

Perfil de Busca por Atendimento Odontológico na Atenção Primária à Saúde Bucal por Pessoas Idosas em Cidade de Grande Porte no Brasil

Seeking Dental Care Profile in Primary Oral Health Care for Older Adults in a Large City in Brazil
Perfil de Búsqueda de Atención Odontológica en la Atención Primaria de Salud Bucal para Ancianos en una Gran Ciudad de Brasil

Liliane Cristina **BARBOSA**

Doutoranda, Programa de Pós-Graduação Ciências Odontológicas Aplicadas, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP) 17012-901 Bauru – SP, Brasil;

*Mestra, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (FOA-UNESP) 16015-050 Araçatuba – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-8776-6401>*

Fernanda Zanelatto de Castro **PAIVA**

*Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FORP-USP) 14040-904 Ribeirão Preto - SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-5246-9834>*

Michele Mozardo **PEREIRA**

*Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC/Centrinho), Universidade de São Paulo (USP) 17012-900, Bauru – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0005-5166-571X>*

Rodolfo Macedo Cruz **PIMENTA**

*Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/PPGSC), Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS/PPGSC) 44036-900 - Feira de Santana – BA, Brasil
<https://orcid.org/0000-0002-4699-0180>*

José Roberto Magalhães **BASTOS**

*Professor Titular, Disciplina de Saúde Coletiva, Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (FOB-USP) 17012-901 Bauru – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0003-4033-5043>*

Roosevelt Silva **BASTOS**

*Professor Associado I, Disciplina de Saúde Coletiva, Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva, Coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo (FOB-USP) 17012-901 Bauru – SP, Brasil
<https://orcid.org/0000-0001-5051-1210>*

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a associação direta entre características individuais, nível socioeconômico, condições de saúde bucal com o tempo de demora para a procura pelos serviços de saúde bucal entre os idosos de um município brasileiro de grande porte. Trata-se de pesquisa epidemiológica transversal conduzida em 2015. Análises de regressão logística binária e múltipla stepwise foram utilizadas para estimar as associações entre variáveis independentes e o tempo decorrido desde a última consulta odontológica realizada compondo duas variáveis dependentes em anos: t1 (<1; ≥1) – até um ano; 2 anos ou mais e t2 (<3; ≥3) – até 2 anos; 3 anos ou mais ($p < 0,20$). Dos 325 participantes idosos, 56,88% eram mulheres e 59,32% tinham entre 65 e 74 anos. Vários fatores foram associados a tempos de espera mais longos para consultas odontológicas. Esses fatores incluíam ter 75 anos ou mais, necessitar de prótese dentária completa, experiência com dor de dente, buscar serviços odontológicos privados e ter motivos relacionados à dor, extração dentária e outros problemas dentários. Os idosos, especialmente aqueles que são socialmente vulneráveis, tendem a buscar serviços odontológicos para extrações dentárias e próteses dentárias, frequentemente em consultórios odontológicos privados, portanto, os resultados apontam para a necessidade de implementação de políticas públicas, a fim de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal e, sobretudo, às próteses dentárias no âmbito da atenção primária, permitindo equidade, integralidade e qualidade de vida para essa população.

Descritores: Idoso; Saúde Bucal; Assistência Odontológica; Estudos Transversais.

Abstract

This research aimed to evaluate the direct association between individual characteristics, socioeconomic status, oral health conditions, and the delay in seeking oral health services among the elderly in a large Brazilian municipality. This is a cross-sectional epidemiological study conducted in 2015. Binary and multiple stepwise logistic regression analyses were used to estimate the associations between independent variables and the time elapsed since the last dental visit, forming two dependent variables in years: t1 (<1; ≥1) – up to one year; 2 years or more, and t2 (<3; ≥3) – up to 2 years; 3 years or more ($p < 0.20$). Of the 325 elderly participants, 56.88% were women and 59.32% were between 65 and 74 years old. Several factors were associated with longer wait times for dental appointments. These factors included being 75 years or older, needing a full dental prosthesis, experiencing toothache, seeking private dental services, and having pain related reasons, tooth extraction, and other dental problems. The elderly, especially those who are socially vulnerable, tend to seek dental services for tooth extractions and dental prostheses, often in private dental office. Therefore, the results highlight the need for the implementation of public policies to expand access to oral health services and, above all, to dental prostheses within primary care, allowing equity, comprehensiveness, and quality of life for this population.

