

+ de 2x/dia	54 (73,0)	20 (27,0)
- de 2x/dia	121 (63,4)	70 (36,6)

#### *Frequência escovação prótese (339)\**

+ de 2x/dia	75 (61,0)	48 (39,0)
- de 2x/dia	124 (57,4)	92 (42,6)

\*Estas variáveis apresentaram também a alternativa de resposta “NSA” – não se aplica – que se refere à ausência de dentes ou próteses a serem escovadas.

### Psicossociais

#### *Autopercepção Saúde Geral (385)*

Excelente/ótima/boa	90 (57,7)	66 (42,3)
Regular/ruim	128 (55,9)	101 (44,1)

#### *Autopercepção Saúde Bucal (396)*

Excelente/ótima/boa	178 (55,6)	142 (44,4)
Regular/ruim	43 (63,2)	25 (36,8)

### Situação de saúde

#### *Morbidades associadas (393)*

0 a 2 morbidades	198 (56,7)	151 (43,3)
3 ou mais morbidades	26 (59,1)	18 (40,9)

### Condições de saúde bucal

<b><i>Dor na boca ou dentes (395)</i></b>		
Sim	30 (71,4)	12 (28,6)
Não	194 (55,0)	159 (45,0)
<b><i>Presença doença cárie (391)</i></b>		
Sem cárie	148 (57,8)	108 (42,2)
Com cárie	72 (53,3)	63 (46,7)
<b><i>Uso de prótese (389)</i></b>		
Sim	199 (57,8)	145 (42,2)
Não	22 (48,9)	23 (51,1)
<b><i>Necessidade de prótese superior (395)</i></b>		
Não necessita	36 (32,1)	76 (67,9)
Necessita de algum tipo de prótese superior	188 (66,4)	95 (33,6)
<b><i>Número de dentes perdidos por cárie (391)</i></b>		
Menos de 26 dentes	130 (68,1)	61 (31,9)
26 ou mais dentes	90 (45,0)	110 (55,0)
<b><i>Edentulismo (391)</i></b>		
Não	171 (64,8)	93 (35,2)
Sim	49 (38,6)	78 (61,4)
<b><i>Doença periodontal autorreferida (396)</i></b>		
Sem doença periodontal	206 (56,0)	162 (44,0)
Presença doença periodontal	18 (64,3)	10 (35,7)

---

A maioria dos indivíduos que consultaram o dentista havia 3 ou mais anos tinham idade igual ou superior a 80 anos, 26 ou mais dentes perdidos por doença cárie e eram não edêntulos.

Na Tabela 3 é possível observar a prevalência de consulta odontológica remota da amostra pesquisada bem como verificar as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) tanto na Análise Bruta quanto na Análise Ajustada após regressão de Poisson.

**Tabela 3** – Prevalência de consulta odontológica remota (3 anos ou mais) e análise bruta e ajustada de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Antônio Carlos/SC, 2011.

Nível <sup>a</sup>	Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada*	
		%	RP (IC95%)	P	RP (IC95%)	P
1	<b><i>Idade</i></b>			0,004		<b>0,020</b>
	< 80 anos	40,3	0,74 (0,60-0,91)		0,77 (0,61-0,96)	
	>= 80 anos	53,1	1		1	
	<b><i>Sexo</i></b>			0,036		<b>0,008</b>
	Feminino	45,6	1,19 (1,01-1,40)		1,27 (1,06-1,52)	
	Masculino	40,5	1		1	
	<b><i>Alfabetizado</i></b>			0,691		-
	Sim	43,8	1,04 (0,85-1,29)		-	
	Não	41,8	1		-	
	<b><i>Arranjo Familiar</i></b>			0,067		0,308
	Vive acompanhado	42,6	0,83 (0,67-1,01)		0,89 (0,72-1,11)	
Vive sozinho	48,2	1		1		
<b><i>Local da última consulta</i></b>			0,006		<b>0,004</b>	
Serviço privado	46,1	1,37 (1,09-1,71)		1,39 (1,11-1,73)		
Serviço público	33,8	1		1		
2	<b><i>Tabagismo</i></b>			0,195		0,899
	Nunca fumou	43,3	1,12 (0,94-1,34)		0,98 (0,72-1,34)	
	Ex-fumante/Fumantes atuais	43,7	1		1	
	<b><i>Consumo de bebidas alcoólicas</i></b>			0,877		-
	Nenhum	43,0	0,99 (0,83-1,18)		-	
	De 1x a 6x/semana	43,7	1		-	
<b><i>Frequência de escovação dos</i></b>			0,038		<b>0,010</b>	

	<i>dentes</i>					
	+ de 2x/dia	27,0	0,74 (0,56-0,98)		0,66 (0,48-0,90)	
	- de 2x/dia	36,6	1		1	
	<b><i>Frequência de escovação da prótese</i></b>			0,297		-
	+ de 2x/dia	39,0	0,91 (0,75-1,09)		-	
	- de 2x/dia	42,6			-	
3	<b><i>Autopercepção da Saúde Geral</i></b>			0,207		-
	Excelente/ótima/boa	42,3	0,90 (0,76-1,06)		-	
	Regular /ruim	44,1	1		-	
	<b><i>Autopercepção da Saúde Bucal</i></b>			0,022		0,418
	Excelente/ótima/boa	44,4	1,33 (1,04-1,69)		1,14 (0,83-1,57)	
	Regular/ruim	36,8	1		1	
4	<b><i>Morbidades associadas</i></b>			0,909		-
	0 a 2 morbidades	43,3	1,01 (0,79-1,31)		-	
	3 ou mais	40,9	1		-	
5	<b><i>Dor na boca ou dentes</i></b>			0,016		<b>0,037</b>
	Sim	28,6	0,67 (0,48-0,93)		0,59 (0,36-0,97)	
	Não	45,0	1		1	
	<b><i>Presença de doença cárie</i></b>			0,092		<b>0,021</b>
	Sem cárie	42,2	0,87 (0,74-1,02)		0,74 (0,57-0,96)	
	Com cárie	46,7	1		1	
	<b><i>Uso de prótese</i></b>			0,886		-
	Sim	42,2	1,02 (0,79-1,31)		-	
	Não	51,1	1		-	
	<b><i>Necessidade de prótese superior</i></b>			<0,001		<b>&lt;0,001</b>
	Não necessita	67,9	2,17 (1,88-2,51)		1,95 (1,53-2,47)	

Necessita de algum tipo de prótese superior	33,6	1		1	
<b>Número de dentes perdidos por cárie</b>			<0,001		0,263
Menos de 26	31,9	0,62 (0,53-0,73)		0,86 (0,66-1,12)	
26 ou mais	55,0	1		1	
<b>Edentulismo</b>			<0,001		<b>0,019</b>
Não	35,2	0,62 (0,54-0,72)		2,09 (1,13-3,87)	
Sim	61,4	1		1	
<b>Doença periodontal autorreferida</b>			0,503		-
Sem doença Periodontal	44,0	1,11 (0,81-1,52)		-	
Presença de doença periodontal	35,7	1		-	

RP: Razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; \*Ajustada para variáveis do mesmo nível e do nível superior com o valor de p do teste de *Wald* <0,20; <sup>a</sup>Níveis: variáveis socioeconômicas/demográficas (1), de hábitos relacionados à saúde bucal (2), psicossociais (3), de situação de saúde (4) e condições de saúde bucal (5).

De acordo com a Tabela 3, na análise bruta, a prevalência de consulta odontológica remota para idosos com 80 anos ou mais foi 26% maior que aquela para idosos com menos de 80 anos (RP=0,74[IC95% 0,60;0,91]). Entre aqueles que apresentaram maior prevalência de consulta odontológica remota estão os indivíduos do sexo feminino (RP=1,19[IC95% 1,01;1,40]), que consultaram um dentista pela última vez no serviço privado (RP=1,37[IC95% 1,09;1,71]), que tinham o hábito de escovar os dentes menos de duas vezes ao dia (RP=0,74[IC95% 0,56;0,98]), que perceberam sua saúde bucal como excelente, ótima ou boa (RP=1,33[IC95% 1,04;1,69]), que informaram não apresentar dor na boca ou dentes (RP=0,67[IC95% 0,48-0,93]), que não necessitavam de prótese superior (RP=2,17[IC95% 1,88;2,51]), que tiveram 26 ou mais dentes perdidos por doença cárie (RP=0,62[IC95% 0,53;0,73]) e que eram edêntulos (RP=0,62[IC95% 0,54;0,72]).

Observando-se a análise ajustada, o conjunto de características que envolvem: ter 80 anos ou mais (RP=0,77[IC95% 0,61;0,96]), ser do sexo feminino (RP=1,27[IC95% 1,06;1,52]), haver consultado um dentista pela última vez no serviço privado (RP=1,39[IC95% 1,11;1,73]), ter o hábito de escovar os dentes menos de duas vezes ao dia (RP=0,66[IC95% 0,48;0,90]), ter informado não apresentar dor na boca ou dentes (RP=0,59[IC95% 0,36;0,97]) e não necessitar de prótese superior (1,95[IC95% 1,53;2,47]) permaneceu associado à ocorrência de consulta odontológica remota. A variável “Presença de doença cárie” tornou-se estatisticamente significativa quando da análise ajustada, revelando associação positiva com ocorrência de consulta remota o fato de o idoso apresentar doença cárie ativa (RP=0,74[IC95% 0,57;0,96]). A variável “Edentulismo” modificou sua razão de prevalência, mostrando maior ocorrência de consulta remota o fato de o idoso ser não edêntulo (RP=2,09[IC95% 1,13;3,87]).



## 6. DISCUSSÃO

Cerca de 43% dos idosos pesquisados consultaram o dentista pela última vez havia 3 anos ou mais, proporção semelhante à encontrada no Projeto SB Brasil 2010 (43,2%)<sup>21</sup>, porém inferior à constatada em um estudo realizado em Ponta Grossa (PR)<sup>25</sup> que utilizou metodologia semelhante, no qual esta porcentagem foi de 67%.<sup>25</sup> Isto pode ter ocorrido em virtude deste último estudo ter sido feito com adultos e idosos de baixa renda<sup>25</sup> aliado ao fato de no presente estudo 83% da população ser alfabetizada. Porém, na presente pesquisa, não foi utilizada a variável renda para comparação e a variável alfabetizado não esteve estatisticamente associada ao desfecho.

Alguns estudos nacionais<sup>39,49</sup> utilizaram como variável dependente, o uso de serviços odontológicos por idosos no ano anterior à pesquisa, obtendo valores entre 18,0%<sup>39</sup> e 37,2%.<sup>49</sup> Esta última porcentagem, mais expressiva, pode ser explicada pelo fato de que neste estudo de Pelotas (RS) somente 14,9% da amostra eram idosos, sendo o restante dela constituída por indivíduos mais jovens, que geralmente têm utilizado mais frequentemente o serviço odontológico.<sup>17,18,19,20</sup>

Internacionalmente, o relatório do inquérito realizado pela OMS<sup>40</sup> confirmou as profundas disparidades em saúde bucal entre idosos que vivem no mesmo país e entre os diferentes países avaliados, enfatizando a necessidade de prioridade de serviços odontológicos para este grupo populacional bem como a conscientização da necessidade de serviço odontológico regular.

Na Suécia<sup>41</sup>, 82% dos idosos consultaram o dentista no ano anterior à pesquisa, enquanto que somente 24% dos idosos poloneses o fizeram. Esta variação deu-se principalmente em virtude dos diferentes níveis econômicos dos blocos de países pesquisados, com uma descoberta importante: aqueles países em que mais idosos consultaram o dentista, apresentaram menores taxas de tratamento invasivo (não-preventivo) em geral.<sup>41</sup>

Conforme apresentado no modelo teórico proposto, as variáveis socioeconômicas e demográficas ocupam posição distal na determinação das doenças bucais, exercendo influência sobre as demais variáveis.<sup>57</sup>

Com relação à idade, o presente estudo constatou uma maior prevalência de consulta odontológica remota em idosos com 80 anos ou mais quando comparado àqueles com menos de 80 anos, de modo que a prevalência de consulta remota foi 23% maior para estes indivíduos com 80 anos ou mais, corroborando os resultados de diversos estudos.<sup>18,19,20,25,51</sup> A prevalência de consulta odontológica remota

encontrada em estudo realizado em Ponta Grossa (PR), em 2010<sup>25</sup>, foi 162% maior em idosos (>60 anos) quando comparado à prevalência deste tipo de consulta em adultos (35-59 anos).<sup>25</sup> Em outro estudo<sup>51</sup>, a prevalência de consulta remota foi 78% maior em idosos (>60 anos) quando comparado a adultos com idade entre 40 e 59 anos.<sup>51</sup> Estes achados têm demonstrado que indivíduos com mais idade tendem a utilizar menos o serviço odontológico comparado àqueles mais jovens.

