

Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil

Oral health condition and the use of dental services among the older adults living in the rural area in the south of Brazil

Franciane Maria Machado Schroeder (<https://orcid.org/0000-0003-4643-4624>)¹

Raúl Andrés Mendoza-Sassi (<https://orcid.org/0000-0002-4641-9056>)¹

Rodrigo Dalke Meucci (<https://orcid.org/0000-0002-8941-3850>)¹

Abstract *Objectives: To evaluate the oral health, the use of dental services and associated factors among individuals aged 60 years, or more, living in the rural area. Method: This is a population-based, cross-sectional study carried out in the rural area of a medium-sized municipality in the extreme south of Brazil. The outcome was to have used dental services in the 12 months before the date of the interview. The analysis included a description of the sample, prevalence of the use of dental services for each category of independent variables and multivariate analysis through Poisson Regression. Results: In total, 1,030 older adults were interviewed, of which 49.9% were totally edentulous patients, and 13.9% had dental visits in the last year. The probability of visits was higher in females, with a partner, higher schooling, of the highest economic levels and that reported some oral health problem. On the other hand, elderly who reported being former smokers or were current smokers had fewer visits. Conclusions: Health planning should be reorganized to prioritize population groups with more significant difficulties in the use of dental services.*

Key words Dental services, Oral health, Elderly, Rural population, Dental care

Resumo *Este artigo objetiva avaliar a saúde bucal, a utilização de serviços odontológicos e os fatores associados entre indivíduos com 60 anos, ou mais, residentes em área rural. Estudo transversal, de base populacional, realizado na zona rural de um município de porte médio do extremo sul do Brasil. O desfecho foi ter utilizado serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à data da entrevista. A análise abrangeu descrição da amostra, prevalência da utilização de serviços odontológicos para cada categoria das variáveis independentes e análise multivariada através da Regressão de Poisson. Foram entrevistados 1.030 idosos, sendo 49,9% edêntulos totais e tendo 13,9% consultado com dentista no último ano. A probabilidade de consultar foi maior em idosos do sexo feminino, com companheiros(as), com maior escolaridade, pertencentes aos melhores níveis econômicos e que referiram ter algum problema de saúde bucal. Por sua vez, idosos que relataram ser ex-fumantes ou fumantes consultaram menos. Planejamentos em saúde devem ser reorganizados com o intuito de priorizar grupos populacionais com maiores dificuldades na utilização dos serviços odontológicos. **Palavras-chave** Serviços odontológicos, Saúde bucal, Idoso, População rural, Assistência odontológica*

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande. R. Gal Osório s/n, Centro. 96200-000 Rio Grande RS Brasil. francimachados@gmail.com

Introdução

Apesar do envelhecimento populacional no Brasil demandar maiores cuidados em saúde, os serviços existentes não atenderam de forma adequada as necessidades dos idosos. Existe a crença de que consultas odontológicas são desnecessárias para essa faixa etária devido aos altos índices de edentulismo^{1,2}. Esse contexto pode ser atribuído a um modelo assistencial que, por muito tempo, foi centrado em práticas mutiladoras e que resultaram em um quadro precário de saúde bucal, além de os serviços odontológicos não considerarem esse grupo como prioridade²⁻⁴.

Quando a utilização dos serviços odontológicos se dá por intermédio de intervenções precoces e por meio de acompanhamentos frequentes e periódicos, são diversos os benefícios para a saúde bucal, além de possibilitar ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação^{2,5-7}. Os fatores que levam à procura por consultas médicas ou odontológicas são variados, envolvendo características demográficas, econômicas, educacionais, psicológicas, perfis de morbidade, além de padrões de cultura e tradições populares que podem ser afetados pelas políticas de saúde vigentes e pelas características do sistema de saúde⁷⁻⁹.

Com o intuito de alterar a realidade da condição de saúde bucal dos brasileiros, serviços odontológicos públicos foram reorganizados e aprimorados com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal. A combinação de diretrizes e ações nos níveis individual e coletivo, englobando a inserção e ampliação da saúde bucal em todos os níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou o acesso a procedimentos odontológicos que anteriormente eram exclusivos do setor privado¹⁰⁻¹². No entanto, comparando os dois últimos levantamentos epidemiológicos nacionais, as Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal, realizadas em 2003 e 2010 (SBBrasil), mesmo com a grande melhora do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) na população jovem, entre os idosos de 65 a 74 anos, o CPO-D praticamente não se alterou, ficando em 27,5 dentes em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8 dentes, com a maioria correspondendo ao componente “extraído” ou “perdido”^{13,14}. Essa perda dentária dos idosos, infelizmente, ainda é vista popularmente como parte do processo de envelhecimento, e não como uma deficiência das políticas públicas, que não são voltadas para a população adulta para que possa chegar à senilidade com seus dentes naturais¹⁵.

