

Fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese em idosos brasileiros

Factors behind self-perceived need for dental treatment and prosthesis in Brazilian elderly people

Chaiane Emilia Dalazen¹
Rafael Aiello Bomfim¹
Alessandro Diogo De-Carli¹

Abstract *The scope of this study was to identify individual and contextual factors associated with the self-perceived need for dental treatment and for prostheses among elderly Brazilians. An analysis was performed with data from the SB Brazil 2010 epidemiological survey conducted by the Ministry of Health with a sample of 7,619 elderly individuals. Multilevel logistic regression models of mixed random and fixed effects were used to the estimate odds ratio (OR) with 95% confidence interval (95% CI) between the dependent variables and individual and contextual factors. Of the individuals assessed, 3,848 (50.5%) reported a need for dental treatment and 4,236 (55.6%) believed they have the need for prostheses. The results of multilevel logistic regression showed that gender, self-reported skin color, income and coverage by the oral health teams in the Family Health Program were associated with self-perception. This study revealed a greater influence of individual factors on the self-perceived need for dental treatment and prostheses by elderly Brazilians. This information can help to identify the inequalities that affect this population group and in setting priorities for the planning of health services.*

Key words *Elderly, Family health program, Dental health surveys, Oral Health, Multilevel analysis, Health inequalities*

Resumo *Este estudo teve como objetivo identificar fatores individuais e contextuais associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese em idosos brasileiros. Foram utilizados dados secundários de 7.619 indivíduos idosos do levantamento epidemiológico SB Brasil 2010. As associações entre as variáveis dependentes e os fatores individuais e contextuais foram estimadas através da razão de chances (odds ratio – OR) e intervalo de confiança de 95%, obtidas por regressão logística multinível. Dos idosos avaliados pelo SB Brasil 2010, 3.848 (50,5%) afirmaram necessitar de tratamento odontológico e 4.236 (55,6%) acreditavam necessitar de prótese. Os resultados da regressão logística multinível mostraram que sexo, cor da pele autorreferida, renda e cobertura pelas equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família estiveram associados à autopercepção. O presente trabalho evidenciou maior influência de fatores individuais na autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese entre idosos brasileiros. Essas informações podem auxiliar na identificação de desigualdades que afetam essa parcela da população e na definição de prioridades para o planejamento dos serviços de saúde.*

Palavras-chave *Idoso, Estratégia de Saúde da Família, Levantamentos de saúde bucal, Saúde bucal, Desigualdades em saúde*

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Av. Senador Filinto Müller até 930/931, Vila Ipiranga. 79080-190 Campo Grande MS Brasil. chaiane_1@msn.com

Introdução

A transição demográfica presente na maioria das nações implica o envelhecimento da população, tendência mundial nas últimas décadas^{1,2}. No Brasil, entre os anos de 1960 e 2008, o número de idosos apresentou um aumento de quase 700%³. Projeções indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos^{1,2}.

Em relação à saúde bucal, Harford⁴ afirmou que, apesar de existir um consenso de que os idosos apresentam grandes necessidades de tratamento, as implicações do envelhecimento populacional para os serviços odontológicos não têm recebido a atenção necessária. Esta é uma realidade que também se aplica ao contexto brasileiro e, neste sentido, espera-se que o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Saúde Bucal – PNSB⁵ e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁶, congregue esforços para que a promoção da saúde bucal seja contemplada, considerando as características inerentes à população idosa.

A PNSB prevê o reconhecimento das especificidades próprias de cada idade como forma de superação do modelo biomédico de atenção à doença⁵. Nesse aspecto, no âmbito da atenção básica, ou Atenção Primária em Saúde (APS), a Estratégia da Saúde da Família tem papel fundamental como modelo de atenção e centro ordenador das demais redes de atenção à saúde⁶, sendo necessária a atuação de profissionais preparados para as demandas que têm emergido com o envelhecimento populacional.

Considerando a atenção à saúde centrada no indivíduo/grupos específicos, estudos demonstram a importância da autopercepção de saúde bucal⁷⁻¹⁷ como norteadora do planejamento, implantação e implementação de ações estratégicas de promoção de saúde bucal, conforme necessidades percebidas por uma determinada população^{9,18}.