No presente estudo, ser do sexo feminino esteve associado à ocorrência de consulta odontológica remota, ou seja, para as mulheres, a prevalência de consulta remota foi 27% maior do que para os homens. Diferentemente do que ocorreu em estudo<sup>51</sup>, no qual o sexo feminino esteve associado ao uso mais frequente de serviços odontológicos.

Antônio Carlos é o maior produtor de hortaliças do estado de SC.<sup>53</sup> Sua população vive em sua maioria da produção rural, tendo bom padrão de vida e acesso a bens e serviços. Considerando os serviços públicos de saúde, o município segue o modelo de atenção segundo as diretrizes da ESF. Entretanto, no que se refere à organização da atenção à saúde bucal, convivem dois modelos em paralelo: o tradicional, prestado por dois cirurgiões-dentistas (20h cada) e o ESF com 1 dentista (40h). Os idosos possuem prioridade no atendimento, embora na prática, isso não signifique que haja uma estratégia clara para tal, seguindo esta priorização uma certa informalidade, baseada no bom senso e solidariedade dos envolvidos. Em geral, há uma sensação de acesso facilitado aos serviços de atenção básica no SUS, inclusive os odontológicos, para a população em geral. Contrariando a maioria dos achados da literatura, o fato dos idosos do sexo masculino apresentarem maior prevalência de consulta recente, independente da natureza do serviço (público ou privado), pode ser resultado da facilidade de acesso associado ao perfil sociocultural de procura por serviços que é diferenciado entre homens e mulheres: possivelmente o homem procura pelo dentista somente no momento de dor ou desconforto (uso pontual); enquanto as mulheres tendem a apresentar um perfil de uso mais continuado ao longo da vida, podendo já ter perdido todos os dentes (por extração), serem usuárias de próteses totais e, portanto, não mais procurarem os serviços odontológicos.

A ocorrência de consulta odontológica remota foi 39% maior nas instituições privadas que nas públicas, em concordância com um estudo<sup>52</sup> realizado em Pelotas (RS), no qual a porcentagem foi ainda mais expressiva (43%). A escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal de idosos<sup>37</sup> acaba por vincular sua utilização ao poder aquisitivo do indivíduo e sua capacidade de pagar pelo serviço na rede

privada. Porcentagem ainda maior foi observada no SB Brasil 2010<sup>21</sup>, no qual praticamente o dobro das consultas odontológicas aconteceu no serviço particular. Em outro estudo nacional<sup>48</sup>, entre os idosos que buscaram atendimento odontológico (48%), 69% deles consultaram profissionais na rede privada.<sup>48</sup> Estudos<sup>25,50,52</sup> atentam para o fato de que aqueles indivíduos que possuem um dentista regular tendem a utilizá-lo com maior frequência, sendo esta condição identificada como fator de proteção na análise de um dos estudos.<sup>25</sup> Além da tendência de que com a melhora na renda, o idoso procure mais o serviço privado, observa-se também que, já que os idosos possuem poucos dentes remanescentes, estes podem acreditar que não precisam consultar com tanta frequência ou mesmo não precisam mais consultar o dentista. Além disso, o idoso também encontra maiores dificuldades em se deslocar até o local da consulta.<sup>49</sup>

Os hábitos de higiene bucal foram avaliados, no presente estudo, por meio da análise da frequência de escovação de dentes e de próteses sendo que, neste caso, somente a frequência de escovação de dentes mostrou associação significativa com o desfecho, isto é, nos idosos que tinham o hábito de higienizar os dentes mais de duas vezes ao dia, a prevalência de consulta odontológica recente foi 34% maior do que nos que higienizavam os dentes menos de duas vezes ao dia. Esta descoberta coincide com os achados de outro estudo<sup>25</sup>, em que se observou que os indivíduos que higienizavam os dentes ou próteses com menor frequência, apresentaram maiores chances de haver consultado um dentista havia três anos ou mais.<sup>25</sup>

A utilização de serviços odontológicos e a frequência com que os indivíduos os utilizam afetam as condições de saúde bucal. Em estudo desenvolvido entre idosos norte-americanos residentes na comunidade<sup>15</sup>, verificou-se que cerca de 40% daqueles que haviam perdido mais da metade dos seus dentes avaliavam sua saúde bucal como excelente ou boa, assim como se constatou<sup>15,32</sup> que idosos aceitavam a perda de dentes mais facilmente, por considerarem que estas perdas eram resultantes de um processo natural do envelhecimento. Dessa forma, a condição de saúde bucal era superestimada. Outro estudo<sup>48</sup>, averiguou que para aproximadamente 65% dos idosos, o estado dentário foi considerado bom ou ótimo; todavia, 66% deles afirmaram que lhes faltava a maioria dos dentes e 75,1% relataram usar algum tipo de prótese dentária (parcial ou total).

No presente estudo, a autopercepção de saúde bucal esteve significativamente associada ao desfecho somente na análise bruta, na qual a prevalência de consulta remota foi 33% maior entre aqueles

idosos que perceberam sua saúde bucal como excelente, ótima ou boa. Na análise ajustada, esta variável perdeu a significância estatística de associação com o desfecho. Esta última análise é importante dado que ela controla a influência de outras variáveis na relação de cada variável independente com o desfecho e assim, pode-se melhor interpretá-lo dentro de um contexto cotidiano. O resultado encontrado no presente estudo foi semelhante ao encontrado em outro trabalho<sup>25</sup>, no qual os indivíduos que classificaram sua saúde bucal como muito boa ou boa tiveram uma prevalência 48% maior de ter consultado o dentista havia 3 anos ou mais.<sup>25</sup>

Entretanto, estes achados diferem da maioria dos resultados publicados no meio científico relacionados à autopercepção de saúde bucal, como por exemplo, um estudo com adultos do sul do Brasil<sup>65</sup> que comprovou que indivíduos que consultaram o dentista no ano anterior à pesquisa ou uma vez a cada dois anos perceberam sua saúde bucal de forma mais positiva, quando comparados àqueles que consultaram o profissional havia mais tempo e que ter realizado a última consulta ao dentista havia mais de três anos aumentou em 30% a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal.<sup>65</sup> Assim como em outro estudo com adultos<sup>51</sup>, em que se concluiu que ter autopercepção da saúde bucal boa ou ótima esteve positivamente associado ao uso regular de serviço odontológico. Estes achados concordam com um estudo em que a variável mais fortemente associada ao uso regular de serviços odontológicos foi a autopercepção de saúde bucal, sendo que os indivíduos que a relataram como muito boa tiveram prevalência de uso regular 4,4 vezes maior quando comparados àqueles que achavam sua saúde bucal ruim ou muito ruim.<sup>52</sup>

A autopercepção de saúde geral não foi estatisticamente significativa em nenhuma das análises. Isto pode ter ocorrido pelo fato de os idosos, avaliarem sua situação clínica diferentemente do profissional, entendendo como mais significantes os sintomas e problemas sociais e funcionais advindos das doenças bucais ao invés da situação clínica propriamente dita.<sup>48</sup>

No presente estudo, os idosos que relataram não ter dor na boca ou dentes apresentaram prevalência de consulta remota 41% maior quando comparados àqueles que relataram dor na boca ou dentes.

Estudos têm observado<sup>26,49</sup> que as pessoas utilizam mais os serviços odontológicos quando relatam algum problema odontológico, e que ainda hoje, o uso destes serviços se dá, predominantemente, por dor.<sup>26</sup>

Um estudo com idosos nos EUA<sup>44</sup>, verificou que a maioria deles (72,1%) relatou ter consultado um dentista somente quando tinha algum problema de saúde bucal.<sup>44</sup> Outro estudo<sup>39</sup>, realizado em dois estratos, com indivíduos dentados e edêntulos, concluiu que entre os dentados, o uso foi maior nos idosos que utilizaram o serviço por apresentarem problemas bucais e entre os edêntulos, o uso foi maior naqueles que relatavam presença de dor.<sup>39</sup>

Em Pelotas (RS)<sup>49</sup>, a autorreferência à existência de problemas bucais esteve também associada ao fato de consultar mais o dentista. Entre os idosos do estudo, aqueles portadores de problemas bucais consultaram 100% mais do que os que não perceberam problemas desta natureza.<sup>49</sup> Em Ponta Grossa (PR), um estudo com indivíduos de zero a 88 anos<sup>50</sup>, verificou que a dor de dente foi a principal razão para a procura ao dentista em todos os grupos etários do estudo, exceto entre os pré-escolares.<sup>50</sup> Porém, em estudo<sup>26</sup> com dados do SB Brasil<sup>21</sup> percebeu-se que entre os dentados, o uso foi menor entre aqueles que relataram dor, revelando a necessidade de políticas de saúde que busquem favorecer e assegurar o acesso ao uso de serviços odontológicos, principalmente entre os que mais necessitam.

Neste estudo, presença de doença cárie mostrou associação com o desfecho somente na análise ajustada, isto é, aqueles que apresentavam doença cárie ativa, tiveram uma prevalência 26% maior de consulta odontológica remota, diferentemente de alguns estudos<sup>26,39,44,49</sup> citados anteriormente, nos quais a presença de algum problema bucal aumentava a procura por serviços odontológicos.

A necessidade de prótese superior esteve fortemente associada ao desfecho ( $p < 0,001$ ) em ambas as análises, sendo possível constatar que aqueles idosos que não necessitavam de prótese superior apresentaram uma prevalência de ocorrência de consulta remota 95% maior do que aqueles que necessitavam de algum tipo de prótese superior, confirmando a forte relação entre o relato da necessidade pelo paciente e a procura por serviço odontológico.

Em Florianópolis (SC)<sup>48</sup>, verificou-se também que a necessidade de algum tipo de prótese esteve associada à utilização recente de serviços odontológicos por idosos.<sup>48</sup> Enquanto que, em outros dois estudos<sup>26,39</sup>, o menor uso de serviços odontológicos foi verificado entre os que necessitavam de prótese em um arco dentário. Segundo as próprias autoras dos estudos, isto pode estar relacionado à percepção da necessidade de próteses inferiores, que são muitas vezes percebidas pelos pacientes idosos como desnecessárias e pouco aceitas devido à dificuldade de adaptação, ficando os mesmos restritos ao uso de próteses

superiores. Aliado a isto, também chamam atenção para o fato de que o tratamento protético apresenta custos elevados.<sup>26</sup> Esta pode ser uma explicação importante quando se considera tratamentos protéticos realizados em serviços odontológicos privados, porém também cabe aqui a discussão do pouco acesso e oferta limitada por parte destes tipos de serviços de reabilitação na rede pública.

Por isso, no presente estudo, optamos por testar a associação do desfecho somente com a necessidade de prótese superior, entendendo que esta prótese tenha uma melhor aceitação junto a esta faixa etária devido à sua melhor adaptação à mucosa bucal.

No presente estudo, número de dentes perdidos por cárie esteve associado ao desfecho somente na análise bruta, isto é, aqueles idosos que perderam 26 ou mais dentes por motivo de doença cárie, tiveram uma prevalência de ocorrência de consulta remota 38% maior do que aqueles que tiveram menos de 26 dentes perdidos por cárie.

O edentulismo revelou associação com o desfecho, na presente pesquisa, na qual observou-se prevalência de consulta odontológica remota 2,1 vezes maior em idosos não edêntulos do que em edêntulos.

Pesquisas apontam<sup>26,39</sup> que a proporção de consultas recentes é maior entre indivíduos dentados do que entre aqueles edêntulos. Outro estudo<sup>44</sup> verificou que ainda é mais comum, entre idosos, receber consulta recente do que regular, mesmo que ambas sejam infrequentes.<sup>44</sup>

Em Antônio Carlos (SC), a maior prevalência de ocorrência de consulta remota para indivíduos não edêntulos, pode ser explicada pelo fato de que indivíduos edêntulos, porém muitas vezes ainda não portadores de próteses removíveis, necessitem frequentar o consultório odontológico para confecção destes tipos de próteses. Esta pode ser uma necessidade do próprio idoso no convívio social, por exemplo, nos grupos de convivência para idosos em que participa ou mesmo, uma opção de tratamento recomendada nas palestras realizadas pelo dentista da ESF que acontecem nos próprios grupos de idosos, o que poderia contribuir para uma melhora em sua capacidade mastigatória, alimentação e autoestima.

Apesar de observado neste estudo que idosos edêntulos consultam de forma mais recente o dentista, a falta de dentes não foi percebida pela maioria dos idosos de um estudo<sup>48</sup> como fator prejudicial à capacidade de mastigação, pois somente 19,8% afirmaram ter sua mastigação comprometida por problemas bucais. Dos idosos examinados no SB Brasil 2003<sup>66</sup>, 44,6% consideravam sua mastigação boa; 23,6%, regular e 17,2%, ruim, contrapondo-se à deficiência

generalizada nas condições de saúde bucal avaliadas por meio de exames clínicos.<sup>66</sup>

Segundo estudo<sup>48</sup> ocorrido em Florianópolis, em 2002, 80,2% dos idosos relatavam já estar acostumados com a situação de falta de dentes, pois adaptaram sua dieta, preparando alimentos menos consistentes.<sup>48</sup>

O município de Antônio Carlos (SC) conta com uma proporção número de dentista por habitante favorável ao atendimento odontológico mais regular, já que possui três dentistas trabalhando na rede pública, além daqueles que ofertam serviço na rede privada, tendo em conta uma população de aproximadamente 7500 indivíduos. Esta boa cobertura pode influenciar positivamente no acesso dos idosos aos serviços odontológicos, podendo servir até mesmo de estímulo para a procura em livre demanda.