Descriptors: Aged; Oral Health; Dental Care; Cross-Sectional Studies.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue evaluar la asociación directa entre características individuales, nivel socioeconómico, condiciones de salud bucal y el tiempo de demora en la búsqueda de servicios de salud bucal entre las personas mayores de una gran ciudad brasileña. Se trata de una investigación epidemiológica transversal realizada en 2015. Se utilizaron análisis de regresión logística binaria y múltiple stepwise para estimar las asociaciones entre las variables independientes y el tiempo transcurrido desde la última consulta odontológica, componiendo dos variables dependientes en años: t1 (<1; ≥1) – hasta un año; 2 años o más y t2 (<3; ≥3) – hasta 2 años; 3 años o más ($p < 0,20$). De los 325 participantes mayores, el 56,88% eran mujeres y el 59,32% tenían entre 65 y 74 años. Varios factores estuvieron asociados con tiempos de espera más largos para consultas odontológicas. Estos factores incluían tener 75 años o más, necesitar una prótesis dental completa, haber experimentado dolor de muelas, buscar servicios odontológicos privados y tener motivos relacionados con el dolor, la extracción dental y otros problemas dentales. Las personas mayores, especialmente aquellas socialmente vulnerables, tienden a buscar servicios odontológicos para extracciones dentales y prótesis dentales, frecuentemente en consultorios odontológicos privados. Por lo tanto, los resultados apuntan a la necesidad de implementar políticas públicas para ampliar el acceso a los servicios de salud bucal y, sobre todo, a las prótesis dentales en el ámbito de la atención primaria, permitiendo equidad, integralidad y calidad de vida para esta población.

Descritores: Anciano; Salud Bucal; Atención Odontológica; Estudios Transversales.

INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral e a condição bucal precária das pessoas idosas pode influenciar sua qualidade de vida e bem-estar, afetando a mastigação, nutrição, comunicação e a participação em atividades sociais¹. Em cumprimento ao Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 das Nações Unidas na Agenda 2030, de garantir vidas saudáveis e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, há uma necessidade de que os sistemas de saúde incluam a população envelhecida com necessidades complexas de cuidados².

Com envelhecimento natural, surgem pessoas idosas suscetíveis às doenças bucais. Assim como o exame médico, a avaliação odontológica torna-se importante contribuinte na redução da carga de doenças, pois ajuda a identificar indivíduos de alto risco e permite, portanto, uma intervenção oportuna³.

Os altos custos de tratamento odontológicos, bem como a dificuldade de acesso aos serviços, o medo e a falta de percepção de necessidades, são motivos para que o cuidado com a saúde bucal seja mais raro nessa população. Tal fato pode influenciar o aumento da prevalência de doenças bucais, como cárie dentária, doença periodontal e perda múltipla de dentes⁴⁻⁷. As desigualdades sociais no uso de serviços de saúde preventivos provavelmente agravarão as iniquidades em saúde. Trata-se de um processo injusto, que precisa ser refletido, discutido e avaliado⁷⁻⁹.

O acesso aos serviços de saúde é um dos principais fatores na análise da qualidade e do desempenho dos sistemas de saúde. Definido como um conjunto de dimensões que descrevem o ajustamento entre o indivíduo e o sistema de saúde, ele intermedia a relação entre a procura e a entrada no serviço, evidenciando o acesso alcançado, e portanto, embora relacionados, o acesso e a utilização dos serviços de saúde não são sinônimos e devem ser avaliados de forma distinta¹⁰.