A autopercepção de saúde bucal é a forma como a pessoa percebe sua condição de saúde e constitui um julgamento baseado em conhecimentos adquiridos ao longo da vida, influenciados pelas experiências, fatores sociais, culturais, contextuais e pela concepção individual do que é ser saudável^{8,12,14,19}. Tal percepção também pode ser considerada um indicador subjetivo da condição de saúde bucal, que está fortemente associado ao padrão de procura pelos serviços odontológicos^{9,20}. Essa afirmação corrobora com os resultados de outros estudos^{7,14,21}, que evidenciaram a ausência de necessidade percebida como

um dos principais motivos de não procura por atendimento de saúde.

A obtenção de dados epidemiológicos é importante para a análise das condições de saúde bucal, planejamento e monitoramento dos serviços prestados²¹. Para tanto, o Ministério da Saúde realizou o quarto levantamento epidemiológico em saúde bucal, denominado Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB Brasil 2010, que foi considerado o maior e mais complexo levantamento já realizado nessa área, ampliando a disponibilidade de informações epidemiológicas em saúde bucal²².

O SB Brasil 2010²², como estratégia de análise das condições de saúde bucal em âmbito Federal, em sua amostra, contemplou estrato significativo de idosos, o que sinaliza a preocupação, em nível de políticas públicas, com a referida população. Nessa perspectiva, para além da obtenção de informações de saúde bucal, faz-se necessária sua interpretação considerando também questões relativas a determinantes sociais em saúde, fatores contextuais e individuais, os quais podem afetar suas condições de saúde e de vida^{11,23,24}.

Dessa forma, o objetivo desse estudo foi identificar fatores individuais e contextuais associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de necessidade de prótese total entre idosos brasileiros que participaram do SB Brasil 2010.

Materiais e Métodos

Este estudo foi desenvolvido com dados secundários, oriundos do levantamento epidemiológico SB Brasil 2010 e de características contextuais das capitais, Distrito Federal e dos municípios do interior avaliados no referido levantamento. Da amostra, foram utilizadas informações do estrato de indivíduos idosos, entre 65 a 74 anos ($n = 7.619$), que possuíam dados completos disponíveis.

O SB Brasil 2010 foi um estudo epidemiológico transversal de saúde bucal e de base nacional, que avaliou diferentes agravos em diferentes faixas etárias.

Esse levantamento foi realizado com amostragem probabilística por conglomerado

e a amostra foi composta por 32 domínios geográficos, sendo um para cada capital e um para o Distrito Federal (27 domínios) e cinco para municípios do interior, de cada região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), totalizando os 32 domínios²². O SB Brasil 2010 foi conduzido

dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, em janeiro de 2010.

O SB Brasil 2010 avaliou a autopercepção da necessidade de tratamento dentário e autopercepção da necessidade de prótese, além de coletar informações sociodemográficas como sexo, idade, cor da pele autorreferida, escolaridade e renda familiar²². Essas informações foram coletadas através de entrevistas domiciliares individuais com questionário estruturado e analisadas no presente estudo.

Buscou-se analisar variáveis subjetivas de saúde bucal, sendo incluída apenas uma variável de condição clínica, o edentulismo. As variáveis dependentes estudadas foram a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e a autopercepção da necessidade de prótese, obtidas por meio das seguintes perguntas da entrevista: “Considera que necessita de tratamento atualmente?” (sim/não/sem informação) e “Considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?” (sim/não/sem informação)²².

As variáveis independentes foram os fatores individuais: sexo, cor da pele autorreferida, escolaridade e renda familiar; os fatores contextuais compreenderam: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Coeficiente de Gini, e cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal na Estratégia de Saúde de Família (SB/ESF). A escolaridade foi avaliada através do número de anos de estudos completos sem reprovação e categorizada em: até quatro anos de estudo e cinco anos ou mais. A cor da pele autorreferida foi classificada em branca e não branca (preta, parda e outros). Enquanto que a renda familiar foi categorizada em: até R\$ 1.500,00 e superior a R\$ 1.500,00.