Embora o estudo forneça informações importantes sobre a utilização de serviços odontológicos por idosos, não se pode deixar de considerar suas limitações. Entre elas, o estudo apresenta delineamento transversal, cujos resultados obtidos referenciam hipóteses relativas aos fatores associados, mas não tem poder de inferência causal. O resultado deste estudo é uma abordagem inicial sobre os determinantes individuais que beneficiam ou limitam a utilização dos serviços odontológicos por uma população idosa residente no município de Antônio Carlos (SC).

O desfecho medido por autorrelato pode conduzir à superestimativa de uso de serviços odontológicos, já que este comportamento é desejável socialmente. Este viés de resposta pode afetar qualquer inquérito epidemiológico, pois as conclusões são baseadas em informações autorreferidas.

Possíveis fatores de confusão puderam ser controlados, através da análise multivariável, contribuindo no sentido de ampliar o conhecimento a respeito dos fatores associados à ocorrência de consulta odontológica na população idosa.

A amostra do estudo foi representativa da região estudada, o que fortalece sua validade interna. Importante salientar também que se tratou de estudo realizado em zona rural, de base domiciliar, o que ocasiona dificuldades no processo de coleta de dados, devido às complicações de acesso às residências pela precariedade da situação das estradas rurais, à possibilidade de ausência de indivíduos no domicílio e demais fatores como tempo e logística.



## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, verificou-se que aproximadamente 43% dos idosos pesquisados consultaram o dentista pela última vez havia três anos ou mais.

Ao identificar quais fatores mostram-se associados à ocorrência de consulta odontológica, torna-se possível definir grupos prioritários para a atenção à saúde e desta forma, melhor organizar e planejar a oferta dos serviços públicos de forma mais equânime.

Verificou-se que tanto fatores mais distais (como por exemplo: idade, sexo e local da última consulta), bem como fatores intermediários (por exemplo, a frequência de escovação de dentes) e também fatores mais proximais (como por exemplo: dor na boca ou dentes, presença de doença cárie, necessidade de prótese superior, número de dentes perdidos por doença cárie e edentulismo) apresentaram associação significativa com o desfecho ocorrência de consulta odontológica remota.

A partir da observação do conjunto destas características e condições levadas à análise pelo estudo e após a verificação de quais delas têm influenciado neste padrão de utilização, foi possível identificar grupos de idosos que têm utilizado o serviço odontológico com menor frequência. Fazem parte deste grupo de indivíduos, os idosos residentes no município de Antônio Carlos (SC) com idade igual ou maior a 80 anos, do sexo feminino, que consultaram um dentista pela última vez no serviço privado, que tinham o hábito de escovar os dentes menos de duas vezes ao dia, que informaram não apresentar dor na boca ou dentes, que não necessitavam de prótese superior, que apresentavam doença cárie ativa e que eram não edêntulos. Estima-se que estes subgrupos de idosos que têm buscado o consultório odontológico com menor frequência carecem de cuidados específicos, inclusive referentes à sua saúde geral.

As ações e serviços públicos de saúde devem estar organizados no sentido de reduzir o impacto das vulnerabilidades que acompanham o avançar da idade. Apenas a obrigatoriedade de considerar os indivíduos com 60 anos ou mais prioridade ao atendimento clínico não tem sido suficiente para garantir acesso aos serviços odontológicos, bem como alterar positivamente as condições de saúde bucal deste grupo, resultando em impacto epidemiológico positivo. O desafio é realizar boa identificação dos grupos realmente prioritários, promover intervenções focalizadas e flexíveis, orientadas na defesa da saúde dos idosos que

asseguem e respeitem seus direitos, de acordo com sua condição de vida e saúde, inclusive bucal.

Assim, a partir do reconhecimento de que, ainda hoje, a população idosa brasileira sofre, apresentando em seu componente bucal, as consequências desta falta de atenção e acompanhamento ao longo da vida, é recomendável buscar estratégias locais, por meio de políticas de saúde que contemplem a realidade de cada município, de modo a priorizar efetivamente estes grupos de maior vulnerabilidade social, para os quais o acesso a serviços odontológicos permanece restrito, quer pela dificuldade de financiá-lo diretamente quer pela complexidade de deslocamento até o local do atendimento, condições bastante relevantes para a população idosa.

O presente trabalho comprovou que a proporção de uso de serviços odontológicos por idosos deste município há menos de 3 anos ainda é inferior ao que se pensa ser ideal.

É importante que a população tenha acompanhamento ao longo de toda a sua vida, em cada faixa etária ou ciclo de vida, com suprimento de suas necessidades em saúde, por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças e, quando necessário, da intervenção terapêutica e reabilitadora. Além disso, a saúde bucal está relacionada a muitas das dimensões da vida do idoso, as quais direta ou indiretamente poderiam influenciar seu estado de saúde. Esta cadeia complexa de determinantes explicaria muitos dos problemas bucais encontrados hoje na população idosa.

Fala-se muito em equidade, porém esta só pode ser garantida na utilização de serviços odontológicos se os indivíduos apresentassem condições potencialmente iguais para o uso destes serviços de saúde, segundo suas necessidades. A presença de outros fatores, além dos demográficos e dos relacionados às necessidades de saúde em si, tais como a disponibilidade de recursos e falta de mecanismos de inclusão, caracterizam uma situação de iniquidade no uso de serviços odontológicos.

Algumas dificuldades vivenciadas na atenção à saúde bucal do idoso são conhecidas de longa data. Pode-se destacar a falta de motivação da população idosa, de modo que alguns idosos acreditam não precisarem mais procurar o dentista, o que contribui para a pouca frequência do idoso no consultório odontológico. Aliado a isto, a dificuldade na conscientização do idoso a respeito da importância do autocuidado com relação à sua higiene bucal, bem como a resistência por parte de alguns idosos em adquirir novos hábitos a partir das orientações profissionais. Inegável também é a dificuldade de

disponibilização de próteses dentárias na atenção básica ou em serviços de referência do SUS para o idoso, o que acaba tornando, até o momento, inviável o suprimento da demanda para este tipo de serviço.

As dificuldades também relacionadas à locomoção destes idosos até às unidades básicas de saúde podem gerar faltas a consultas e menor frequência destes no consultório. Pode-se também refletir sobre a inexistência de mecanismos facilitadores para o agendamento de consultas odontológicas e de elaboração de planos de tratamento mais otimizados e ágeis, que evitariam um número de idas desmedido aos consultórios.

A ampla divulgação de informação sobre as principais doenças e agravos bucais que acometem os idosos, além de exercer papel motivacional, tem importância fundamental na inclusão deste idoso no processo de se tornar agente ativo da sua própria saúde, promovendo o autocuidado e incentivando sua família e grupos que frequenta à adesão de hábitos mais saudáveis. A interação também entre os diversos profissionais de saúde que atendem estes idosos possibilita um maior incentivo e respaldo ao cuidado da saúde integral, com efeito sinérgico.

Entretanto, é importante salientar também que, muitas vezes, a desmotivação profissional e o acolhimento indesejado, ou mecânico, que o idoso recebe nos serviços odontológicos, tanto públicos como privados, podem dificultar a adesão a um tratamento continuado, não pontual. Algumas vezes ainda, o idoso acaba sendo anulado por seu acompanhante, no momento da consulta, o que compromete o exercício da sua liberdade de expressão e autonomia.

Muito ainda há que se trabalhar para garantir a atenção integral à saúde da população idosa no SUS, segundo as políticas públicas orientadas para esta população, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo destes idosos no país. Nesse sentido, contribui-se para melhor conhecer as características e condições destes idosos que estão afastados do serviço odontológico há mais tempo como uma oportunidade para se refletir e seguir trabalhando para a modificação desta realidade.



## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.
2. Brasil. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília (DF), 1990.
3. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: resultados preliminares. Rio de Janeiro, 2010.
4. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais – Uma Análise das Condições de Vida da população brasileira. n.23. Rio de Janeiro, 2008.
5. Brasil. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências e Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília (DF), 1996.
6. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde de nº 249, de 16 de abril de 2002. Define critérios de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso; Brasília, 2002.
7. Brasil. Estatuto do Idoso. Dispositivos Constitucionais Pertinentes. Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003. Normas Correlatas; Brasília, 2003.
8. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde de nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI); Brasília, 2006.
9. Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde de nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto; Brasília, 2006.

10. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 09 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, nº 237-E, pp. 20-24, seção 1, 13 dez 1999.
11. Silva ASN. Avaliação da condição de saúde dos indivíduos dependentes no autocuidado inseridos no seio das famílias clássicas do concelho do porto. [Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Avançada]; 2012.
12. Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(3): 817-827.
13. WHO – World Health Organization. Relatório Mundial da Saúde. Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal, 2010.
14. Dolan TA, Corey CR, Freeman HE. Older americans' access to oral health care. *J Dent Educ*. 1988; 52: 637-42.
15. Strayer MS, Kuthy RA, Caswell RJ, Moeschberger ML. Predictors of dental use or low-income, urban elderly persons upon removal of financial barriers. *Gerontologist*. 1997; 37: 110-6.
16. Kiyak HA. Explaining patterns of dental service utilization among the elderly. *J Dent Educ*. 1986; 50: 679-87.
17. Cormack EF. A saúde oral do idoso. Medcenter.com Odontologia. 2013. [acesso em: 12 abr 2013] Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174&idesp=19&ler=s>.
18. Davidson PL, Andersen RM. Determinants of dental care utilization for diverse ethnic and age groups. *Adv Dent Res*. 1997; 11: 254-62

19. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cad Saude Publica*. 2004; 20: 1290-7.
20. Newman JF, Gift HC. Regular pattern of preventive dental services— a measure of access. *Soc Sci Med*. 1992; 35: 997-1001.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p.
22. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: The Pró-Saúde Study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007; 35(5): 393-400. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2006.00343.x
23. Gilbert GH, Stoller EP, Duncan RP, Earls JL, Campbell AM. Dental self-care among dentate adults: contrasting problem-oriented dental attenders and regular dental attenders. *Spec Care Dentist*. 2000; 20(4): 155-63. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2000.tb01153.x
24. Mullally BH, Linden GL. The periodontal status of irregular dental attenders. *J Clin Periodontol*. 1994; 21(8): 544-8. DOI: 10.1111/j.1600-051X.1994.tb01171.x
25. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(1): 150-62.
26. Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(7): 1651-1666.
27. Matos DV, Lima-Costa MFF, Guerra HI, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saude Publica*. 2001; 17(3): 661-8. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000300020

28. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2002; 7(4): 407-18. DOI: 10/1590/S1413-81232002000400007
29. Shinkay RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para atenção integral ao idoso. *Cad Saude Publica*. 2000; 16(4): 1099-109. DOI: 10.1590/S0102-311X2000000400028
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal; Brasília, 2004.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica n°. 17; Brasília; 2006.
32. Holtzman JM, Berkey DB, Mann J. Predicting utilization of dental services by the aged. *J Public Health Dent*. 1990; 50: 164-71.
33. Locker D, Leake JL, Lee J, Main PA, Hicks T, Hamilton M. Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. *J Can Dent Assoc*. 1991; 57: 879-86.
34. McGrath C, Bedi R, Dhawan N. Factors influencing older people's self reported use of dental services in the UK. *Gerodontology*. 1999; 16: 97-102.
35. Antczak AA, Branch LG. Perceived barriers to the use of dental services by the elderly. *Gerodontics*. 1985; 1: 194-8.
36. Berkey DB, Scannapieco F. A Medical considerations relating to the oral health of older adults. *Spec Care Dentist*, 2013; 33(4): 164-176.
37. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica*. 2005; 21: 1665-75.

38. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica*. 2007; 22(5): 308-15.
39. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1): 81-92.
40. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people – Call for public health action. *Community Dental Health*. 2010; 27 (Supplement 2) 257-268. DOI: 10.1922/CDH\_2711Petersen11.
41. Listl S, Moran V, Maurer J, Faggion CM Jr. Dental service utilization by Europeans aged 50 plus. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012; 40: 164-174. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2011.00639.x
42. Marshman Z, Dyer TA, Wyborn CG, Beal J, Godson JH. The oral health of adults in Yorkshire and Humber 2008. *British Dental Journal*. 2010; 209: E9. DOI: 10.1038/sj.bdj.2010.819.
43. Sibbritt DW, Byles JE, Tavener MA. Older Australian women's use of dentists: A longitudinal analysis over 6 years. *Australasian Journal on Ageing*. 2010; 29(1), 14-20. DOI: 10.1111/j.1741-6612.2010.00396.x.
44. Arcury TA, Savoca MR, Anderson AM, Chen H, Gilbert GH, Bell RA, Leng X, Reynolds T, Quandt SA. Dental Care Utilization among North Carolina Rural Older Adults. *J Public Health Dent*. 2012; 72(3): 190-197. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2012.00329.x.
45. Maharani DA, Rahardjo A. Is the utilization of dental care based on need or socioeconomic status? A study of dental care in Indonesia from 1999 to 2009. *Internation Dental Journal*. 2012; 62: 90-94. DOI: 10.1111/j.1875-595X.2011.00095.x.
46. Skaar DD, O'Connor H. Dental service trends for older U.S. adults, 1998-2006. *Spec Care Dentist*. 2012; 32(2): 42-48.

47. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saude Coletiva*. 2011; 16(9): 3807-3816.
48. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Cienc Saude Coletiva* 2002; 7: 687-707.
49. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(5): 1063-1072.
50. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Publica*. 2011; 27 Sup 2: S272-S283.
51. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(9): 1894-1906.
52. Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos, GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(3): 526-33.
53. Prefeitura de Antônio Carlos. [acesso em 25 mar 2013] Disponível em: <http://www.antonioCarlos.sc.gov.br>.
54. Efetividade de ações de saúde, atividade física e nutrição, em idosos do município de Antônio Carlos-SC”, coordenada pela docente do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina (CDS/UFSC) Prof. Dra. Aline Rodrigues Barbosa.
55. Pesquisa “Saúde Bem Estar e Envelhecimento” Disponível em: ([http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionário\\_2000.pdf](http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionário_2000.pdf))>

56. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto M T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, 1997, 26(1), 224-227.
57. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: an analysis of the Brazilian Oral Health Survey, 2002-2003. *Cad. Saude Publica* 2007; 23(8): 1803-14.
58. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil. *Cad. Saude Publica*, 2007, 23(6):1383-92.
59. Boing AF, Peres MA, Kovaleski DF, Zange SE, Antunes JL. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):673-8.
60. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saude Publica* 2006; 22:1925-34.
61. Sachs-Ericsson N, Schmidt NB, Zvolensky MJ, Mitchell M, Collins N, Blazer DG. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: the role of health problems and psychological distress. *Nicotine Tob Res* 2009; 11:433-43.
62. Silva SRC, Castellanos-Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(4):349-55. DOI:10.1590/S0034-89102001000400003
63. Gilbert GH, Foerster U, Duncan RP. Satisfaction with chewing ability in a diverse sample of dentate adults. *J Oral Rehabil*. 1998; 25(1):15-27. DOI:10.1046/j.1365-2842.1998.00207.x
64. Panagakos FS; Scannapieco F. Periodontal Inflammation: from gingivitis to systemic disease. In: PANAGAKOS, F. S.; DAVIES, R. M. *Gingival Diseases: their aetiology, prevention and treatment*. In Tech: Croácia. 2011; 230p.

65. Luchi CA. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos [dissertação]: estudo de base populacional / Carla Antoni Luchi; orientador, Marco Aurélio Peres. - Florianópolis, SC, 2012. 126 p.: tabs.
66. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004.

## APÊNDICE A – Questionário “Saúde Bucal dos Idosos de Antônio Carlos”



Município de Antônio Carlos  
Secretaria Municipal da Saúde e  
Assistência Social



Universidade Federal de Santa Catarina  
Programa de Pós-graduação em Odontologia

SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS DE ANTONIO CARLOS (SC), 2010/2011.

Número do Questionário | \_ | \_ | \_ | \_ |

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

### **Bloco Utilização de serviços odontológicos**

**1. Qual das afirmações abaixo melhor descreve o seu acesso ao dentista, nos últimos quatro anos?**

1. ( ) Eu nunca vou ao dentista.
2. ( ) Eu vou ao dentista quando eu tenho um problema ou quando sei que preciso ter alguma coisa (dente ou prótese) arrumada.
3. ( ) Eu vou ao dentista ocasionalmente, tenha ou não algum tipo de problema.
4. ( ) Eu vou ao dentista regularmente.

**2. Na última vez que foi ao dentista, onde foi atendido?**

1. ( ) No Serviço Público (SUS/posto de saúde)
2. ( ) No Serviço Privado (dentista ou consultório ou clínica particular)
3. ( ) Outros (consultório do sindicato ou da cooperativa, ou da empresa que trabalha, etc...)

**2.1 Quando?** Há mais de 3 anos ( ) Há menos de três anos ( )

**3. Qual o motivo desta consulta ao dentista?**

1. ( ) Confeção de prótese
2. ( ) Consulta de rotina (Reparos/manutenção de dentes ou próteses)
3. ( ) Dor
4. ( ) Sangramento gengival (na gengiva)
5. ( ) Cavidades nos dentes (cárie)
6. ( ) Ferida, caroço ou manchas na boca
7. ( ) Rosto inchado
8. ( ) Outros

### **Bloco Higiene Bucal**

**4. Você consegue fazer sua higiene bucal sozinho?**

1. ( ) Sim. *Siga para a 6.*
2. ( ) Não. *Pule para a 8.*

**5. SE SIM: Com que frequência você escova os dentes?**

1. ( ) Nunca.
2. ( ) Menos que uma vez por semana.
3. ( ) Uma vez por semana.
4. ( ) Uma vez a cada três ou quatro dias.
5. ( ) Uma vez por dia.
6. ( ) Duas vezes por dia.
7. ( ) Mais do que duas vezes por dia.

**6. SE SIM: Caso você use prótese, com que frequência você escova sua prótese?**

1. ( ) Nunca.
2. ( ) Menos que uma vez por semana.
3. ( ) Uma vez por semana.
4. ( ) Uma vez a cada três ou quatro dias.
5. ( ) Uma vez por dia.
6. ( ) Duas vezes por dia.
7. ( ) Mais do que duas vezes por dia.

**7. SE SIM: Você costuma usar fio dental para limpar seus dentes?**

1. ( ) Sim.
2. ( ) Não.

**7a. SE SIM: Com que frequência você usa o fio dental?**

1. ( ) Menos que uma vez por semana.
2. ( ) Uma vez por semana.
3. ( ) Uma vez a cada três ou quatro dias.
4. ( ) Uma vez por dia.
5. ( ) Duas vezes por dia.

**8. SE NÃO: Quem faz/auxilia na sua higiene bucal? \_\_\_\_\_****Bloco Condição de Saúde Bucal****9. Você sente dor na boca ou nos dentes?**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**10. Você costuma sentir sua boca seca?**

1. ( ) Sim
2. ( ) Não

**10a. SE SIM: Há quanto tempo você está com este problema? \_\_\_\_\_ anos**



**15. Placa Visível em dentes ou Dentadura**

1.  Sim
2.  Não

**16. Diagnóstico clínico de Candidíase (leucoplásica ou eritematosa):**

1.  Sim
2.  Não

**Bloco Autopercepção da Saúde Bucal****17. Você possui problemas de gengiva e no suporte ósseo dos dentes?**

1.  Sim
2.  Não

**18. Quanto satisfeito você está com a aparência dos seus dentes e/ou próteses dentárias?**

1.  Muito satisfeito.
2.  Satisfeito.
3.  Insatisfeito.
4.  Muito insatisfeito.
5.  Não sei.

**19. Comparando com outras pessoas de sua idade, como você avaliaria no geral sua boca e seus dentes? Você diria que a saúde de sua boca e de seus dentes é no geral:**

1.  Excelente.
2.  Muito boa.
3.  Boa.
4.  Razoável.
5.  Ruim.

**Outras perguntas:****20. Você participa de algum grupo de terceira idade de sua comunidade ou dos encontros de convivência de idosos de sua ou de outra comunidade?**

1.  Sim
2.  Não

**21. Alguma vez você recebeu orientações sobre higiene bucal ou de próteses?**

1.  Sim
2.  Não

**22. SE SIM: Onde (ou por meio de quem)? \_\_\_\_\_**

Agora, vamos perguntar qual sua opinião sobre a saúde da sua boca. As perguntas serão feitas tomando como referência os últimos seis meses. Então responda cada pergunta pensando se nos últimos seis meses aconteceu o que lhe foi perguntado.

	Questão	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Algumas vezes	Sempre
23.	Você teve problema para pronunciar alguma palavra por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
24.	Você sentiu que sua capacidade de sentir o gosto dos alimentos piorou por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
25.	Você teve alguma dor em sua boca?	0	1	2	3	4
26.	Você sentiu desconforto para comer alguma comida por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
27.	Você se sentiu preocupado por causa de seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
28.	Você se sentiu enso por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
29.	Sua alimentação foi insatisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
30.	Você interrompeu suas refeições por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
31.	Você sentiu dificuldades para relaxar por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
32.	Você ficou envergonhado por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
33.	Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
34.	Você sentiu dificuldade em realizar suas atividades habituais por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
35.	Você sentiu, no geral, que a vida é menos satisfatória por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4
36.	Você esteve totalmente incapaz de realizar suas atividades por causa de problemas em seus dentes, boca ou dentadura?	0	1	2	3	4



## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

# TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá!

Meu nome é Ana Lucia Ferreira de Mello, sou dentista e professora da Universidade Federal de Santa Catarina. Estou desenvolvendo a pesquisa “CUIDADO À SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: MELHORES PRÁTICAS EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE”.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar deste estudo. Acreditamos que podemos contribuir com algumas mudanças para melhorar o atendimento à saúde bucal dos idosos do município de Antônio Carlos. Uma delas é o exame e detecção de problemas bucais nos idosos.

Se o(a) senhor(a) aceitar, vai participar de uma entrevista e um exame clínico bucal no qual serão vistos a presença de dentes e próteses dentárias e se há alguma lesão na sua boca (por ex. úlceras, manchas).

Não são previstos riscos e desconfortos para o senhor(a) durante o exame, mas esperamos que este estudo traga benefícios para as pessoas de idade ao detectar e, frente uma necessidade, encaminhar os idosos para os serviços de Atenção Básica.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone **3234-5406**. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho acadêmico.

---

Dra. Ana Lúcia Ferreira de Mello

Eu, \_\_\_\_\_,  
fui esclarecido sobre a pesquisa “CUIDADO À SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: MELHORES PRÁTICAS EM SISTEMAS LOCAIS DE SAÚDE” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Antônio Carlos, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE C – Artigo: Ocorrência de consulta odontológica entre idosos de município de pequeno porte**

Título:

OCORRÊNCIA DE CONSULTA ODONTOLÓGICA ENTRE IDOSOS DE MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE

OCCURRENCE OF DENTAL APPOINTMENTS AMONG ELDERLY OF SMALL MUNICIPALITY

Autores: Débora Regina Schramm Napolini <sup>a</sup>; Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, Dr<sup>a</sup> <sup>a</sup>; João Carlos Caetano, Dr. <sup>a</sup>; Aline Rodrigues Barbosa, Dr<sup>a</sup> <sup>b</sup>; Renata Goulart Castro, Dr<sup>a</sup> <sup>a</sup>.

<sup>a</sup> Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

<sup>b</sup> Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Centro de Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil

### **Endereço para correspondência:**

Débora Regina Schramm Napolini  
Rua Pedro Cunha, 799, ap 201 – Capoeiras  
Florianópolis, Santa Catarina – Brasil – cep: 88070-501  
e-mail: [deboranapolini@gmail.com](mailto:deboranapolini@gmail.com)

### **RESUMO**

**OBJETIVO:** Estimar a prevalência de consulta odontológica remota entre idosos e identificar fatores associados. **MÉTODO:** Realizou-se análise dos bancos de dados oriundos de dois Levantamentos Epidemiológicos com idosos. O desfecho “Ocorrência de consulta odontológica remota” foi definido quando a última consulta tivesse ocorrido há três anos ou mais. Testou-se associação deste com múltiplas

variáveis, por meio de regressão de Poisson. **RESULTADOS:** Cerca de 43% destes idosos não iam ao dentista havia três anos ou mais, mostrando associação com o desfecho as seguintes características: sexo feminino, 80 anos ou mais, última consulta no serviço privado, escovação de dentes menos de duas vezes ao dia, sem dor, sem necessidade de prótese superior, sem cárie e edêntulos. **CONCLUSÕES:** O padrão de frequência às consultas odontológicas revela acesso limitado e pontual. Conhecer características que possibilitem identificar os idosos que estão afastados do serviço há mais tempo constitui-se uma oportunidade para organizar a assistência odontológica focalizada nos subgrupos mais necessitados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde Bucal. Serviços de saúde bucal, utilização. Acesso aos serviços de saúde. Idoso.

#### ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of remote dental appointments among elderly and identify associated factors. **METHOD:** Databases from two Epidemiological Surveys with elderly were analyzed. The outcome “Occurrence of remote dental appointment” was defined for when the last appointment had occurred three years earlier or longer. Association between the outcome and multiple variables were tested by means of Poisson regression. **RESULTS:** Around 43% of those elderly had not visited the dentist for the last three years or longer, presenting association between the outcome and the following characteristics: female gender, 80 years or older, last appointment in the private service, teeth brushing less than twice a day, no pain, no need of maxillary prosthesis, no caries, edentulous. **CONCLUSIONS:** The pattern of attendance at dental appointments reveals limited and noncontinuous access. Learning the characteristics that allow identifying the elderly who are away from the dental service longer constitutes an opportunity to organize the dental health care focused on the neediest subgroups.

**KEYWORDS:** Oral Health. Dental Health Services, utilization. Health Services Accessibility. Elderly.

## INTRODUÇÃO

Dados do último levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado pelo Ministério da Saúde brasileiro, em 2010 (SB Brasil)<sup>1</sup>, revelaram que o percentual de consultas odontológicas no ano anterior ao inquérito entre adultos e idosos foi de 49% e 30%, respectivamente. Quando indagados sobre o motivo da procura, cerca de 21% dos adultos e 13% dos idosos relataram ser por rotina<sup>1</sup>, ou seja, a prevalência de uso dos serviços odontológicos parece diminuir com o avanço da idade.

Diversos estudos mostram associação benéfica entre utilização regular de serviços odontológicos e melhor condição de saúde bucal.<sup>2,3,4</sup> Esta utilização proporciona a troca constante entre paciente e profissional, auxiliando na ampliação do conhecimento em saúde bucal, no estímulo e aprimoramento do autocuidado e na possibilidade do diagnóstico precoce de agravos bucais, favorecendo a sua recuperação.<sup>3</sup>

A proporção de adultos e idosos que utilizaram os serviços odontológicos havia três ou mais anos, segundo o SB Brasil 2010<sup>1</sup>, foi de aproximadamente 23% e 42%. Estudo realizado com adultos e idosos de baixa renda em Ponta Grossa (PR)<sup>5</sup>, também constatou que, cerca de 40% dos adultos e 67% dos idosos não iam ao dentista havia mais de três anos. Estes dados confirmam a tendência de redução na prevalência de uso de serviços odontológicos com a idade.

Vários estudos<sup>6,7,8</sup> têm sido feitos com objetivo de se compreender as características e condições que levam os idosos a consultarem o dentista com maior regularidade ou não. Os resultados mostraram que o uso destes serviços é também influenciado por medo do tratamento, condição dentária, menor mobilidade física, comprometimento do estado geral de saúde e percepção da necessidade para tratamento odontológico.<sup>9,10,11</sup>

O objetivo deste estudo é estimar a prevalência de consulta odontológica remota entre idosos de um município de pequeno porte e investigar sua associação com múltiplas variáveis, buscando compreender quais delas têm influenciado neste padrão de utilização. Dessa forma, pretende-se contribuir na definição de prioridades nas ações e serviços em saúde bucal em municípios com características semelhantes, a fim de favorecer o desenvolvimento de boas práticas de cuidado à saúde bucal para este grupo populacional específico, no contexto do Sistema Único de Saúde.

## MÉTODO

A pesquisa foi conduzida a partir da análise dos bancos de dados oriundos de dois Levantamentos Epidemiológicos com idosos residentes em Antônio Carlos (SC): um deles intitulado “Levantamento das condições de Saúde Bucal dos idosos de Antônio Carlos” e o outro, denominado “Efetividade de ações de saúde, atividade física e nutrição, em idosos do município de Antônio Carlos”, sendo ambos estudos de base populacional e domiciliar.

### **População e Amostra**

Foram considerados os indivíduos participantes do estudo “Efetividade de ações de saúde, atividade física e nutrição, em idosos do município de Antônio Carlos”. A população foi composta por todos os idosos cadastrados, em 2009, na Estratégia Saúde da Família/ ESF (N=917), atendendo aos grupos etários de 60 a 79 anos e 80 anos ou mais.

No grupo de 80 anos ou mais foram incluídos todos os idosos (134 indivíduos). Para a faixa etária de 60 a 79 anos foi calculada amostra. Foi considerada amostragem simples ao acaso, dentro de cada área de abrangência da ESF. Este grupo incluía 782 idosos e a amostra calculada foi de 471 indivíduos (margem de erro de 5 pontos percentuais, prevalência de 50%, poder de teste de 80% e perda amostral de 15%)

Ao final do período de coleta (dezembro/2010 a abril/2011) foram avaliados, para a faixa etária de 60 a 79 anos, em ambos estudos, 300 idosos aumentando a margem de erro para 5,6 pontos percentuais. Embora fosse intenção a cobertura integral do grupo de idosos com 80 anos ou mais, o levantamento de saúde bucal atingiu somente 101 idosos. Os critérios de perda amostral foram os seguintes: ausência de informante adequado; indivíduo ausente do município por mais tempo que a pesquisa de campo ou após pelo menos duas visitas domiciliares; e impossibilidade de acesso ao domicílio, devido às condições das estradas rurais.

O banco de dados deste estudo integrou uma amostra total de 401 idosos (n=401). Visto que a amostragem estratificada não foi proporcional, foram usados pesos amostrais para a análise dos dados.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados do Levantamento Epidemiológico em Atividade Física e Nutrição foi realizada por meio de um questionário baseado na pesquisa SABE “Saúde Bem Estar e Envelhecimento”.<sup>12</sup> Já a

do Levantamento em Saúde Bucal, foi feita utilizando-se uma versão adaptada do questionário empregado no SBBRASIL 2010<sup>1</sup>, adicionadas algumas questões sobre qualidade de vida relacionada à saúde bucal medida pelo índice OHIP-14 (*Oral Impact Health Profile* com 14 itens).

### **Variáveis**

A variável dependente utilizada foi “Ocorrência de consulta odontológica remota”. Esta foi obtida por meio da pergunta “Quando foi atendido?”, presente no questionário sobre saúde bucal. A variável foi dicotomizada, assumindo duas categorias: 1) última consulta ocorrida há 3 anos ou mais e 2) última consulta realizada há menos de 3 anos.

As variáveis independentes utilizadas foram agrupadas em cinco blocos e dicotomizadas como detalhado nos parênteses:

Bloco 1 - Socioeconômicas e demográficas: idade (< 80 anos; ≥ 80 anos), sexo (feminino; masculino), alfabetizado (sim; não), arranjo familiar (vive sozinho; vive acompanhado) e local da última consulta (serviço privado; serviço público);

Bloco 2 - Hábitos relacionados à saúde bucal: tabagismo (nunca fumou; ex- fumante/fumantes atuais), consumo de bebidas alcóolicas (nenhum; de 1x a 6x por semana), frequência de escovação dos dentes (mais de 2x ao dia; menos de 2x ao dia) e frequência de escovação das próteses (mais de 2x ao dia; menos de 2x ao dia);

Bloco 3 - Psicossociais: autopercepção da saúde geral (excelente/ótima/boa; regular/ruim) e autopercepção da saúde bucal (excelente/ótima/boa; regular/ruim).

Bloco 4 - Situação de saúde do idoso: morbidades associadas (0 a 2 morbidades associadas; 3 ou mais morbidades associadas);

Bloco 5 - Condições de saúde bucal: dor na boca ou dentes (sim; não), presença de doença cárie (sem cárie; com cárie), uso de prótese (sim; não), necessidade de prótese superior (não necessita; necessita de algum tipo de prótese superior), número de dentes perdidos por cárie (menos de 26; 26 ou mais dentes), edentulismo (não; sim) e doença periodontal autorreferida (sem doença periodontal; presença doença periodontal).

### **Aspectos Éticos**

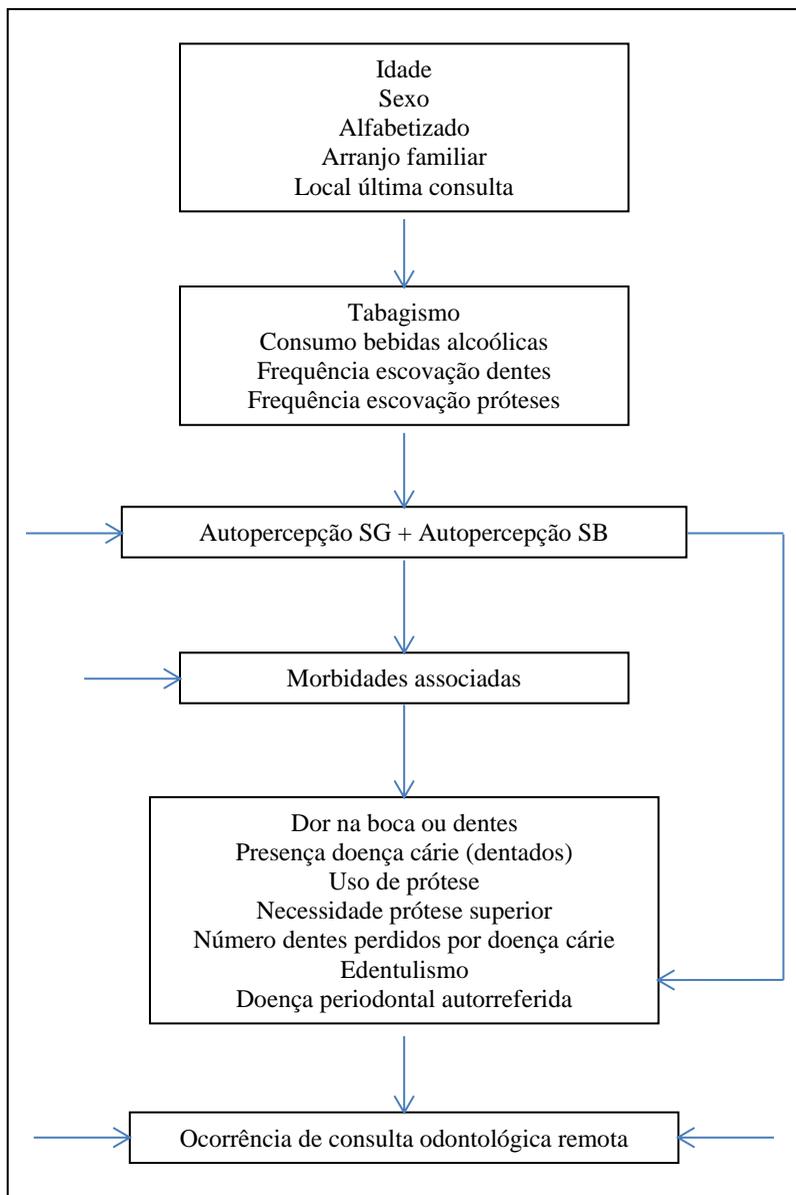
O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer Levantamento em Saúde Bucal: nº 264/06 e parecer Levantamento em Atividade Física e Nutrição: nº 189/09). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi solicitado ao responsável assinar este termo, caso o idoso estivesse

impossibilitado, por algum motivo anteriormente previsto e relatado ao Comitê.

#### **Procedimento Estatístico**

Nas análises descritivas foram empregadas proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Estabeleceu-se cadeia de determinantes constituída pelas variáveis que poderiam influenciar a ocorrência de consulta odontológica remota.

**Quadro 1** – Modelo hierárquico proposto para a Análise Multivariável

Variáveis socioeconômicas e demográficas estiveram no nível mais distal. Variáveis sobre hábitos relacionados à saúde bucal compuseram o nível intermediário, juntamente com as psicossociais e também com a variável sobre a situação de saúde do idoso. Por fim, as variáveis de condições de saúde bucal integraram o nível mais proximal à variável desfecho.

As associações entre as variáveis independentes e o desfecho foram verificadas utilizando-se estimativas brutas e ajustadas das Razões de Prevalências (RP) e IC95% por meio de regressão de Poisson. Nas análises brutas, as prevalências de consulta odontológica remota foram calculadas para cada categoria das variáveis independentes, e o nível de significância foi testado por meio do teste de Wald para tendência linear e para heterogeneidade.

Na análise ajustada foi aplicado regressão de Poisson com variância robusta e teste de heterogeneidade de Wald.

Para efeito das análises ajustadas, foram incluídas as variáveis que apresentaram significância estatística de pelo menos 20% ( $p \leq 0,20$ ) nas análises brutas, seguindo a ordem de um modelo hierárquico para determinação dos desfechos<sup>13</sup>. Para a seleção de variáveis em cada nível, no modelo ajustado, foi realizado o processo de seleção para atrás (*Backward*).

Todas as análises foram ponderadas para o efeito de delineamento do estudo (peso pós-estratificação). Foi adotado nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e intervalo de confiança de 95% utilizando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences for Windows*) versão 17.0®.

## RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 401 indivíduos idosos com média etária de 72,8 anos (DP=  $\pm 8,56$ ), sendo 57,9% (n=232) do sexo feminino.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos idosos segundo as variáveis independentes do estudo.