As desigualdades surgem devido a uma interação complexa de fatores interligados, muitos dos quais estão fora da influência direta dos indivíduos. Consequentemente, a investigação destes fatores torna-se inestimável no desenvolvimento de estratégias de políticas de saúde destinadas a reduzir as disparidades e desigualdades na saúde bucal.

Estudos nacionais investigaram^{11,12} os fatores que determinam a utilização de serviços de saúde bucal entre idosos brasileiros, por meio de modelos de regressão múltipla, mas associações envolvendo o tempo decorrente para a procura pelo atendimento ainda não foram devidamente testadas para avaliar

esse desfecho. Portanto, o presente estudo tem como objetivo avaliar a associação direta entre características individuais, nível socioeconômico, condições de saúde bucal com o tempo de demora para a procura pelos serviços de saúde bucal entre os idosos de um município brasileiro de grande porte.

○ Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa utilizou o banco de dados de um inquérito de saúde bucal domiciliar de pessoas idosas realizado no ano de 2015 no município de Bauru, Brasil. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes das provas orais e das respostas aos questionários. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo (Parecer número 1.604.600).

○ População de referência

Bauru está localizada no sudeste do Brasil, no estado de São Paulo (SP). A população estimada para o ano de 2015 era de 366.992 habitantes, e a Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) contava com 18 Ambulatórios de Saúde Pública, 6 Ambulatórios Básicos de Saúde da Família, 1 Ambulatório de Especialidades Odontológicas para a atenção secundária à saúde. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade foi de 0,801.

○ Design de estudo

A amostragem alvo (341) foi dividida pelas quinze regiões de saúde estabelecidas no estudo para o município de Bauru, ficando assim com 23 quadras para cada região. Todos os quarteirões da área de abrangência de cada unidade pública de saúde foram numerados. Em seguida, por amostragem simples, foram sorteados 23 quarteirões (um quarteirão por idoso). Em cada quarteirão, o grupo de pesquisa iniciou o percurso caminhando pelo canto esquerdo da face norte do quarteirão, sempre trabalhando no sentido horário, para cadastrar os indivíduos da faixa etária idosa com o objetivo de atingir um participante por quarteirão. O primeiro idoso localizado foi convidado a participar e nos casos com mais de um idoso no domicílio todos foram convidados a participar. Foram selecionados idosos com 65 anos ou mais e excluídos apenas aqueles que apresentavam dificuldades cognitivas para compreender e responder às questões, porém não foi utilizado nenhum instrumento direcionado à condição cognitiva. Esta pesquisa analítica transversal foi aninhada ao inquérito epidemiológico e realizado com 325 idosos residentes em Bauru, em 2015(13).

○ Última consulta odontológica

Foi realizada a pergunta “quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?” e as alternativas de resposta foram “1 - menos de um

ano; 2 - um a dois, e 3 - três anos ou mais". O tempo decorrido desde a última consulta odontológica realizada a partir do momento da participação foi classificado para compor duas variáveis dependentes em anos: t1 (<1; ≥1) – até um ano; 2 anos ou mais e t2 (<3; ≥3) – até 2 anos; 3 anos ou mais.

o *Variáveis Independentes*

A idade dos participantes foi categorizada em 65 a 74 anos e 75 anos ou mais, enquanto que o sexo, em feminino e masculino. O salário familiar foi categorizado em salário mínimo brasileiro (SM), R\$ 500,00 naquele momento, sendo classificado em até 3 SM e mais de 3 SM. O estado civil em casado; solteiro, divorciado ou viúvo. E a escolaridade pelo número de anos de estudo formal, categorizada em até 3 anos e 4 ou mais de estudo.

Para avaliar a fragilidade foi utilizada a Escala de Fragilidade de Edmonton(14) validada para o português(15). Este instrumento avalia nove domínios representados por 11 itens: cognição (teste do relógio), estado geral de saúde (tempo de internação no último ano; percepção do estado geral de saúde); independência funcional; suporte social; uso de medicamentos (5 ou mais medicamentos; esquecimento de tomar a receita); nutrição; humor; continência; e desempenho funcional (teste de levantar e andar cronometrado). A pontuação máxima da escala é 17, que representa o maior nível de fragilidade. As possíveis pontuações são categorizadas como "sem fragilidade" (0 – 6), "leve" (7-8) e "fragilidade moderada a grave" (≥ 9).