Os fatores contextuais selecionados foram referentes ao ano de 2010. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida geométrica das dimensões de renda, educação e longevidade e varia de 0 a 1, sendo que, quanto maior o valor, melhores são as condições sociais²⁵. O IDHM foi categorizado em: menor que 0,5; de 0,5 – 0,7 e maior que 0,7. O Coeficiente de Gini é uma medida estatística de desigualdade de distribuição de renda, varia entre 0 e 1, onde 0 corresponde à igualdade absoluta e 1 à desigualdade absoluta²⁵ e foi classificado em: menor que 0,5 e de 0,5 - 0,7. A cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal na Estratégia de Saúde de Família (SB/ESF), referente aos municípios selecionados pelo SB Brasil

2010 foi utilizada como um indicador de oferta e facilidade de acesso de serviços de odontologia básica²⁶. Esta variável foi estratificada em: menor que 25%, entre 25% e 50% e maior que 50%.

As associações entre as variáveis dependentes e os fatores individuais e contextuais foram estimadas pela razão de chances (*odds ratio* – OR) com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). As razões de chances foram obtidas por modelos de regressão logística multinível com modelos de efeitos mistos (aleatórios e fixos), intercepto aleatório e função *logit* (*mixed effects*), através do *software* Stata®, versão 13.0 (StataCorp., *CollegeStation*, Estados Unidos).

Resultados

O projeto SB Brasil 2010 avaliou uma amostra de 7.619 idosos. Destes, 4.716 (61,9%) eram do sexo feminino. A cor da pele de maior frequência foi a não-branca 4.023 (52,8%) e 4.419 (58%) haviam completado até o 4º ano do ensino fundamental. A renda declarada de maior frequência foi de até R\$ 1.500,00 (66,4%), conforme Tabela 1.

Em relação aos determinantes contextuais dos municípios, 3.291 (43,2%) dos idosos residiam em municípios com cobertura de equipes de saúde bucal na ESF, entre 25% e 50%. Quanto à desigualdade de distribuição de renda, 6.956 (91,3%) residiam em municípios com alto Coeficiente de Gini (0,5 - 0,7); 6.728 (88,3%), em municípios com IDHM alto (> 0,7), conforme Tabela 1.

Dos idosos entrevistados, 3.619 (47,5%) afirmaram não necessitar de tratamento. Em relação à necessidade de prótese, 3.200 (42%) afirmaram não necessitar de prótese (Tabela 1). Dentre estes, 3.693 (48,4%) não possuíam nenhum dente natural, sendo 1.244 (33,7%) do sexo masculino e 2.449 (66,3%) do sexo feminino.

Os resultados do modelo final da regressão logística multinível da autopercepção da necessidade de tratamento (Tabela 2), mostraram que os determinantes individuais (sexo, cor da pele e renda) estiveram associados à autopercepção. No sexo feminino, as chances de percepção da necessidade de tratamento foram 20% menores (OR = 0,80; IC95% 0,73 – 0,89). Já autorrelatar a cor da pele como não branca aumentou as chances de percepção da necessidade de tratamento (OR = 1,20; IC95% 1,09 – 1,33). Idosos com maior renda apresentaram menor chance de afirmar necessitar de tratamento (OR = 0,89; IC95% 0,80 – 0,98). Em relação aos determinantes contextuais,

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis contextuais, individuais e necessidades de tratamento em idosos, Brasil, 2010.