**Tabela 1** – Distribuição dos idosos segundo as variáveis independentes. Antônio Carlos/SC, 2010/2011.

Variáveis	N	%
<b>Idade (401)</b>		
< 80 anos	300	74,8

---

>= 80 anos	101	25,2
<b><i>Sexo (401)</i></b>		
Feminino	232	57,9
Masculino	169	42,1
<b><i>Alfabetizado (401)</i></b>		
Sim	333	83,0
Não	68	17,0
<b><i>Arranjo familiar (401)</i></b>		
Vive acompanhado	345	86,0
Vive sozinho	56	14,0
<b><i>Local da última consulta (354)</i></b>		
Serviço privado	272	76,8
Serviço público	82	23,2
<b><i>Tabagismo (401)</i></b>		
Nunca fumou	281	70,1
Ex-fumante/Fumante atual	120	29,9
<b><i>Consumo de bebidas alcoólicas (400)</i></b>		
Nenhum	301	75,3
De 1x a 6x/semana	99	24,8
<b><i>Frequência escovação dentes (268)</i></b>		
+ de 2x/dia	74	27,6
- de 2x/dia	194	72,4
<b><i>Frequência escovação prótese (340)</i></b>		
+ de 2x/dia	123	36,2
- de 2x/dia	217	63,8
<b><i>Autopercepção Saúde Geral (389)</i></b>		
Excelente/ótima/boa	159	40,9
Regular/ruim	230	59,1
<b><i>Autopercepção Saúde Bucal (393)</i></b>		
Excelente/ótima/boa	325	82,7
Regular/ruim	68	17,3
<b><i>Morbidades associadas (353)</i></b>		

---

0 a 2 morbidades	353	88,7
3 ou mais morbidades	45	11,3
<b><i>Dor na boca ou dentes (400)</i></b>		
Sim	42	10,5
Não	358	89,5
<b><i>Presença de doença cárie (396)</i></b>		
Sem cárie	258	65,2
Com cárie	138	34,8
<b><i>Uso de prótese (394)</i></b>		
Sim	349	88,6
Não	45	11,4
<b><i>Necessidade de prótese superior (400)</i></b>		
Não necessita	115	28,8
Necessita de algum tipo de prótese superior	285	71,3
<b><i>Número de dentes perdidos por cárie (396)</i></b>		
Menos de 26 dentes	194	49,0
26 ou mais dentes	202	51,0
<b><i>Edentulismo (396)</i></b>		
Não	267	67,4
Sim	129	32,6
<b><i>Doença periodontal autorreferida (401)</i></b>		
Sem doença periodontal	373	93,0
Presença doença periodontal	28	7,0

Houve maior proporção de indivíduos com menos de 80 anos, alfabetizados, que viviam acompanhados e que consultaram pela última vez o dentista no serviço privado. A maior parte deles nunca fumou nem mesmo consumia bebidas alcoólicas regularmente e tinha por hábito escovar dentes e/ou próteses mais de duas vezes ao dia. Houve um maior número de indivíduos que perceberam sua saúde geral como regular ou ruim, enquanto que a maior parte deles avaliou sua saúde bucal como excelente, ótima ou boa.

Aproximadamente 87% dos idosos apresentam até duas morbidades, sendo que a maioria deles informou não ter dor na boca ou

dentes nem mesmo apresentou doença cárie ativa. Cerca de 88% da amostra utiliza algum tipo de prótese e a maioria necessita de algum tipo de prótese superior, tendo relatado ter perdido 26 ou mais dentes por doença cárie, são indivíduos edêntulos e que não reportaram presença de doença periodontal.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos segundo variáveis independentes e ocorrência de consulta odontológica.

**Tabela 2** – Distribuição dos idosos segundo variáveis independentes e ocorrência de consulta odontológica. Antônio Carlos/SC, 2011.

Variáveis (n)	Ocorrência de consulta odontológica	
	RECENTE (< 3 anos) n (%)	REMOTA ( $\geq$ 3 anos) n (%)
<b>Socioeconômicas/demográficas</b>		
<b>Idade (396)</b>		
< 80 anos	178 (59,7)	120 (40,3)
$\geq$ 80 anos	46 (46,9)	52 (53,1)
<b>Sexo (396)</b>		
Feminino	124 (54,4)	104 (45,6)
Masculino	100 (59,5)	68 (40,5)
<b>Alfabetizado (396)</b>		
Sim	185 (56,2)	144 (43,8)
Não	39 (58,2)	28 (41,8)
<b>Arranjo familiar (396)</b>		
Vive acompanhado	195 (57,4)	145 (42,6)
Vive sozinho	29 (51,8)	27 (48,2)
<b>Local última consulta (351)</b>		
Serviço privado	146 (53,9)	125 (46,1)
Serviço público	53 (66,3)	27 (33,8)
<b>Hábitos relacionados à saúde bucal</b>		
<b>Tabagismo (396)</b>		
Nunca fumou	157 (56,7)	120 (43,3)
Ex fumante/Fumante atual	67 (56,3)	52 (43,7)
<b>Consumo bebidas alcoólicas (395)</b>		

Nenhum	170 (57,0)	128 (43,0)
De 1x a 6x/semana	54 (55,7)	43 (44,3)
<b>Frequência escovação dentes (265)*</b>		
+ de 2x/dia	54 (73,0)	20 (27,0)
- de 2x/dia	121 (63,4)	70 (36,6)
<b>Frequência escovação prótese (339)*</b>		
+ de 2x/dia	75 (61,0)	48 (39,0)
- de 2x/dia	124 (57,4)	92 (42,6)
*Estas variáveis apresentaram também a alternativa de resposta “NSA” – não se aplica – que se refere à ausência de dentes ou próteses a serem escovadas.		
<b>Psicossociais</b>		
<b>Autopercepção Saúde Geral (385)</b>		
Excelente/ótima/boa	90 (57,7)	66 (42,3)
Regular/ruim	128 (55,9)	101 (44,1)
<b>Autopercepção Saúde Bucal (396)</b>		
Excelente/ótima/boa	178 (55,6)	142 (44,4)
Regular/ruim	43 (63,2)	25 (36,8)
<b>Situação de saúde</b>		
<b>Morbidades associadas (393)</b>		
0 a 2 morbidades	198 (56,7)	151 (43,3)
3 ou mais morbidades	26 (59,1)	18 (40,9)
<b>Condições de saúde bucal</b>		
<b>Dor na boca ou dentes (395)</b>		
Sim	30 (71,4)	12 (28,6)
Não	194 (55,0)	159 (45,0)
<b>Presença doença cárie (391)</b>		
Sem cárie	148 (57,8)	108 (42,2)
Com cárie	72 (53,3)	63 (46,7)
<b>Uso de prótese (389)</b>		
Sim	199 (57,8)	145 (42,2)
Não	22 (48,9)	23 (51,1)
<b>Necessidade de prótese superior (395)</b>		
Não necessita	36 (32,1)	76 (67,9)

Necessita de algum tipo de prótese superior	188 (66,4)	95 (33,6)
<b><i>Número de dentes perdidos por cárie (391)</i></b>		
Menos de 26 dentes	130 (68,1)	61 (31,9)
26 ou mais dentes	90 (45,0)	110 (55,0)
<b><i>Edentulismo (391)</i></b>		
Não	171 (64,8)	93 (35,2)
Sim	49 (38,6)	78 (61,4)
<b><i>Doença periodontal autorreferida (396)</i></b>		
Sem doença periodontal	206 (56,0)	162 (44,0)
Presença doença periodontal	18 (64,3)	10 (35,7)

---

A maioria dos indivíduos que consultaram o dentista há 3 ou mais anos tinham mais de 80 anos, 26 ou mais dentes perdidos por cárie e eram não edêntulos.

Na Tabela 3 é possível observar a prevalência de consulta odontológica remota da amostra pesquisada bem como verificar as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) tanto na Análise Bruta quanto na Análise Ajustada após regressão de Poisson.

**Tabela 3** – Prevalência de consulta odontológica remota (3 anos ou mais) e análise bruta e ajustada de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Antônio Carlos/SC, 2011.

Nível <sup>a</sup>	Variáveis	Análise Bruta			Análise Ajustada*	
		%	RP (IC95%)	P	RP (IC95%)	P
1	<b>Idade</b>			0,004		<b>0,020</b>
	< 80 anos	40,3	0,74 (0,60-0,91)		0,77 (0,61-0,96)	
	>= 80 anos	53,1	1		1	
	<b>Sexo</b>			0,036		<b>0,008</b>
	Feminino	45,6	1,19 (1,01-1,40)		1,27 (1,06-1,52)	
	Masculino	40,5	1		1	
	<b>Alfabetizado</b>			0,691		-
	Sim	43,8	1,04 (0,85-1,29)		-	
	Não	41,8	1		-	
	<b>Arranjo Familiar</b>			0,067		0,308
	Vive acompanhado	42,6	0,83 (0,67-1,01)		0,89 (0,72-1,11)	
Vive sozinho	48,2	1		1		
<b>Local da última consulta</b>			0,006		<b>0,004</b>	
Serviço privado	46,1	1,37 (1,09-1,71)		1,39 (1,11-1,73)		
Serviço público	33,8	1		1		
2	<b>Tabagismo</b>			0,195		0,899
	Nunca fumou	43,3	1,12 (0,94-1,34)		0,98 (0,72-1,34)	
	Ex-fumante/Fumantes atuais	43,7	1		1	
	<b>Consumo de bebidas alcoólicas</b>			0,877		-
	Nenhum	43,0	0,99 (0,83-1,18)		-	
	De 1x a 6x/semana	43,7	1		-	
<b>Frequência de escovação dos</b>			0,038		<b>0,010</b>	

	<i>dentes</i>					
	+ de 2x/dia	27,0	0,74 (0,56-0,98)		0,66 (0,48-0,90)	
	- de 2x/dia	36,6	1		1	
	<b><i>Frequência de escovação da prótese</i></b>			0,297		-
	+ de 2x/dia	39,0	0,91 (0,75-1,09)		-	
	- de 2x/dia	42,6			-	
3	<b><i>Autopercepção da Saúde Geral</i></b>			0,207		-
	Excelente/ótima/boa	42,3	0,90 (0,76-1,06)		-	
	Regular /ruim	44,1	1		-	
	<b><i>Autopercepção da Saúde Bucal</i></b>			0,022		0,418
	Excelente/ótima/boa	44,4	1,33 (1,04-1,69)		1,14 (0,83-1,57)	
	Regular/ruim	36,8	1		1	
4	<b><i>Morbidades associadas</i></b>			0,909		-
	0 a 2 morbidades	43,3	1,01 (0,79-1,31)		-	
	3 ou mais	40,9	1		-	
5	<b><i>Dor na boca ou dentes</i></b>			0,016		<b>0,037</b>
	Sim	28,6	0,67 (0,48-0,93)		0,59 (0,36-0,97)	
	Não	45,0	1		1	
	<b><i>Presença de doença cárie</i></b>			0,092		<b>0,021</b>
	Sem cárie	42,2	0,87 (0,74-1,02)		0,74 (0,57-0,96)	
	Com cárie	46,7	1		1	
	<b><i>Uso de prótese</i></b>			0,886		-
	Sim	42,2	1,02 (0,79-1,31)		-	
	Não	51,1	1		-	
	<b><i>Necessidade de prótese superior</i></b>			<0,001		<b>&lt;0,001</b>
	Não necessita	67,9	2,17 (1,88-2,51)		1,95 (1,53-2,47)	

Necessita de algum tipo de prótese superior	33,6	1		1	
<b>Número de dentes perdidos por cárie</b>			<0,001		0,263
Menos de 26	31,9	0,62 (0,53-0,73)		0,86 (0,66-1,12)	
26 ou mais	55,0	1		1	
<b>Edentulismo</b>			<0,001		<b>0,019</b>
Não	35,2	0,62 (0,54-0,72)		2,09 (1,13-3,87)	
Sim	61,4	1		1	
<b>Doença periodontal autorreferida</b>			0,503		-
Sem doença Periodontal	44,0	1,11 (0,81-1,52)		-	
Presença de doença periodontal	35,7	1		-	

RP: Razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; \*Ajustada para variáveis do mesmo nível e do nível superior com o valor de p do teste de *Wald* <0,20; <sup>a</sup>Níveis: variáveis socioeconômicas/demográficas (1), de hábitos relacionados à saúde bucal (2), psicossociais (3), de situação de saúde (4) e condições de saúde bucal (5).

Na análise bruta, a prevalência de consulta odontológica remota para idosos com 80 anos ou mais foi 26% maior que aquela para idosos com menos de 80 anos. Entre aqueles que apresentaram maior prevalência de consulta odontológica remota estão os indivíduos do sexo feminino, que consultaram um dentista pela última vez no serviço privado, que tinham o hábito de escovar os dentes menos de duas vezes ao dia, que perceberam sua saúde bucal como excelente, ótima ou boa, que informaram não apresentar dor na boca ou dentes, que não necessitavam de prótese superior, que tiveram 26 ou mais dentes perdidos por doença cárie e que eram edêntulos.