A necessidade de prótese superior e inferior(16) foi coletada como "não há necessidade" (0), "uma prótese para reposição de um dente" (1), "uma prótese para reposição de mais de um dente" (2), "uma combinação de prótese substituir mais de um dente" (3), "necessidade de prótese total" (4). Em seguida, essa variável foi categorizada como sem necessidade (0); necessidade de prótese parcial (1-3); necessidade de prótese total (4). A dor dentária foi relatada considerando os últimos seis meses do momento da entrevista e categorizada como ausente ou presente.

o *Acesso aos cuidados de saúde bucal*

O acesso aos cuidados de saúde bucal foi avaliado com base no tipo de serviço utilizado, se público ou privado, e na motivação: por revisão, prevenção ou *check-up*; dor e extração dentária; tratamento eletivo e outros(17).

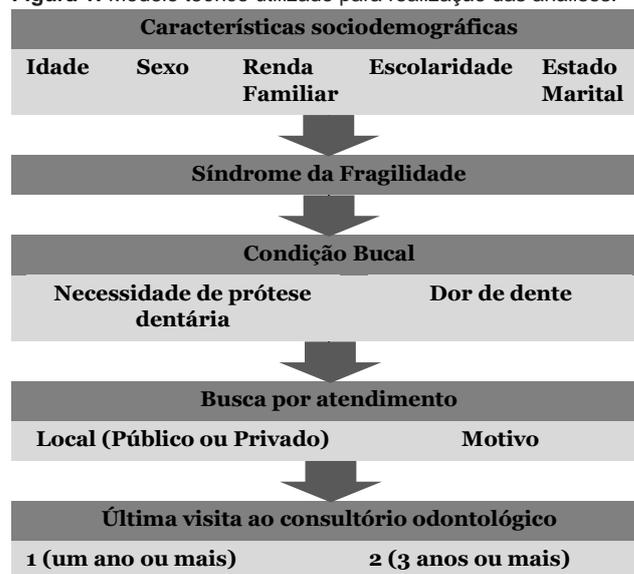
o *Estatísticas*

As variáveis dependentes foram apresentadas pelos dois momentos das últimas consultas odontológicas (t1 e t2). As frequências de necessidade autopercebida de cuidados de saúde bucal, idade, sexo, renda familiar, escolaridade, fragilidade, edentulismo, necessidade de prótese

dentária, dor dentária, local da última consulta odontológica e seu motivo foram calculadas de acordo com valores absolutos (n) e suas frequências relativas (%) de acordo com t1 e t2.

Foi realizada regressão logística simples entre todas as variáveis sociodemográficas, fragilidade, o acesso à saúde bucal, com base no tipo de serviço, sendo o momento da última consulta odontológica t1 e t2. O modelo hierárquico foi utilizado (Figura 1) para realizar a regressão logística múltipla utilizando o procedimento *Wald Stepwise Forward* para determinar as associações entre as variáveis independentes e os resultados da última consulta odontológica (t1 e t2) de acordo com os 4 blocos. Variáveis cujo valor de p foi < 0,20, na regressão logística simples, foram incluídas na regressão logística múltipla. Todas as variáveis foram incluídas na regressão logística múltipla com t1, exceto renda familiar e fragilidade e, para análises com t2, todos foram admitidos inicialmente. A qualidade dos modelos de regressão logística foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow concomitantemente à regressões logísticas múltiplas para avaliar as frequências observadas e as preditas (p > 0,05).

Figura 1: Modelo teórico utilizado para realização das análises.