Além da assistência à saúde bucal no Brasil ter sido historicamente restrita a uma gama limitada de procedimentos odontológicos oferecidos nos grandes centros urbanos, que apresentam maior concentração de serviços de saúde tanto públicos quanto privados; as áreas rurais brasileiras possuem piores indicadores de renda, saneamento básico e níveis de escolaridade^{12,16}. Tal cenário pode favorecer o aumento da carga de morbidades e agravos à saúde. O reconhecimento das necessidades dessa população, mediante estudos epidemiológicos, torna-se imprescindível para o planejamento de intervenções realistas que visem melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, a reorganização dos serviços e a redistribuição dos recursos assistenciais^{12,17}.

Com a intenção de ampliar as informações sobre o padrão de consultas odontológicas em zonas rurais, o presente estudo teve como objetivo descrever a saúde bucal, a utilização de serviços odontológicos e os fatores associados entre indivíduos com 60 anos ou mais residentes na área rural, situados em município do extremo sul do Brasil.

Material e métodos

Este estudo foi realizado na área rural do município de Rio Grande, no Rio Grande do Sul e fez parte de um estudo maior, em forma de consórcio de pesquisa e que abrangeu diversos aspectos da saúde de determinados segmentos da população rural. Para o ano de 2017, houve uma estimativa de 209.378 habitantes, sendo 4% desse total residentes em área rural¹⁸. O delineamento do estudo foi do tipo transversal, de base populacional e a população incluída foi de indivíduos a partir de 60 anos de idade que residiam na zona rural. Indivíduos institucionalizados em asilos ou hospitais foram excluídos. Idosos com déficit intelectual que impedisse o entendimento das perguntas não foram entrevistados..

Para estimar a prevalência da utilização dos serviços odontológicos no último ano foi utilizado no cálculo do tamanho da amostra prevalência de 20%, erro de 2 pontos percentuais e nível de 95% de confiança, com acréscimo de 10% para perdas e recusas, resultando em 679 indivíduos. Para o cálculo dos fatores associados foram definidos os seguintes parâmetros: poder estatístico de 80% para encontrar um risco relativo (RR) de ao menos 2, nível de confiança de 95%, prevalência em não expostos de pelo menos 20% e razão de não expostos para expostos de ao me-

nos 4:1, incluindo acréscimo de 10% para perdas e recusas e 20% para controle de possíveis fatores de confusão (n = 722).

A área rural do município de Rio Grande é constituída por 24 setores censitários com aproximadamente 8.500 habitantes distribuídos em torno de 2.700 domicílios permanentemente habitados¹⁹. O processo de amostragem foi aleatório, sistemático e ocorreu de modo a selecionar 80% dos domicílios a partir do sorteio de um número entre “1” e “5”. O número sorteado correspondeu ao domicílio considerado pulo. Por exemplo, no caso do número “3” ter sido sorteado, todo domicílio de número “3” de uma sequência de cinco domicílios não era amostrado, ou seja, era pulado. Este procedimento garantiu que fossem amostrados quatro em cada cinco domicílios.

O trabalho de campo ocorreu no período de abril a outubro de 2017, realizado por uma equipe composta de entrevistadoras e supervisores de campo. Após a elucidação do tema do estudo e o aceite em participar, o idoso assinava o Termo de Consentimento Livre e Informado e, então, era aplicado o questionário. Cuidadores assinaram o TCLE para os idosos incapacitados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sendo assegurado o sigilo das informações individuais dos participantes. O instrumento de coleta utilizado foi um questionário eletrônico, previamente testado em um estudo piloto executado em domicílios excluídos da amostragem. Os dados foram coletados através de *tablets*, utilizando o programa RedCap^{®20}. Os dados armazenados nos *tablets* eram diariamente enviados para o servidor da FURG (redcap.furg.br) através de conexão com a *internet*. Semanalmente, no próprio servidor, era realizado controle de qualidade dos dados (*ferramenta “data quality”*) para a identificação de variáveis sem resposta ou com algum erro. Após correção, os dados eram novamente enviados ao servidor. Adicionalmente, era realizado um *backup* semanal do banco de dados em planilha do *Microsoft Excel*[®] para garantir que não houvesse perda de informações. Foi aplicada uma versão reduzida do instrumento em 10% dos indivíduos entrevistados. A concordância dos dados foi analisada por meio da estatística Kappa.