Variáveis	n (%)
Contextuais	
Coeficiente de Gini	
<0,5	663 (8,7)
0,5- 0,7	6.956 (91,3)
IDHM	
<0,5	15 (0,2)
0,5 - 0,7	876(11,5)
> 0,7	6.728 (88,3)
Cobertura SB/ESF	
< 25 %	3.002 (39,4)
25% - 50%	3.291 (43,2)
> 50%	1.326 (17,4)
Individuais	
Sexo	
Masculino	2.903 (38,1)
Feminino	4.716 (61,9)
Cor da pele autorreferida	
Branca	3.596 (47,2)
Não branca	4.023 (52,8)
Renda	
< R\$ 1.500,00	5.059 (66,4)
> R\$ 1.500,00	2.560 (33,6)
Escolaridade (anos de estudo)	
≥ 5 anos	3.200 (42,0)
0-4 anos	4.419 (58,0)
Necessidades de tratamento	
Dental	
Sim	2.370 (31,1)
Não	5.249 (68,9)
Prótese	
Sim	3.667(48,1)
Não	310 (4,1)
Sem informação	3.642 (47,8)

Tabela 2. Regressão logística multinível dos determinantes da autopercepção da necessidade de tratamento. SB Brasil, 2010.

Variáveis	OR	IC95%	p
Contextuais			
Coeficiente de Gini			
< 0,5	1		
0,5-0,7	1,09	0,87 – 1,37	0,45
IDHM			
< 0,5	1		
0,5-0,7	1,10	0,85 – 1,28	0,37
> 0,7	1,17	0,91 – 1,50	0,20
Cobertura SB/ESF			
< 25%	1		
25%-50%	0,86	0,76 – 0,91	0,03
> 50%	0,89	0,80 – 0,99	0,02
Individuais			
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	0,80	0,73 – 0,89	<0,001
Cor da pele			
Branca	1		
Não branca	1,20	1,09 – 1,33	<0,001
Renda familiar			
≤ R\$ 1.500	1		
> R\$ 1.500	0,89	0,80 – 0,98	0,02
Escolaridade			
≥ 5 anos	1		
0-4 anos	1,06	0,96 – 1,18	0,21

Log likelihood = -5198.0234.

duziu as chances dos idosos afirmarem necessitar de prótese total (OR = 0,76; IC95% 0,61-0,92), conforme Tabela 3.

Discussão

apenas a cobertura pelas equipes de saúde bucal esteve associada, sendo que idosos residentes em municípios com cobertura maior que 25% pelas equipes de SB/ESF apresentaram chances menores de relatar necessitar de tratamento odontológico (OR = 0,86; IC95%0,76 – 0,91).

Quanto à autopercepção da necessidade de prótese total, houve associação ao sexo e à cobertura pelas equipes de saúde bucal na ESF. As mulheres apresentaram chance 53% menor de afirmar necessitar de prótese total (OR = 0,47; IC95% 0,37-0,59) e a cobertura, pelas equipes de saúde bucal na ESF, maior que 50% também re-

O conhecimento da percepção dos indivíduos em relação às suas necessidades de saúde bucal é importante, pois exerce influência sobre o comportamento e a procura pelo atendimento odontológico¹³. Assim sendo, uma possibilidade relatada em estudos anteriores é a de que os indivíduos podem não procurar os serviços odontológicos devido a não percepção das suas necessidades^{13,14,18}, podendo corroborar com essa não percepção o fato de algumas doenças, detectáveis ao exame clínico, estarem em fase assintomática e, portanto, provavelmente não serem identificadas pelo indivíduo¹⁹.

Tabela 3. Regressão logística multinível dos determinantes da autopercepção da necessidade de prótese. SB Brasil, 2010.

Variáveis	OR	IC95%	p
Contextuais			
Coeficiente de Gini			
< 0,5	1		
0,5-0,7	1,05	0,60 – 1,84	0,86
IDHM			
< 0,5	1		
0,5-0,7	0,64	0,17 – 1,40	0,52
> 0,7	0,53	0,13 – 2,00	0,73
Cobertura SB/ESF			
< 25%	1		
25%-50%	0,90	0,75 – 1,06	0,23
> 50%	0,76	0,61 – 0,92	0,007
Individuais			
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	0,47	0,37 – 0,59	<0,001
Cor da pele			
Branca	1		
Não branca	1,10	0,86 – 1,42	0,41
Renda familiar			
≤ R\$ 1.500	1		
> R\$ 1.500	1,09	0,84 - 1,41	0,52
Escolaridade			
≥ 5 anos	1		
0-4 anos	0,96	0,74 – 1,23	0,74

Log likelihood = -1132.9437.