Fonte: Autores

RESULTADOS

No banco de dados havia 341 participantes, sendo que 325 tinham todas as variáveis de interesse completas para esta pesquisa. Para t1, o grupo 75 anos ou mais foi mais prevalente para até um ano da última consulta odontológica (78,20%), assim como o sexo feminino (74,73%), as famílias com menor salário (72,16%), menor escolaridade (75,00%) e casados (77,46%).

As pessoas idosas com fragilidade leve (74,00%) eram maioria até um ano (t1), assim como os que necessitavam de prótese total superior (79,72%) e inferior (82,35%). Os que relataram não

ter dor dentária nos últimos 6 meses (75,09%), a última consulta odontológica foi particular (80,95%), e os motivos de consulta odontológica foram maiores para a dor e extração dentária (84,09%) e outros (86,29%) também foram mais prevalentes a até um ano a partir da participação na pesquisa.

Para t2, o tempo de 3 anos ou mais da última consulta odontológica foi mais prevalente para os de 75 anos ou mais (66,17%), o sexo feminino (54,84%), renda familiar até 3 SM (54,21), para a menor escolaridade (63,10%), casados (59,86%), os que apresentavam fragilidade leve (66,00%), necessitavam de prótese total superior (66,43%) e inferior (69,85%), os que relataram ausência de dor dentária (54,65%), última consulta odontológica privada (56,67%) e aqueles cujos motivos foram dor e extração dentária (67,35%) e outros (65,71%) (tabela 1).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa das variáveis independentes com as variáveis dependentes t1 e t2, em 2015.

	t1		t2	
	<1	≥1	<3	≥3
Idade				
65 - 74	65(33,51)	129(66,49)	114(58,76)	80(41,24)
75 ou mais	29(21,80)	104(78,20)	45(33,83)	88(66,17)
Sexo				
feminino	47(25,27)	139(74,73)	84(45,16)	102(54,84)
masculino	47(33,33)	94(66,67)	75(53,19)	66(46,81)
Renda Familiar				
≤3 SM	76(27,84)	197(72,16)	125(45,79)	148(54,21)
>3 SM	18(33,33)	36(66,67)	34(62,96)	20(37,04)
Escolaridade				
≤3	42(25,00)	126(75,00)	62(36,90)	106(63,10)
>3	52(32,70)	107(67,30)	97(61,01)	62(38,99)
Estado marital				
0	32(22,54)	110(77,46)	57(40,14)	85(59,86)
1	62(33,51)	123(66,49)	102(55,14)	83(44,86)
Fragilidade				
Sem fragilidade	71(29,58)	169 (70,42)	127 (52,92)	113 (47,08)
Leve	13 (26,00)	37 (74,00)	17 (34,00)	33 (66,00)
Moderada/grave	10 (27,03)	27 (72,97)	15 (40,54)	22 (59,46)
Necessidade de prótese dentária superior				
sem necessidade	47(33,33)	94(66,67)	87(61,70)	54(38,30)
parcial	18(41,86)	25(58,14)	24(55,81)	19(44,19)
total	29(20,28)	114(79,72)	48(33,57)	95(66,43)
Necessidade de prótese dentária inferior				
sem necessidade	40(34,19)	77(65,81)	76(64,96)	41(35,04)
parcial	30(40,54)	44(59,46)	42(56,76)	32(43,24)
total	24(17,65)	112(82,35)	41(30,15)	95(69,85)
Dor de dente				
não	67(24,91)	202(75,09)	122(45,35)	147(54,65)
sim	27(46,55)	31(53,45)	37(63,79)	21(36,21)
Local				
público	54(46,15)	63(53,85)	68(58,12)	49(41,88)
privado	40(19,05)	170(80,95)	91(43,33)	119(56,67)
Motivo				
revisão, prevenção ou check-up	32(71,11)	13(28,89)	38(84,44)	7(15,56)
dor e extração dentária	10(20,41)	39(79,59)	16(32,65)	33(67,35)
tratamento eletivo	28(48,28)	30(51,72)	45(77,59)	13(22,41)
outros	24(13,71)	151(86,29)	60(34,29)	115(65,71)
Total	94(28,75)	233(71,25)	159(48,62)	168(51,38)

Nota: Estado marital 0 = casado e 1= solteiros, viúvos e divorciados.