A variável dependente constituiu-se na utilização de serviços odontológicos nos 12 meses anteriores à data da entrevista (sim ou não), a partir da pergunta “Desde <MÊS> do ano passado para cá, o(a) Sr(a). consultou com dentista?”. Foram coletadas informações se o idoso já

havia utilizados os serviços através da pergunta “Alguma vez na vida o(a) Sr(a). consultou com dentista?”. As variáveis independentes incluíram: sexo (masculino ou feminino); idade (em anos completos); cor da pele referida (branca, preta amarela, indígena ou parda); situação conjugal (sem ou com companheiro), escolaridade (em anos completos); classe econômica conforme a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP)²¹; razão de ter utilizado a última consulta (consulta de urgência, tratamento convencional e revisão); percepção da necessidade de utilizar prótese dentária; relato de problema de saúde bucal nos 12 meses anteriores à data da entrevista (dificuldade em comer, dormir ou participar de atividades sociais); tipo de serviço utilizado na última consulta (posto de saúde público, serviço público que não posto de saúde, convênio e serviço privado); plano de saúde; tabagismo (nunca fumou, fumou ou fuma); consumo de álcool no último mês; depressão; número de dentes referidos nas arcadas superior e inferior somadas (em quartis); uso de prótese dentária e autopercepção de saúde bucal (muito ruim/ruim, regular e boa/muito boa). Os indivíduos de cor da pele preta, parda, indígena e amarela foram agrupados em categoria denominada “outras” por tratar-se de grupos pequenos. O tratamento convencional na variável “razão de ter utilizado a última consulta” constituiu-se do seguimento de duas consultas ou mais que não se enquadrava nas outras categorias. A variável depressão foi coletada pelo instrumento PHQ-9 (The Patient Health Questionnaire), sendo adotado um ponto de corte ≥ 9 pontos.

As análises estatísticas foram executadas no programa Stata[®] versão 14.0²². Foi realizada análise descritiva das variáveis independentes. Calculou-se a prevalência do desfecho e seu respectivo intervalo de confiança (IC95%) e as prevalências de acordo com os fatores associados, sendo utilizado, nesta etapa, o teste Qui-quadrado de heterogeneidade (análise bivariada). Após, utilizou-se a regressão de Poisson com ajuste robusto de variância²³ e de tipo “backward stepwise”, para estimar as Razões de Prevalência brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). A análise multivariada seguiu um modelo teórico hierárquico de determinação em níveis, descrito na Figura 1. Esse modelo estabelece uma cadeia de determinantes organizados em níveis de determinação e que influenciam de forma distal ou proximal, o desfecho²⁴. No 1º nível foram incluídas as variáveis sexo, idade, cor da pele referida, escolaridade, classe econômica e situação conjugal. Inseriu-se, no 2º nível, tabagis-