Segundo a análise ajustada, o conjunto de características que envolvem: ter 80 anos ou mais, ser do sexo feminino, haver consultado um dentista pela última vez no serviço privado, ter o hábito de escovar os dentes menos de duas vezes ao dia, ter informado não apresentar dor na boca ou dentes e não necessitar de prótese superior permaneceu associado à ocorrência de consulta odontológica remota. A presença de doença cárie tornou-se significativa quando da análise ajustada, revelando associação com ocorrência de consulta remota o fato de o idoso apresentar doença cárie. O edentulismo modificou sua razão de prevalência, mostrando maior ocorrência de consulta remota o fato de o idoso ser não edêntulo.

## **DISCUSSÃO**

Cerca de 43% dos idosos pesquisados consultaram o dentista pela última vez há 3 anos ou mais, proporção semelhante à encontrada no SB Brasil 2010 (43,2%)<sup>1</sup>, porém inferior à constatada em estudo realizado em Ponta Grossa (PR)<sup>5</sup> que utilizou metodologia semelhante, no qual esta porcentagem foi de 67%.<sup>5</sup> Isto pode ter ocorrido em virtude deste último estudo ter sido feito com adultos e idosos de baixa renda<sup>5</sup> aliado ao fato de no presente estudo 83% da população ser alfabetizada. Porém, na presente pesquisa, não foi utilizada a variável renda para comparação e a variável alfabetizado não mostrou associação com o desfecho.

Alguns estudos nacionais<sup>14,15</sup> utilizaram como variável dependente, o uso de serviços odontológicos por idosos no ano anterior à pesquisa, obtendo valores entre 18,0%<sup>15</sup> e 37,2%.<sup>14</sup> Esta última porcentagem, mais expressiva, pode ser explicada pelo fato de que neste estudo de Pelotas (RS) somente 14,9% da amostra eram idosos, sendo o restante dela constituída por indivíduos mais jovens, que geralmente têm utilizado mais frequentemente o serviço odontológico.<sup>16,17,18,19</sup>

Com relação à idade, o presente estudo constatou maior prevalência de consulta odontológica remota em idosos com 80 anos ou mais quando comparado àqueles com menos de 80 anos, de modo que a prevalência de consulta remota foi 23% maior para estes indivíduos com 80 anos ou mais, corroborando os resultados de diversos estudos.<sup>5,17,18,19,20</sup> A prevalência de consulta odontológica remota encontrada em estudo realizado em Ponta Grossa (PR), em 2010<sup>5</sup>, foi 162% maior em idosos (>60 anos) quando comparado à prevalência deste tipo de consulta em adultos (35-59 anos).<sup>5</sup> Em outro estudo<sup>20</sup>, a prevalência de consulta remota foi 78% maior em idosos (>60 anos) quando comparado a adultos com idade entre 40 e 59 anos.<sup>20</sup> Estas descobertas reforçam a constatação de que indivíduos com mais idade tendem a utilizar menos o serviço odontológico comparado àqueles mais jovens.

No presente estudo, o sexo feminino foi associado à ocorrência de consulta odontológica remota, ou seja, para as mulheres, a prevalência de consulta remota foi 27% maior do que para os homens. Diferentemente do que ocorreu em estudo<sup>20</sup>, no qual o sexo feminino esteve associado ao uso mais frequente de serviços odontológicos.

Contrariando a maioria dos achados da literatura, o fato dos idosos do sexo masculino apresentarem maior prevalência de consulta recente, pode ser resultado da facilidade de acesso associado ao perfil sociocultural de procura por serviços neste município, que é diferenciado entre homens e mulheres: possivelmente o homem procura pelo dentista somente no momento de dor ou desconforto (uso pontual); enquanto as mulheres tendem a apresentar um perfil de uso mais continuado ao longo da vida, podendo já ter perdido todos os dentes (por extração), serem usuárias de próteses totais e, portanto, não mais procurarem os serviços odontológicos.

A ocorrência de consulta odontológica remota foi 39% maior nas instituições privadas que nas públicas, em concordância com um estudo<sup>21</sup> realizado em Pelotas (RS), no qual a porcentagem foi ainda mais expressiva (43%). A escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal de idosos<sup>22</sup> acaba por vincular sua utilização ao poder aquisitivo do indivíduo e sua capacidade de pagar pelo serviço na rede privada. Porcentagem ainda maior foi observada no SB Brasil 2010<sup>1</sup>, no qual praticamente o dobro das consultas odontológicas aconteceu no serviço particular. Em outro estudo nacional<sup>23</sup>, entre os idosos que buscaram atendimento odontológico (48%), 69% deles consultaram profissionais na rede privada.<sup>23</sup> Estudos<sup>5,21,24</sup> atentam para o fato de que aqueles indivíduos que possuem um dentista regular tendem a utilizá-lo

com maior frequência, sendo esta condição identificada como fator de proteção na análise de um dos estudos.<sup>5</sup>

Os hábitos de higiene bucal foram avaliados, no presente estudo, por meio da análise da frequência de escovação de dentes e de próteses sendo que, neste caso, somente a frequência de escovação de dentes mostrou associação significativa com o desfecho, isto é, nos idosos que tinham o hábito de higienizar os dentes mais de duas vezes ao dia, a prevalência de consulta recente foi 34% maior do que nos que higienizavam os dentes menos de duas vezes ao dia. Esta descoberta coincide com os achados de outro estudo<sup>5</sup>, em que se observou que os indivíduos que higienizavam os dentes ou próteses com menor frequência, apresentaram maiores chances de haver consultado um dentista havia três anos ou mais.<sup>5</sup>

Em estudo desenvolvido entre idosos norte-americanos<sup>8</sup>, verificou-se que cerca de 40% daqueles que haviam perdido mais da metade dos seus dentes avaliavam sua saúde bucal como excelente ou boa, assim como se constatou<sup>7,8</sup> que idosos aceitavam a perda de dentes mais facilmente, por considerarem que estas perdas eram resultantes de um processo natural do envelhecimento. Dessa forma, a condição de saúde bucal era superestimada. Outro estudo<sup>23</sup>, averiguou que para aproximadamente 65% dos idosos, o estado dentário foi considerado bom ou ótimo; todavia, 66% deles afirmaram que lhes faltava a maioria dos dentes e 75,1% relataram usar algum tipo de prótese dentária.

No presente estudo, a autopercepção de saúde bucal esteve significativamente associada ao desfecho somente na análise bruta, na qual a prevalência de consulta remota foi 33% maior entre aqueles idosos que perceberam sua saúde bucal como excelente, ótima ou boa. Na análise ajustada, esta variável perdeu a significância estatística de associação com o desfecho. Esta última análise é importante dado que ela controla a influência de outras variáveis na relação de cada variável independente com o desfecho e assim, pode-se melhor interpretá-lo dentro de um contexto cotidiano. O resultado encontrado no presente estudo foi semelhante ao encontrado em outro trabalho<sup>5</sup>, no qual os indivíduos que classificaram sua saúde bucal como muito boa ou boa tiveram uma prevalência 48% maior de ter consultado o dentista havia mais de 3 anos.<sup>5</sup>

Entretanto, estes achados diferem da maioria dos resultados publicados no meio científico relacionados à autopercepção de saúde bucal, como por exemplo, um estudo com adultos do sul do Brasil<sup>25</sup> que comprovou que indivíduos que consultaram o dentista no ano anterior à pesquisa ou uma vez a cada dois anos perceberam sua saúde bucal de

forma mais positiva, quando comparados àqueles que consultaram há mais tempo e que ter realizado a última consulta ao dentista havia 3 anos ou mais aumentou em 30% a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal.<sup>25</sup> Assim como em outro estudo<sup>20</sup>, no qual se concluiu que ter autopercepção da saúde bucal boa ou ótima esteve positivamente associado ao uso regular de serviço odontológico. Estes achados concordam com um estudo em que a variável mais fortemente associada ao uso regular de serviços odontológicos foi a autopercepção de saúde bucal, sendo que os indivíduos que a relataram como muito boa tiveram prevalência de uso regular 4,4 vezes maior quando comparados àqueles que achavam sua saúde bucal ruim ou muito ruim.<sup>21</sup>

No presente estudo, os idosos que relataram não ter dor na boca ou dentes apresentaram prevalência de consulta remota 41% maior quando comparados àqueles que relataram dor na boca ou dentes.

Estudos têm observado<sup>14,26</sup> que as pessoas utilizam mais os serviços odontológicos quando relatam algum problema odontológico, e que ainda hoje, o uso destes serviços se dá, predominantemente, por dor.<sup>26</sup>

Um estudo com idosos nos EUA<sup>27</sup> verificou que a maioria deles (72,1%) relatou ter consultado um dentista somente quando tinha algum problema de saúde bucal.<sup>27</sup> Outro estudo<sup>15</sup>, realizado em dois estratos, com indivíduos dentados e edêntulos, concluiu que entre os dentados, o uso foi maior nos idosos que utilizaram o serviço por apresentarem problemas bucais e entre os edêntulos, o uso foi maior naqueles que relatavam presença de dor.<sup>15</sup>

Em Pelotas (RS)<sup>14</sup>, a autorreferência à existência de problemas bucais esteve também associada ao fato de consultar mais o dentista. Entre os idosos do estudo, aqueles portadores de problemas bucais consultaram 100% mais do que os que não perceberam problemas desta natureza.<sup>14</sup> Em Ponta Grossa (PR), um estudo com indivíduos de zero a 88 anos<sup>24</sup>, verificou que a dor de dente foi a principal razão para a procura ao dentista em todos os grupos etários do estudo, exceto entre os pré-escolares.<sup>24</sup> Porém, em estudo<sup>26</sup> com dados do SB Brasil<sup>1</sup> percebeu-se que entre os dentados, o uso foi menor entre aqueles que relataram dor, revelando a necessidade de políticas de saúde que busquem favorecer e assegurar o acesso ao uso de serviços odontológicos, principalmente entre os que mais necessitam.

Neste estudo, presença de doença cárie mostrou associação com o desfecho somente na análise ajustada, isto é, aqueles que apresentavam doença cárie, tiveram prevalência 26% maior de consulta odontológica remota, diferentemente de alguns estudos<sup>14,15,26,27</sup> citados anteriormente,

nos quais a presença de algum problema bucal aumentava a procura por serviços odontológicos.

A necessidade de prótese superior foi fortemente associada ao desfecho ( $p < 0,001$ ) em ambas as análises, sendo possível constatar que aqueles idosos que não necessitavam de prótese superior apresentaram uma prevalência de consulta remota 95% maior do que os que necessitavam de algum tipo de prótese superior, confirmando a forte relação entre o relato da necessidade pelo paciente e a procura por serviço odontológico.

Em Florianópolis (SC)<sup>23</sup>, verificou-se também que a necessidade de algum tipo de prótese foi associada à utilização recente de serviços odontológicos por idosos.<sup>23</sup> Enquanto que, em outros dois estudos<sup>15,26</sup>, o menor uso de serviços odontológicos foi verificado entre os que necessitavam de prótese em um arco dentário. Segundo as autoras dos estudos, isto pode estar relacionado à percepção da necessidade de próteses inferiores, que são muitas vezes percebidas pelos pacientes idosos como desnecessárias e pouco aceitas devido à dificuldade de adaptação, ficando os mesmos restritos ao uso de próteses superiores. Aliado a isto, também chamam atenção para o fato de que o tratamento protético apresenta custos elevados.<sup>26</sup> Esta pode ser uma explicação importante quando se considera tratamentos protéticos realizados em serviços odontológicos privados, porém também cabe aqui a discussão do pouco acesso e oferta limitada por parte destes tipos de serviços de reabilitação na rede pública.

O edentulismo revelou associação com o desfecho, na presente pesquisa, na qual observou-se prevalência de consulta odontológica remota 2,1 vezes maior em idosos não edêntulos do que em edêntulos.

Pesquisas apontam<sup>15,26</sup> que a proporção de consultas recentes é maior entre indivíduos dentados do que entre edêntulos. Outro estudo<sup>27</sup> verificou que ainda é mais comum, entre idosos, receber consulta recente do que regular, mesmo que ambas sejam infrequentes.<sup>27</sup>

Em Antônio Carlos (SC), a maior prevalência de ocorrência de consulta remota para indivíduos não edêntulos, poderia ser explicada pelo fato de que indivíduos edêntulos, porém muitas vezes ainda não portadores de próteses removíveis, necessitem frequentar o consultório odontológico para confecção destes tipos de próteses. Esta pode ser uma necessidade do próprio idoso no convívio social, por exemplo, nos grupos de convivência para idosos em que participam ou mesmo, uma opção de tratamento recomendada nas palestras realizadas pelo dentista da ESF que acontecem nos próprios grupos de idosos, o que poderia

contribuir para uma melhora em sua capacidade mastigatória, alimentação e autoestima.