A regressão logística simples foi realizada para t1 e t2 com todas as variáveis independentes desta pesquisa (tabela 2). O grupo etário foi significativo em ambas as análises (OR=1,81; IC 95% 1,09: 3,00; p=0,022/ OR=2,79; IC 95% 1,76: 4,41; p=0,001) assim como o estado marital (OR=0,58; IC 95% 0,35: 0,95; p =0,031/ OR=0,55;

IC 95% 0,35: 0,85; p=0,007). O sexo não foi significativo em ambas as regressões, mas a renda familiar (OR=0,50; -0,27: 0,91; p=0,023) e a escolaridade (OR=0,37; 0,24: 0,58; p=0,001) foram significativas para as regressões logísticas t2. Para fragilidade, apenas a condição leve foi significativa (OR=2,18; 1,15: 4,13; p=0,016) em associação a t2.

As características de saúde bucal necessidade de prótese total superior (OR=1,97; IC 95% 1,15: 3,36; p=0,014/ OR=3,19; IC 95% 1,96: 5,18; P=0,001), necessidade de prótese total inferior (OR=2,42; IC 95% 1,35: 4,34: p=0,003/ OR=4,30; 2,53: 7,28; p=0,001) foram significativos em ambas as regressões logísticas simples. A dor dentária (OR=0,38; IC 95% 0,21: 0,68; p=0,001/ OR= 0,47; IC 95% 0,26: 0,85; p=0,012) e o local da última consulta odontológica (OR=3,64; IC 95% 2,21: 6,01; p=0,001/ OR=1,81; IC 95% 1,15: 2,87; p=0,011) também foi significativa nas regressões logísticas t1 e t2.

Os motivos da última consulta odontológica significativos para ambas as regressões logísticas foram dor e extração dentária (OR=9,60; IC 95% 3,72: 24,77: p=0,001/ OR=11,20; IC 95% 4,11: 30,53: p=0,001), e outros (OR=15,49; IC 95% 7,13: 33,63; p=0,001/ OR=10,40; IC 95% 4,38: 24,70; p=0,001). O tratamento odontológico eletivo foi significativo apenas para a regressão logística t1 (OR=2,64; IC 95% 1,16: 6,02; p=0,021).

Tabela 2. Regressão logística simples entre as variáveis independentes e o tempo até a última consulta realizada (t1 e t2), em 2015.

	t1			t2				
	OR	IC95%	P	OR	IC95%	P		
Idade								
65 - 74	ref			ref				
74 ou mais	1,81	1,09	3,00	0,022	2,79	1,76	4,41	0,001
Sexo								
feminino	ref			ref				
masculino	0,68	0,42	1,09	0,111	0,73	0,47	0,47	0,151
Renda familiar								
≤3	ref			ref				
>3	0,77	0,41	1,44	0,416	0,50	0,27	0,91	0,023
Escolaridade								
≤3	ref			ref				
>3	0,69	0,42	1,11	0,125	0,37	0,24	0,58	0,001
Estado marital								
0	ref			ref				
1	0,58	0,35	0,95	0,031	0,55	0,35	0,85	0,007
Fragilidade								
sem	ref			ref				
leve	1,20	0,60	2,38	0,612	2,18	1,15	4,13	0,016
moderada/Grave	1,13	0,52	2,47	0,750	1,65	0,82	3,33	0,164
Necessidade de prótese dentária superior								
sem necessidade	ref			ref				
parcial	0,69	0,34	1,40	0,307	1,28	0,64	2,55	0,490
total	1,97	1,15	3,36	0,014	3,19	1,96	5,18	0,001
Necessidade de prótese dentária inferior								
sem necessidade	ref			ref				
parcial	0,76	0,42	1,39	0,375	1,41	0,78	2,56	0,257
total	2,42	1,35	4,34	0,003	4,30	2,53	7,28	0,001
Dor de dente								
não	ref			ref				
sim	0,38	0,21	0,68	0,001	0,47	0,26	0,85	0,012
Local								
público	ref			ref				
privado	3,64	2,21	6,01	0,001	1,81	1,15	2,87	0,011
Motivo								
revisão, prevenção ou check-up	ref			ref				
dor e extração dentária	9,60	3,72	24,77	0,001	11,20	4,11	30,53	0,001
tratamento eletivo	2,64	1,16	6,02	0,021	1,57	0,57	4,33	0,385
outros	15,49	7,13	33,63	0,001	10,40	4,38	24,70	0,001
Constante	0,41			0,006	0,18			0,001