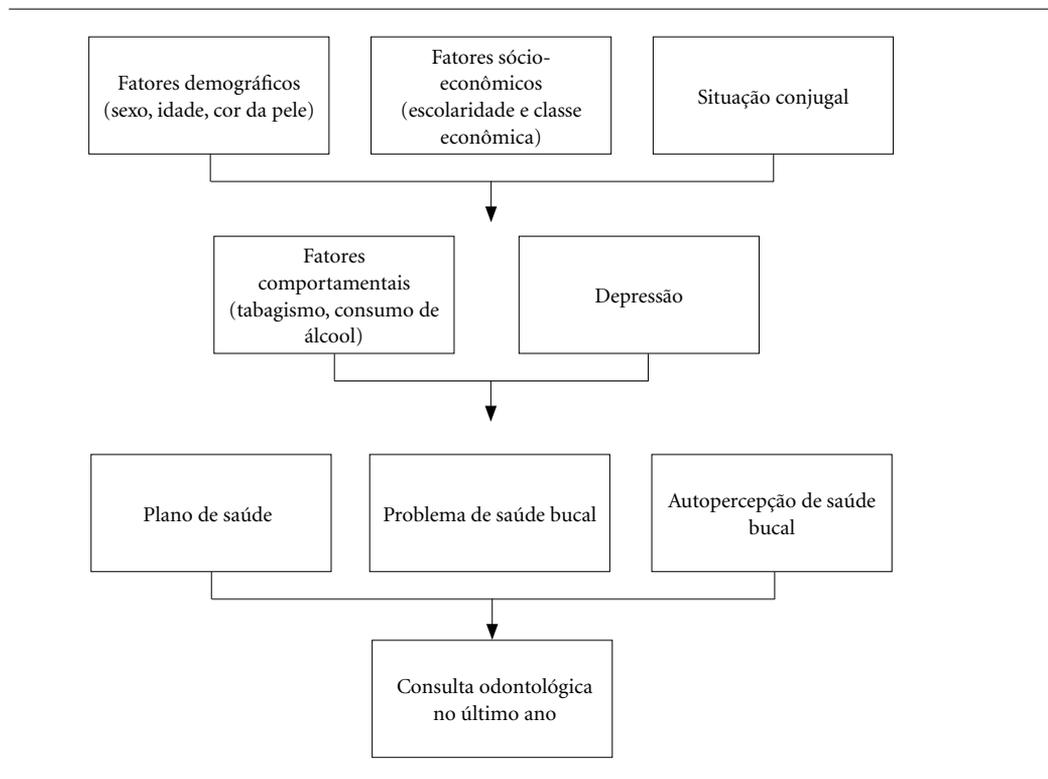


Figura 1. Modelo de análise hierarquizado da utilização de serviços de saúde odontológicos.

mo, consumo de álcool e depressão. No 3º nível, entraram as variáveis plano de saúde, problema de saúde bucal e autopercepção de saúde bucal. As variáveis de cada nível ajustaram-se no mesmo nível e para o nível superior. Aquelas com um valor de $p < 0,20$ foram mantidas para se controlar possíveis confundimentos. A significância estatística foi medida pelos testes de Wald de heterogeneidade e de tendência linear, sendo adotado um valor de $p < 0,05$ de um teste bicaudal.

Resultados

Do total de 1.785 domicílios amostrados, foram identificados 1.131 idosos na área rural do município de Rio Grande em 2017. Desse total, 1.030 participaram da pesquisa, o que corresponde a uma taxa de 8,9% de perdas e recusas. A prevalência da utilização de serviços odontológicos, nos 12 meses anteriores à entrevista, foi de 13,9% (IC95% 11,8-16,2) e a prevalência da não utilização dos serviços foi de 86,1% (IC95% 83,8-88,2).

Uma parcela de 6,6% dos idosos referiu nunca ter consultado um dentista.

A Tabela 1 apresenta a descrição das principais características da amostra. Predominaram homens (55,2%), indivíduos de cor da pele branca (91,6%), pertencentes à classe econômica C (51,2%) e que utilizavam algum tipo de prótese dentária (74,8%). Aproximadamente metade dos indivíduos era edêntulos totais (49,9%) e 73% possuíam até oito dentes em ambas arcadas.

A prevalência do desfecho de acordo com as variáveis independentes à utilização de serviços odontológicos e as razões de prevalência brutas e ajustadas estão descritas na Tabela 2. Após o ajuste, percebeu-se que mulheres tiveram 90% maior probabilidade de consultar o serviço nos últimos 12 meses quando comparadas aos homens. Os idosos que possuíam 8 ou mais anos de estudo consultaram 155% mais em relação aos que não estudaram nenhum ano. Indivíduos pertencentes às classes econômicas A/B utilizaram 289% mais os serviços que aqueles das classes D/E; e os que relataram ter um companheiro(a) aumentaram

Tabela 1. Descrição das características da amostra dos idosos residentes em zona rural. Rio Grande, RS, Brasil, 2018 (n = 1030).

| Variável | n | % |
|----------------------------------------|-----|-------|
| Sexo (1030) | | |
| Masculino | 568 | 55,15 |
| Feminino | 462 | 44,85 |
| Idade em anos completos (1029)* | | |
| 60 a 64 | 267 | 25,95 |
| 65 a 69 | 262 | 25,46 |
| 70 a 74 | 197 | 19,14 |
| 75 a 79 | 130 | 12,63 |
| 80 ou mais | 173 | 16,82 |
| Cor da pele referida (1028)* | | |
| Branca | 942 | 91,63 |
| Outras | 86 | 8,37 |
| Situação conjugal (796)* | | |
| Sem companheiro(a) | 170 | 21,36 |
| Com companheiro(a) | 626 | 78,64 |
| Escolaridade em anos completos (1017)* | | |
| 0 | 206 | 20,26 |
| 1 a 3 | 364 | 35,79 |
| 4 a 7 | 336 | 33,04 |
| 8 ou mais | 111 | 10,91 |
| Classe econômica [#] (1018)* | | |
| D-E | 407 | 39,98 |
| C | 526 | 51,67 |
| A-B | 85 | 8,35 |
| Tabagismo (1029)* | | |
| Nunca fumou | 545 | 52,96 |
| Fumou ou fuma | 484 | 47,04 |

continua

Tabela 1. Descrição das características da amostra dos idosos residentes em zona rural. Rio Grande, RS, Brasil, 2018 (n = 1030).