Nesse aspecto, a utilização exclusiva de indicadores clínicos na definição da saúde bucal da população e avaliação dos serviços de saúde superdimensiona as necessidades normativas e não contempla as dimensões sociais das condições de saúde bucal^{27,28}, contradizendo o atual paradigma de atenção à saúde, que extrapola questões clínicas e valoriza o contexto, as possibilidades (individuais e coletivas) e a equidade em saúde.

A fragilidade da interpretação matemática, e, portanto, rígida, destes indicadores, pode ser superada, em parte, pela análise da autopercepção e de fatores relacionados, a qual possibilita uma melhor compreensão de como a vida do indivíduo é afetada por determinados agravos^{12,28},

o que é uníssono ao modelo de atenção à saúde, representado no Brasil pela ESF, centrada na população/indivíduo, para além de suas necessidades clínicas, considerando, sobretudo, as necessidades percebidas²⁹.

Neste estudo, os fatores contextuais Gini e IDHM perderam associação com autopercepção das necessidades após o ajuste por variáveis individuais, indicando, nesse caso, o maior peso dos fatores individuais. Uma possibilidade é que não tenha havido contraste suficiente entre as áreas de residência dos participantes deste estudo, pois mais de 80% dos municípios que foram investigados, no SB Brasil 2010, apresentaram Coeficiente de Gini e IDHM considerados altos. Esses achados corroboram com os resultados encontrados por Gabardo et al.³⁰, pois também identificaram perda da influência de fatores contextuais na autopercepção da saúde bucal de adultos brasileiros, após ajuste por fatores individuais.

A associação com a cor da pele persistiu, após o ajuste às demais variáveis. Os indivíduos que autorrelataram a cor da pele como não branca apresentaram maior chance de afirmar necessitar de tratamento. Esse achado pode estar relacionado aos resultados encontrados por Souza et al.³¹, que indicaram existir dificuldades de utilização dos serviços odontológicos por idosos não brancos, sendo a raça um fator limitante na utilização dos serviços odontológicos no Brasil. A maior dificuldade na utilização resultaria em condições de saúde bucal mais precárias e aumentaria a chance do idoso autoperceber suas necessidades de tratamento.

Quanto à renda, os resultados dessa pesquisa indicam que indivíduos com menor renda tiveram chances maiores de afirmar necessitar de tratamento. Estudos anteriores identificaram que pessoas com menor renda autopercebiam sua saúde bucal de forma mais negativa^{32,33}, como resultado do acúmulo de necessidades de tratamento e existência de problemas bucais em estágios mais avançados com sinais e sintomas perceptíveis pelos indivíduos. A falta de recursos e a privação material podem ser causa de dificuldades no acesso a melhores condições de saúde, pois levam as pessoas a buscarem satisfazer primeiramente suas necessidades básicas como alimentação, vestuário e transporte, deixando em segundo ou terceiro plano sua saúde bucal^{32,33}.

O sexo feminino apresentou as maiores taxas de edentulismo. Uma hipótese explicativa para o maior edentulismo nas mulheres seria a maior utilização dos serviços odontológicos, principalmente serviços cuja prática profissional era cura-

tivista, que poderia resultar em sobretratamento e perdas dentárias³⁴. Deve-se considerar também que o acesso aos serviços especializados só aconteceu após a implantação dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO), a partir de 2004. No período anterior à implantação dos CEOs, os serviços públicos eram menos resolutivos e as exodontias poderiam ser a única alternativa para a população com piores condições socioeconômicas³⁵.

Na presente investigação, houve associação entre a autopercepção das necessidades de tratamento e de prótese e a variável sexo. Mulheres tiveram chances menores de afirmar necessitar de tratamento e prótese, ao mesmo tempo em que apresentaram as maiores taxas de edentulismo. Idosos edêntulos percebem sua saúde bucal e necessidade de tratamento de forma diferente de idosos não edêntulos, sendo que aqueles com ausência total de dentes naturais apresentam chances menores de considerar sua saúde bucal ruim e autoperceber necessidades de tratamento^{11,15,18}. O fato dos idosos edêntulos apresentarem essa menor frequência de autopercepção da necessidade de tratamento odontológico pode evidenciar características culturais de aceitação e acomodação com a ausência de dentes naturais³⁶.