Nota: Estado marital 0 = casado e 1= solteiros, viúvos e divorciados.

A regressão logística múltipla apresentou associação de t1 com idade (OR=1,85; IC 95% 1,01: 3,38; p=0,047), necessidade de prótese total superior (OR=2,33; IC 95% 1,16: 4,69; p=0,018), dor de dente (OR=0,48; IC 95% 0,24: 0,96; p=0,038), local da última consulta odontológica (OR=2,89; IC 95% 1,53: 5,46; p=0,001) e motivos dor e extração dentária (OR= 7,12; IC 95% 2,61: 19,42; p=0,001) e outros (OR=8,31; IC 95% 3,51: 19,64; p=0,001). O t2 foi associado à idade (OR=2,60; IC 95% 1,50: 4,51; p=0,001), escolaridade (OR=0,48; IC 95% 0,28: 0,81; p=0,006), necessidade de prótese parcial inferior (OR=2,36; IC 95% 1,12: 4,99; p=0,024), necessidade de prótese total inferior (OR=3,61; IC 95% 1,97: 6,61; p= 0,001), e os motivos dor e extração dentária (OR=9,79; IC 95% 3,35: 28,63; p=0,001) e outros (OR=11,25; IC 95% 4,35: 29,09; p =0,001) (tabela 3).

Tabela 3. Regressão logística múltipla entre as variáveis independentes e o tempo até a última consulta realizada (t1 e t2), em 2015.

	t1			t2				
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p		
Idade								
65-74	-			-				
75 e mais	1,85	1,01	3,38	0,047	2,60	1,50	4,51	0,001
Escolaridade								
≤3	-			-				
>3				0,48	0,28	0,81		0,006
Necessidade de prótese dentária inferior								
Ausência	-			0,061	-			0,001
parcial	1,47	0,70	3,11	0,309	2,36	1,12	4,99	0,024
total	2,33	1,16	4,69	0,018	3,61	1,97	6,61	0,001
Dor de dente								
não	-			-				
sim	0,48	0,24	0,96	0,038	0,53	0,27	1,08	0,080
Local								
público	-			-				
privado	2,89	1,53	5,46	0,001				
Motivo								
revisão, prevenção ou check-up	-			-				
dor e extração dentária	7,12	2,61	19,42	0,001	9,79	3,35	28,63	0,001
tratamento eletivo	1,85	0,75	4,61	0,185	1,98	0,66	5,92	0,221
outros	8,31	3,51	19,64	0,001	11,25	4,35	29,09	0,001
Constante	0,20			0,001	0,09			0,001

Foi realizado o teste de Hosmer e Lemeshow e não houve diferença estatisticamente significativa entre os resultados esperados e observados para a regressão logística multivariada tendo t1 e tendo t2 como variáveis dependentes.