| Variável | n | % |
|------------------------------------------------------|-----|-------|
| Consumo de álcool (1030) | 172 | 16,7 |
| Depressão (994)* | 81 | 8,15 |
| Tipo de serviço utilizado (945)* | | |
| Posto de saúde pública | 126 | 13,33 |
| Serviço público, menos posto de saúde | 84 | 8,89 |
| Convênio | 76 | 8,04 |
| Serviço privado | 659 | 69,74 |
| Plano de saúde (960)* | 99 | 10,31 |
| Razão para utilizar a consulta (952)* | | |
| Consulta de urgência | 91 | 9,56 |
| Tratamento convencional | 796 | 83,61 |
| Revisão | 65 | 6,83 |
| Problema de saúde bucal (953)* | 29 | 3,04 |
| Número de dentes arcadas superior e inferior (1010)* | | |
| 1º quartil (0 a 8) | 738 | 73,07 |
| 2º quartil (9 a 16) | 129 | 12,77 |
| 3º quartil (17 a 24) | 108 | 10,69 |
| 4º quartil (25 ou mais) | 35 | 3,47 |
| Usa prótese dentária (1030) | 770 | 74,76 |
| Necessidade de utilizar prótese dentária (958)* | 592 | 61,8 |
| Autopercepção de saúde bucal (1026)* | | |
| Muito ruim/Ruim | 50 | 4,87 |
| Regular | 199 | 19,4 |
| Boa/Muito boa | 777 | 75,73 |

*Perdas de informações da amostra. [#]Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa²¹.

em 77% a probabilidade de consultar o dentista. Por sua vez, ex-fumantes ou fumantes consultaram 40% menos. Idosos que referiram problema de saúde bucal que interferisse com comer, dormir ou participar de atividades sociais aumentaram em 121% a probabilidade de utilizar serviços odontológicos no último ano.

Discussão

O presente estudo identificou que, na zona rural de Rio Grande, a população possui alta proporção de edentulismo total (49,9%) e que a prevalência da utilização de serviços odontológicos no último ano foi de 13,9%. Gênero, situação conju-

gal, grau de escolaridade, nível econômico, tabagismo e problemas de saúde bucal influenciaram a utilização dos serviços.

O uso de serviços de saúde está ligado às barreiras de acesso, que podem impedir ou dificultar a possibilidade de as pessoas utilizarem esses serviços⁶. Em uma revisão sistemática, Moreira et al.³ apontaram como barreiras de utilização de serviços odontológicos a baixa escolaridade e a baixa renda. Em concordância com a literatura, idosos pertencentes às classes econômicas melhores^{2,8,12,25-27} e que possuem maior escolaridade^{2,5,8,9,12,25-30} consultaram mais com o dentista. Cerca de 69,7%, do total de indivíduos, utilizaram o serviço privado em suas últimas consultas, sendo maior que a frequência de 55,2% que o

Tabela 2. Análise bruta e ajustada para utilização de serviços odontológicos, no último ano, entre idosos residentes na zona rural em 2017 e fatores associados. Rio Grande, RS, Brasil, 2018.