Além disso, identificou-se que coberturas populacionais, por equipes de SB na ESF, acima de 25% estiveram associadas à maior chance do idoso afirmar não necessitar de prótese ou tratamento. Considerando que uma maior cobertura das equipes de SB na ESF deveria resultar em maior oferta de orientações à população, esses achados vão de encontro aos resultados de estudos anteriores que evidenciaram uma menor percepção da necessidade de tratamento entre indivíduos que não obtiveram orientações sobre como evitar problemas bucais^{14,15,27}. No entanto, as controvérsias observadas exigem estudos com delineamentos específicos para avaliação de programas e políticas públicas para serem analisadas.

Esses resultados sugerem que, somente a ampliação da cobertura, direcionada pela Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) e pela reorganização da atenção, básica por meio da ESF, podem não ser suficientes para atuar de forma modificadora nas crenças, ainda existentes entre muitos idosos, de que a má condição de saúde bucal e a ausência de dentes é um processo natural e inerente ao envelhecimento¹¹. Os crescentes investimentos em saúde bucal e ampliação da cobertura populacional representam um avanço importante, entretanto há necessidade de se intensificar as discussões sobre as mudanças

no processo de trabalho em saúde bucal, pois a transformação da realidade requer a transformação dos olhares²⁹.

Nesse aspecto, buscando novos olhares, podem ser problematizadas questões relacionadas à formação do profissional de Odontologia, à gestão dos serviços de saúde e à consolidação da SUS/ESF. A primeira ainda persiste tecnicista, pouco adepta à valorização da educação em saúde, o que neste caso, pode estar colaborando para a falta de entendimento da população abordada neste estudo, sobre a própria saúde bucal. Tal fato é fortalecido pelos gestores, que tendem à interpretação e cobrança de indicadores de saúde bucal que contemplam somente a limitação do dano, desconsiderando fatores importantes relacionados à sedimentação de princípios da ESF e do SUS, como as iniquidades e desigualdades em saúde.

Nesse âmbito, a alocação de recursos e o provimento de apoio técnico a projetos de qualificação dos profissionais, para atuação na área de atenção à saúde da pessoa idosa, são fundamentais, destacando-se o desenvolvimento de uma escuta qualificada das percepções do usuário sobre as suas necessidades e transmissão horizontal de informações³⁷.

A natureza transversal do presente estudo não permite estabelecer uma relação causal entre as associações encontradas, o que limita a interpretação dos resultados apresentados, assim como a utilização dos dados coletados no SB Brasil 2010, quanto à avaliação da autopercepção da necessidade de tratamento apresentam limitações. Pois as informações relativas a essa variável foram coletadas de forma dicotômica (sim/não), o que dificulta a compreensão das relações entre as necessidades de tratamento normativas e a autopercepção.

Assim, os idosos que responderam que não necessitavam de tratamento ou de prótese podem ter dado essa resposta porque realmente não percebiam problemas bucais ou percebiam, mas não apresentavam o desejo de tratá-los, e ainda ter respondido que necessitavam de tratamento ou prótese porque apresentavam um problema de saúde bucal ou porque estavam motivados a utilizar os serviços de saúde de forma preventiva³⁸.

Constatou-se maior influência de fatores individuais na autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese entre idosos brasileiros e foi evidenciada a existência de iniquidades associadas à autopercepção. Essas informações devem ser utilizadas na definição de prioridades para o planejamento e alocação de

recursos, nos serviços de saúde, visando redução das iniquidades e melhor resposta às demandas da população idosa. Os estudos sobre percepção fornecem informações sobre quem necessita de encaminhamento aos serviços de saúde, bem como podem contribuir para a avaliação dos tratamentos recebidos nesses serviços³⁹. Nesse aspecto, é importante o aumento de investimentos na qualificação da atenção à saúde bucal na ESF, de modo a possibilitar maiores impactos, a longo prazo, no perfil da saúde bucal de idosos.