Apesar de observado neste estudo que idosos edêntulos consultam de forma mais recente o dentista, a falta de dentes não foi percebida pela maioria dos idosos de um estudo<sup>23</sup> como fator prejudicial à capacidade de mastigação, pois somente 19,8% afirmaram ter sua mastigação comprometida por problemas bucais. Dos idosos examinados no SB Brasil 2003<sup>28</sup>, 44,6% consideravam sua mastigação boa; 23,6%, regular e 17,2%, ruim, contrapondo-se à deficiência generalizada nas condições de saúde bucal avaliadas por meio de exames clínicos.<sup>28</sup>

Embora o estudo forneça informações importantes sobre a utilização de serviços odontológicos por idosos, não se pode deixar de considerar suas limitações. Entre elas, o estudo apresenta delineamento transversal, cujos resultados obtidos referenciam hipóteses relativas aos fatores associados, mas não tem poder de inferência causal. O resultado deste estudo é uma abordagem inicial sobre os determinantes individuais que beneficiam ou limitam a utilização dos serviços odontológicos por uma população idosa residente no município de Antônio Carlos (SC).

O desfecho medido por autorrelato pode conduzir à superestimativa de uso de serviços odontológicos, já que este comportamento é desejável socialmente. Este viés de resposta pode afetar qualquer inquérito epidemiológico, pois as conclusões são baseadas em informações autorreferidas.

Possíveis fatores de confusão puderam ser controlados, através da análise multivariável, contribuindo no sentido de ampliar o conhecimento a respeito dos fatores associados à ocorrência de consulta odontológica na população idosa.

A amostra do estudo foi representativa da região estudada, o que fortalece sua validade interna. Importante salientar também que se tratou de estudo realizado em zona rural, de base domiciliar, o que ocasiona dificuldades no processo de coleta de dados, devido às complicações de acesso às residências pela precariedade da situação das estradas rurais, à possibilidade de ausência de indivíduos no domicílio e demais fatores como tempo e logística.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao identificar quais fatores mostram-se associados à ocorrência de consulta odontológica, torna-se possível definir grupos prioritários

para a atenção à saúde e desta forma, melhor organizar e planejar a oferta dos serviços públicos de forma mais equânime.

A partir da observação do conjunto destas características e condições levadas à análise pelo estudo e após a verificação de quais delas têm influenciado neste padrão de utilização, foi possível identificar grupos de idosos que têm utilizado o serviço odontológico com menor frequência. Fazem parte destes grupos, os idosos residentes no município pesquisado com idade igual ou maior a 80 anos, do sexo feminino, que consultaram um dentista pela última vez no serviço privado, que tinham o hábito de escovar os dentes menos de duas vezes ao dia, que informaram não apresentar dor na boca ou dentes, que não necessitavam de prótese superior, que apresentavam doença cárie ativa e que eram não edêntulos. Estima-se que estes subgrupos de idosos que têm buscado o consultório odontológico com menor frequência carecem de cuidados específicos, inclusive referentes à sua saúde geral.

As ações e serviços públicos de saúde devem estar organizados no sentido de reduzir o impacto das vulnerabilidades que acompanham o avançar da idade. Apenas a obrigatoriedade de considerar os indivíduos com 60 anos ou mais como prioridade ao atendimento clínico não tem sido suficiente para garantir acesso aos serviços odontológicos, bem como alterar positivamente as condições de saúde bucal deste grupo, resultando em impacto epidemiológico positivo. O desafio é realizar boa identificação dos grupos realmente prioritários, promover intervenções focalizadas e flexíveis, orientadas na defesa da saúde dos idosos que assegurem e respeitem seus direitos, de acordo com sua condição de vida e saúde, inclusive bucal.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p.
2. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: The Pró-Saúde Study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35(5): 393-400. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2006.00343.

3. Gilbert GH, Stoller EP, Duncan RP, Earls JL, Campbell AM. Dental self-care among dentate adults: contrasting problem-oriented dental attenders and regular dental attenders. *Spec Care Dentist*. 2000; 20(4): 155-63. DOI: 10.1111/j.1754-4505.2000.tb01153.x.
4. Mullally BH, Linden GL. The periodontal status of irregular dental attenders. *J Clin Periodontol*. 1994; 21(8): 544-8. DOI: 10.1111/j.1600-051X.1994.tb01171.x.
5. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13(1): 150-62
6. Dolan TA, Corey CR, Freeman HE. Older americans' access to oral health care. *J Dent Educ*. 1988; 52: 637-42.
7. Holtzman JM, Berkey DB, Mann J. Predicting utilization of dental services by the aged. *J Public Health Dent*. 1990; 50: 164-71.
8. Strayer MS, Kuthy RA, Caswell RJ, Moeschberger ML. Predictors of dental use or low-income, urban elderly persons upon removal of financial barriers. *Gerontologist*. 1997; 37: 110-6.
9. Kiyak HA. Explaining patterns of dental service utilization among the elderly. *J Dent Educ*. 1986; 50: 679-87.
10. Locker D, Leake JL, Lee J, Main PA, Hicks T, Hamilton M. Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. *J Can Dent Assoc*. 1991; 57: 879-86.
11. McGrath C, Bedi R, Dhawan N. Factors influencing older people's self reported use of dental services in the UK. *Gerodontology*. 1999; 16: 97-102.
12. Pesquisa “Saúde Bem Estar e Envelhecimento”. Disponível em: ([http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionário\\_2000.pdf](http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionário_2000.pdf))
13. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto M T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, 1997, 26(1), 224-227.
14. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(5): 1063-1072.

15. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1): 81-92.
16. Cormack EF. A saúde oral do idoso. *Medcenter.com Odontologia*. 2013. [acesso em: 12 abr 2013] Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174&idesp=19&ler=s>.
17. Davidson PL, Andersen RM. Determinants of dental care utilization for diverse ethnic and age groups. *Adv Dent Res*. 1997; 11: 254-62.
18. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. *Cad Saude Publica*. 2004; 20: 1290-7.
19. Newman JF, Gift HC. Regular pattern of preventive dental services—a measure of access. *Soc Sci Med*. 1992; 35: 997-1001.
20. Camargo MJB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(9): 1894-1906.
21. Machado LP, Camargo MJB, Jeronymo JCM, Bastos, GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2012; 46(3): 526-33.
22. 1 Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica*. 2005; 21: 1665-75.
23. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Cienc Saude Coletiva* 2002; 7: 687-707.
24. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Publica*. 2011; 27 Sup 2: S272-S283.
25. Luchi CA. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos [dissertação]: estudo de base populacional / Carla Antoni Luchi; orientador, Marco Aurélio Peres. - Florianópolis, SC, 2012. 126 p.: tabs.

26. Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(7): 1651-1666.
27. Arcury TA, Savoca MR, Anderson AM, Chen H, Gilbert GH, Bell RA, Leng X, Reynolds T, Quandt SA. Dental Care Utilization among North Carolina Rural Older Adults. *J Public Health Dent*. 2012; 72(3): 190-197. DOI: 10.1111/j.1752-7325.2012.00329.x.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

## ANEXO A – Protocolo de pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos referente ao Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 264/06**

### I – Identificação:

- Título do Projeto: **CONSTRUÍNDO MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: o IDM (Interactive Domain Model) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde.**
- **Pesquisador Responsável:** Profa. Dra. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello
- **Pesquisador Principal:** Ana Lúcia S. Ferreira de Mello
- **Data Coleta dados:** Início: Fevereiro/2007. Término previsto: Fevereiro/2008
- **Local onde a pesquisa será conduzida:** Comunidade

### II - Objetivos:

Objetivo Geral – Aplicar o modelo IDM (*Interactive Domain Model*) em serviços locais de saúde com vista à construção de melhores práticas em saúde bucal para pessoas idosas.

#### Objetivos Específicos

- Verificar a aplicabilidade do modelo IDM enquanto tecnologia de gestão.;
- Verificar se o processo de aplicação do modelo IDM mostra-se capaz de orientar os atores envolvidos para uma prática transformadora e melhor;
- Identificar procedimentos de melhores práticas em saúde bucal para idosos, suscetíveis de divisão.

### III- Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, haja vista que o IDM tem por objetivo de auxiliar pessoas envolvidas na gestão de serviços de saúde, em diferentes níveis de atuação (pesquisa, formulação de políticas ou implementação de ações), a refletir sistemática, integral e criticamente sobre suas práticas, e consequentemente transformá-las. O princípio da autonomia está atendido, porquanto há um bem formulado TCLE. Assim, os princípios bioéticos estão atendidos e impõe-se a aprovação do presente projeto.

### V – Parecer final:

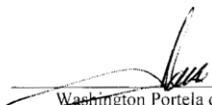
Ante o exposto, somos pelo deferimento do projeto em análise.

### Parecer do CEP:

(x)aprovado

**Data da Reunião do Conselho de Ética: 30 de outubro de 2006.**

Florianópolis, 04 de fevereiro de 2009

  
 \_\_\_\_\_  
 Washington Portela de Souza  
 Coordenador do CEP SH



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS  
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 264/06**

**I – Identificação:**

- Título do Projeto: **CONSTRUÍNDO MELHORES PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL PARA IDOSOS: o IDM (Interactive Domain Model) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde.**

- Pesquisador Responsável: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

- Pesquisador Principal: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

- Data Coleta dados: Início: Fevereiro/2007. Término previsto: Fevereiro/2008

- Local onde a pesquisa será conduzida: Comunidade

**II - Objetivos:**

**Objetivo Geral** – Aplicar o modelo IDM (*Interactive Domain Model*) em serviços locais de saúde com vista à construção de melhores práticas em saúde bucal para pessoas idosas.

**Objetivos Específicos**

- Verificar a aplicabilidade do modelo IDM enquanto tecnologia de gestão.;

- Verificar se o processo de aplicação do modelo IDM mostra-se capaz de orientar os atores envolvidos para uma prática transformadora e melhor;

- Identificar procedimentos de melhores práticas em saúde bucal para idosos, susceptíveis de divisão.

**III- Comentários:**

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante, haja vista que o IDM tem por objetivo de auxiliar pessoas envolvidas na gestão de serviços de saúde, em diferentes níveis de atuação (pesquisa, formulação de políticas ou implementação de ações), a refletir sistemática, integral e criticamente sobre suas práticas, e consequentemente transformá-las. O princípio da autonomia está atendido, porquanto há um bem formulado TCLE. Assim, os princípios bioéticos estão atendidos e impõe-se a aprovação do presente projeto.

**V – Parecer final:**

Ante o exposto, somos pelo deferimento do projeto em análise.

**Parecer do CEP:**

**(X)aprovado**

Florianópolis, 11 de março de 2009.

  
**Prof. Filipe Modolo Siqueira**  
 Sub-Coordenador do CEP/SH/PPPE/UFSC

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Florianópolis, 18 de março de 2009.

**Ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC**

Prezados Senhores,

Cumprimentando-os cordialmente, vimos por meio desta solicitar a extensão do período para coleta de dados do projeto de pesquisa "Construindo melhores práticas em saúde bucal para idosos: o *IDM (Interactive Domain Model)* como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde", submetido a este Comitê e aprovado segundo parecer consubstanciado no. 264/06. A previsão inicial não se mostrou viável, por isso, solicitamos prorrogação para dezembro de 2010.

Comitê de Ética - CEUA/CEP/UFSC  
ATESTO O RECEBIMENTO  
Em, 18 / 03 / 2009  
Benteli

Atenciosamente,  
  
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello  
Pesquisadora responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA**

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

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

Ofício nº 026/CEPSH/PRPE/09

Florianópolis, 02 de abril de 2009.

Do: Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Para: Ana Lúcia S. Ferreira de Mello

Prezada pesquisadora,

Através deste, informamos que este Comitê de Ética tomou ciência e aprovou o pedido de prorrogação do período de coleta de dados (solicitamos o envio de novo cronograma), protocolado sob o número **264/06** por este Comitê, intitulado “Construindo melhores práticas em saúde bucal para idosos: o IDM (Interactive Domain Model) como tecnologia de gestão em serviços locais de saúde”, **na reunião do dia 30 de março de 2009.**

Atenciosamente,



Prof. Washington Portela de Souza  
Coordenador do CEP/PRPE/UFSC

## ANEXO B – Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos referente ao Levantamento Epidemiológico em Atividade Física e Nutrição



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

CERTIFICADO

Nº 176

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

**APROVADO**

PROCESSO: 189/09      FR- 271597

TÍTULO: Saúde dos idosos de Antônio Carlos – SC.

AUTOR: Aline Rodrigues Barbosa, Andrea Ferreira Cardoso, Ileana Arminda Mourao Kazapi, Lúcia Andréia Zanette Ramos Zeni, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

DPTO.: CDS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 29 de junho de 2009.

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