| Nível | Variável | Prevalência (%) | Análise Bruta | | Análise Ajustada | |
|--------------------|-------------------------------|------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------|
| | | | RP (IC 95%) | Valor p | RP (IC 95%) | Valor p |
| 1º | Sexo | | | < 0,01 | | < 0,001 ^c |
| | Masculino | 11,09 | | 1 | | 1 |
| | Feminino | 17,39 | 1,57 (1,14-2,15) | | 1,90 (1,34-2,67) | |
| | Idade (anos completos) | | | 0,08 ^a | | 0,7 ^a |
| | 60 a 64 | 17,06 | | 1 | | 1 |
| | 65 a 69 | 15,98 | 0,94 (0,63-1,39) | | 1,11 (0,72-1,72) | |
| | 70 a 74 | 13,30 | 0,78 (0,49-1,23) | | 1,01 (0,60-1,70) | |
| | 75 a 79 | 13,68 | 0,80 (0,47-1,36) | | 1,31 (0,75-2,30) | |
| | ≥ 80 | 6,96 | 0,41 (0,22-0,77) | | 0,77 (0,36-1,65) | |
| | Cor da pele referida | | | 0,5 | | 0,6 |
| | Outras | 11,25 | | 1 | | 1 |
| | Branca | 14,11 | 1,25 (0,66-2,37) | | 1,27 (0,58-2,78) | |
| | Escolaridade (anos completos) | | | < 0,001 ^b | | < 0,01 ^{b,c} |
| | 0 | 7,73 | | 1 | | 1 |
| | 1 a 3 | 8,96 | 1,16 (0,63-2,13) | | 1,03 (0,53-2,02) | |
| | 4 a 7 | 15,38 | 1,99 (1,13-3,50) | | 1,68 (0,91-3,10) | |
| | ≥ 8 | 35,78 | 4,63 (2,63-8,12) | | 2,55 (1,27-5,11) | |
| Classe econômica* | | | < 0,001 ^b | | < 0,001 ^{b,c} | |
| D-E | 6,52 | | 1 | | 1 | |
| C | 14,65 | 2,25 (1,44-3,52) | | 1,65 (0,95-2,85) | | |
| A-B | 40,48 | 6,21 (3,88-9,97) | | 3,89 (2,04-7,41) | | |
| Situação conjugal | | | 0,05 | | 0,04 ^c | |
| Sem companheiro(a) | 8,97 | | 1 | | 1 | |
| Com companheiro(a) | 15,49 | 1,73 (1,01-2,94) | | 1,77 (1,04-3,02) | | |
| 2º | Tabagismo | | | 0,02 | | 0,01 ^c |
| | Nunca fumou | 16,57 | | 1 | | 1 |
| | Fumou ou fuma | 11,06 | 0,67 (0,48-0,93) | | 0,60 (0,39-0,89) | |
| | Consumo de álcool | | | 0,2 | | 0,9 |
| | Não | 13,33 | | 1 | | 1 |
| | Sim | 16,97 | 1,27 (0,87-1,86) | | 0,99 (0,63-1,55) | |
| | Depressão | | | 0,9 | | 0,5 |
| Não | 14,30 | | 1 | | 1 | |
| Sim | 14,67 | 1,03 (0,58-1,81) | | 1,2 (0,66-2,21) | | |
| 3º | Plano de saúde | | | < 0,01 | | 0,2 ^c |
| | Não | 12,78 | | 1 | | 1 |
| | Sim | 24,24 | 1,90 (1,29-2,80) | | 1,34 (0,89-2,01) | |
| | Problema de saúde bucal | | | 0,09 | | 0,01 ^c |
| | Não | 13,64 | | 1 | | 1 |
| | Sim | 24,14 | 1,77 (0,91-3,44) | | 2,21 (1,18-4,14) | |
| | Autopercepção de saúde bucal | | | 0,8 ^b | | 0,3 ^b |
| | Muito ruim/Ruim | 10,26 | | 1 | | 1 |
| Regular | 14,05 | 1,37 (0,51-3,71) | | 1,62 (0,36-7,29) | | |
| Boa/Muito boa | 14,15 | 1,38 (0,54-3,55) | | 1,86 (0,43-8,07) | | |

*Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa²¹. ^aTeste de Wald de Heterogeneidade. ^bTeste de Wald de Tendência Linear. ^cVariáveis do modelo final. RP: Razão de Prevalência. IC: Intervalo de Confiança. 1º nível (n = 738); 2º nível (n = 738); 3º nível (n = 734).

levantamento epidemiológico nacional realizado em 2010¹⁴ apontou para o uso desses. Esse resultado, aliado à baixa prevalência da utilização de serviços odontológicos deste estudo, pode indicar que os idosos residentes em áreas rurais possuem maiores dificuldades de acesso aos serviços odontológicos públicos, visto que a cobertura odontológica das Unidades de Saúde na zona rural de Rio Grande não chega a 60%³¹. A baixa adesão aos planos de saúde que cubram consultas com dentista (10,3%) também pode ser um fator para os idosos procurarem com maior proporção o serviço privado autônomo. Outro fator que denota o acesso é a proporção de pessoas que nunca consultaram o dentista³². Aproximadamente 6,6% dos idosos deste estudo referiram nunca ter ido ao dentista. Esse valor foi inferior quando comparado ao dado do SBBrazil 2010¹⁴, que assinalou 14,7%, mas foi similar quando comparado à região Sul (5,1%), confirmando a disparidade entre as regiões brasileiras^{14,33,34}.

A prevalência da utilização dos serviços odontológicos em países anglo-saxões é quase 5 vezes maior, quando comparada ao nosso estudo, denotando as diferenças existentes em termos de sistema de saúde, de valores contextuais a respeito do uso de serviços e do comportamento em saúde²⁷⁻²⁹.