Colaboradores

CE Dalazen foi responsável pela coleta dos dados secundários e redação do texto. AD De-Carli foi responsável pelo desenvolvimento da pesquisa e redação e revisão do texto. O autor RA Bomfim foi responsável pela análise estatística e revisão do texto.

Conclusões

O sexo e a cobertura pelas equipes de SB/ESF estiveram associados tanto à autopercepção da necessidade de prótese quanto à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico, enquanto a cor da pele autorreferida e a renda estiveram associadas apenas à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico dos idosos brasileiros.

Referências

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saude Publica* 2003;19(3):725-733.
2. Carvalho JAM, Rodríguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publica* 2008; 24(3):597-605.
3. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):548-554.
4. Harford J. Population ageing and dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(2):97-103.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
6. Brasil. Portaria nº 2528, de 18 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 19 out.
7. Gilbert GH, Branch LG, Longmate J. Dental care use by U.S. veterans eligible for VA Care. *Social Sci. Med.* 1993; 36(3):361-370.
8. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22(1):47-51.
9. Schutzhold S, Holtfreter B, Schiffner U, Hoffmann T, Kocher T, Micheelis W. Clinical factors and self-perceived oral health. *Eur J Oral Sci* 2014; 122(2):134-141.
10. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Elderly people living in Florianópolis: self-perception of oral health conditions and use of dental services. *Cien Saude Colet* 2007; 12(6):1683-1690.
11. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(4):348-359.
12. Olutola BG, Ayo-Yusuf OA. Socio-Environmental Factors Associated with Self-Rated Oral Health in South Africa: A Multilevel Effects Model. *Int J Environ Res Public Health* 2012; 9(10):3465-3483.

13. Marshman Z, Porritt J, Dyer T, Wyborn C, Godson J, Baker S. What influences the use of dental services by adults in the UK? *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(4):306-314.
14. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica* 2001; 35(4):349-355.
15. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus I. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saude Publica* 2008; 42(3):487-496.
16. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1699-1707.
17. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998; 77(7):1529-1538.
18. Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2661-2671.
19. Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent* 1997; 57(1):40-47.
20. Haikal DS, De Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira NA, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3317-3329.
21. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):S58-S68.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais*. Brasília: MS; 2011.
23. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(3):161-169.
24. Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Sheiham A, Watt RG. Social Gradients in Oral and General Health. *J Dent Res* 2007; 86(10):992-996.
25. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Atlas de desenvolvimento humano no brasil: 1991-2010*. 2013. [acessado 2015 Jan 15]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/idh/atlas2013.aspx?indiceaccor-dion=1&li=li_atlas2013
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Datasus. informações de saúde. Cobertura equipes de saúde bucal, 2014*. [acessado 2014 Jan 10]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?pacto/cnv/pactbr.def>
27. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: Institute for Future Studies; 1991.
28. 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.
29. Faccin D, Sebold R, Carcereri DL. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1643-1652.
30. Gabardo MCL, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski MO, Anselmo MT, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad Saude Publica* 2015; 31(1):49-59.
31. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2063-2070.
32. Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira SM. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica* 2010; 44(5):912-922.
33. Hernández-Palacios RD, Ramírez-Amador V, Jarillo-Soto EC, Irigoyen-Camacho ME, Mendoza-Núñez VM. Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans. An exploratory study. *Cien Saude Colet* 2015; 20(4):997-1004
34. Barbato PR, Peres MA, Hofelmann DA, Peres KG. Indicadores contextuais e individuais associados à presença de dentes em adultos. *Rev Saude Publica* 2015; 49:1-10.
35. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Morais Freitas CHS, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saude Publica* 2013; 47(Supl. 3):78-89.
36. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):1051-1056.
37. Figueiredo MFS, Rodrigues Neto JE, Leite MTS. Health education in the context of family health from the user's perspective. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(41):315-329.
38. Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(5):351-360.
39. Silva, SRC, Castellanos FRA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35(4):349-355.

Artigo apresentado em 28/03/2016

Aprovado em 23/06/2016

Versão final apresentada em 25/06/2016