Nossos achados, em concordância com estudo realizado em Pelotas¹, não mostraram associação entre a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e a utilização de serviços odontológicos, diferindo de resultados previamente relatados, o que pode ser devido a alta taxa de edentulismo em ambas populações^{26,30}. Ainda, quase 40% dos idosos relataram não ter a necessidade de utilizar próteses dentárias. Um motivo para explicar essa relação negativa é o elevado custo de um tratamento protético⁵. Outros estudos ainda sugerem que a ausência de dentes não é percebida pelos idosos como um problema de saúde bucal significativo³⁵⁻³⁷. Além disso, diferentemente da medida de avaliação da qualidade da prótese por um cirurgião-dentista, muitos idosos consideram suas próteses mal-adaptadas devido às dificuldades de adaptação e retenção de próteses novas².

Embora não seja resultado significativo neste estudo, a recente utilização de serviços odontológicos vem sendo inversamente associada à maior idade, sugerindo a diminuição na utilização regular de serviços odontológicos entre idosos e podendo gerar causalidade reversa com as elevadas taxas de edentulismo^{4,12}.

Neste e em outros estudos^{27,29}, as mulheres idosas tiveram 90% mais probabilidade de con-

sultar com um dentista quando comparadas aos homens, o que pode ser devido aos homens procurarem menos os serviços de saúde por fatores culturais e ocupacionais^{14,26}. Os idosos que possuíam um companheiro(a) também consultaram mais, talvez, pelo fato de ter alguém que apoie a busca por atenção à saúde²⁷. Por outro lado, ser fumante ou ex-fumante diminuiu a probabilidade de utilizar os serviços odontológicos. Apesar de não ser uma variável descrita com ocorrência na literatura, sabe-se que fumantes cuidam menos da sua saúde e usam menos os serviços de saúde em geral²⁹.

Como esperado, os idosos que referiram possuir problemas odontológicos consultaram mais com dentista no último ano, tendo uma probabilidade maior em relação aos que não eram portadores de problemas bucais^{8,12,29}. Ainda, em torno de 83,6% dos idosos mencionaram ser tratamentos convencionais a razão de consultarem, em detrimento de apenas 9,5% para consultas de urgência. Essa proporção pode indicar, também, melhor cobertura dos serviços odontológicos, visto que historicamente grande parte dos municípios brasileiros desenvolvia ações de saúde bucal apenas para a faixa etária escolar, designando para os idosos acesso, apenas, a serviços de urgência, geralmente mutiladores³².

O aumento do acesso dos idosos aos serviços odontológicos pode ser atribuído a incorporação gradativa dos profissionais de saúde bucal nas Equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e ao programa do Ministério da Saúde chamado “Brasil Sorridente”, que ao instituir a Política Nacional de Saúde Bucal, possibilitou maior atenção e financiamento à saúde bucal^{2,10,12}. Houve maior esforço para promover o aumento da integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral a partir da conjugação de saberes e práticas que apontaram para a promoção, prevenção e vigilância em saúde e para a revisão das práticas assistenciais que incorporaram a abordagem familiar e a defesa da vida³⁸. A atenção especializada foi ampliada e qualificada, em especial, com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Possíveis limitações metodológicas podem afetar os resultados observados. O viés recordatório tende a inferir nos relatos, porém, como o desfecho foi medido de forma dicotômica, pode ser mais fácil de lembrar se foi ou não ao dentista. Outra possível limitação se refere à resposta da percepção da condição de saúde bucal pelo idoso, quando na presença de cuidador. Essa si-

tuação ocorreu apenas em 46 casos. Nos questionários restantes a resposta foi dada pelo próprio entrevistado. Portanto, tendo acontecido a subestimação ou superestimação dessa prevalência, a mesma deve ter sido muito baixa, não afetando maiormente o resultado encontrado. Ainda, os achados referentes ao número de dentes podem não ser precisos por terem sido autorrelatados, e não por exame clínico. Todavia, estudo de coorte brasileira sugere que informações obtidas de forma referida sobre a saúde bucal, quando comparadas ao exame clínico, apresentaram boa sensibilidade³⁹. Como aspecto positivo pode ser assinalado o fato do estudo ter sido realizado em um município brasileiro de porte médio. Seus achados podem ser extrapolados para os municípios similares, podendo dar subsídios sobre as características dos cuidados em saúde bucal de uma zona rural.

Em conclusão, os resultados deste estudo apontam que as condições de saúde bucal dos idosos brasileiros residentes em zona rural são precárias. Os índices de utilização de serviços de odontológicos são baixos, especialmente em homens, sem alfabetização, de nível econômico inferior, sem companheiros(as), ex-fumantes ou fumantes e que referiram não identificar problemas bucais. Planejamentos em saúde devem ser reorganizados com o intuito de priorizar esses grupos populacionais, aprimorando o modelo de atenção à saúde disponível. Além disso, ações intersetoriais de políticas públicas devem buscar melhores índices de educação e renda para a redução das desigualdades destes determinantes sociais que, mesmo nos dias atuais, configuram amplas barreiras de acesso aos serviços odontológicos.

Colaboradores

FMM Schroeder participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. RA Mendoza-Sassi participou na análise e interpretação dos dados, sua revisão crítica e da aprovação da versão a ser publicada. RD Meucci participou do delineamento, redação do artigo, sua revisão crítica e da aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Silva AE, Langlois CO, Feldens CA. Uso de serviços odontológicos e fatores associados em idosos no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(4):1005-1016.
2. Ferreira CDO, Antunes JLF, Andrade FBD. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev Saude Publica* 2013; 47(Supl. 3):90-97.
3. 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(6):1665-1675.
4. Astrom AN, Ekback G, Nasir E, Ordell S, Unell L. Use of dental services throughout middle and early old ages: a prospective cohort study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(1):30-39.
5. Martins AMEDB, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(5):308-316.
6. Austregésilo SC, Leal MCDC, Marques APDO, Vieira JDCM, Alencar DLD. Elderly's accessibility to oral health services: an integrative review. *Rev Bras Geriatria e Gerontologia* 2015; 18(1):189-99.
7. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):372-378.
8. Araújo CSD, Lima RDC, Peres MA, Barros AJ. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):1063-1072.
9. Baldani MH, Brito WH, Lawder JADC, Mendes YBE, Silva FDFMD, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras de Epidemiologia* 2010; 13(1):150-162.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
12. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PloS One* 2018; 13(2):e0192771.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil 2002-2003 - resultados principais*. Brasília: MS; 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira - resultados principais*. Brasília: MS; 2012.
15. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil Epidemiological aspects of oral health among the elderly in Brazil. *Cad Saude Publica* 2002; 18(5):1313-1320.
16. Pucca Junior GA, Lucena EH, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res* 2010; 24(Supl. 1):26-32.
17. Manassero FB, Bavaresco CS. Inserção do cirurgião-dentista na ESF: revisão de literatura. *Rev APS* 2017; 19(2):286-291.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *IBGE Cidades*. Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
20. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap) - a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *J Biomed Inform* 2009; 42(2):377-381.
21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de classificação econômica*. São Paulo: ABEP; 2015. [acessado 2017 Jan 10]. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf.
22. Stata Corporation. *Stata Statistical Software: Release 14*. College Station: StataCorp LLC; 2015.
23. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
24. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26(1):224-227.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2003: microdados*. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
26. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Socio-demographic factors associated with dental services among Brazilian older adults: a study based on the National Household Sample Survey. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1290-1297.
27. Mariño RJ, Khan AR, Tham R, Khew CW, Stevenson C. Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria. *Aust Dent J* 2014; 59(4):504-510.
28. Arcury TA, Savoca MR, Anderson AM, Chen H, Gilbert GH, Bell RA, Quandt SA. Dental care utilization among North Carolina rural older adults. *J Public Health Dent* 2012; 72(3):190-197.
29. Adams C, Slack-Smith L, Larson A, O'grady M. Dental visits in older Western Australians: a comparison of urban, rural and remote residents. *Aust J Rural Health* 2004; 12(4):143-149.
30. Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, 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):661-668.
31. Siqueira LGR. *Procedimentos Odontológicos: Um estudo de demanda em unidades básicas de saúde no município do Rio Grande, RS* [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2014.
32. Pinheiro RS, Torres TZGD. Access to oral health services between Brazilian States. *Cien Saude Colt* 2006; 11(4):999-1010.
33. Boccolini CS, Souza Junior PR. Inequities in Health-care utilization: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):150.
34. Mullachery P, Silver D, Macinko J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. *Int J Equity Health* 2016; 15(1):140.

35. Benedetti TRB, Mello ALSFD, 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.
36. Ekanayke L, Perera I. Factors associated with perceived oral health status in older individuals. *Int Dent J* 2005; 55(1):31-37.
37. Silva SRC, Valsecki Júnior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(4):268-271.
38. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, Unesco; 2004.
39. Peres KG, Peres MA, Demarco FF, Tarquínio SB, Gigante DP. Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age. *Cad Saude Publica* 2011; 27(8):1569-1580.

Artigo apresentado em 29/05/2018

Aprovado em 26/11/2018

Versão final apresentada em 28/11/2018