DISCUSSÃO

Em ambos os desfechos estudados, a busca pelo atendimento odontológico ocorreu pelo grupo de pessoas idosas com idade mais avançada. A busca por atendimento odontológico mais precoce (t1) não foi associada a dor de dentes, mas à necessidade de reabilitação bucal por prótese total, a serviço privado para extração de dentes e outros procedimentos não eletivos. A procura tardia por atendimento odontológico (t2) foi associada, além do grupo de pessoas com mais idade, à necessidade de prótese dentária parcial e total, persistindo as extrações e outros tratamentos não eletivos. Em outras palavras, a busca pela saúde

bucal na APS por pessoas idosas foi relacionada a atendimentos clínicos necessários em razão do avanço da cárie dentária em detrimento dos procedimentos preventivos e eletivos aos quais têm sido associados à positiva qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A idade esteve associada as variáveis dependentes investigadas (t1 e t2). Convém salientar que embora os mais velhos estivessem associados ao acesso tardio, há que se considerar que estas pessoas são apontadas como as maiores não usuárias dos serviços odontológicos em razão da não percepção dos seus problemas bucais^{18,19}. Há que se considerar que ainda não se conseguiu promover a atenção em saúde bucal do adulto de forma satisfatória para uma postura voltada a promoção de saúde, talvez pelos horários de atendimento de unidades básicas de saúde conflitantes aos do serviço secular, persistindo a busca por exemplo por extrações dentárias, que deveriam e poderiam ter sido evitadas.

O sexo não foi estatisticamente significativo, embora em outras pesquisas, as mulheres idosas sempre estivessem associadas a maior probabilidade de consultar 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^{17,20,21}.

A maioria das pessoas idosas brasileiras exhibe condições precárias de saúde bucal, com parcela considerável de edêntulos e com alta demanda por próteses odontológicas²⁰, ou seja, necessitam de assistência odontológica. A pobre percepção dos problemas bucais em pessoas idosas pode ser agravada pela alta prevalência do edentulismo ou mesmo pelas perdas dentárias parciais. Já foi relatado que pessoas idosas edêntulas acreditam que não precisam mais de assistência odontológica^{19,23,24}, o que torna essa população vulnerável por falta de exames e informações. Todavia, deve-se considerar que a dificuldade no acesso aos serviços de saúde bucal é uma herança de uma prática odontológica marcada pela exclusão e pela mutilação.

Embora a baixa renda não estar associada a procura por consultas odontológicas nesta pesquisa, a literatura aponta desigualdades de renda no acesso a serviços odontológicos em países europeus, nos EUA, na Austrália, no México e no Brasil^{10,24}. A baixa escolaridade foi associada a procura tardia por serviços odontológicos na APS. Nossos achados corroboram os resultados encontrados na literatura que relatam baixa prevalência de utilização de serviços odontológicos no último ano^{20,21,24} e já foi apontada a baixa escolaridade e a baixa renda como barreiras de utilização de serviços odontológicos²⁵. Entre os idosos menos escolarizados também foi observada uma maior procura por serviços médicos, quando

comparados ao odontológico ou nutricional, de acordo com um estudo realizado em um grande município do interior da região Sul²⁶ do Brasil.

O acúmulo de riscos à condição bucal durante décadas de vida pode promover a busca por atendimentos odontológicos no setor privado como resquício de um modelo assistencial-privatista centrado na evolução da cárie e não na promoção de saúde bucal. A ausência de busca em razão da dor nos dentes, mas em favor de extrações, de outros tratamentos não eletivos, e para reabilitação protética evidencia que a cultura da mutilação dentária persiste na população. Confirma-se, então, a necessidade de expansão das equipes de saúde bucal no sistema nacional de saúde, notadamente na APS, à qual foi recentemente recomendada pelo Conselho Nacional de Saúde que se inclua a equipe de saúde bucal na equipe mínima da Estratégia Saúde da Família pelo Ministério da Saúde do Brasil²⁷.

Apesar do aumento no acesso e na cobertura pública no Brasil, as desigualdades no uso dos serviços odontológicos ainda persistem. O alto percentual de pessoas desdentadas na população idosa, especialmente nos grupos socioeconômicos mais baixos, pode indicar desigualdades históricas na utilização de cuidados dentários²⁸. Este fato poderia explicar, pelo menos em parte, o menor acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal, uma vez que a perda dentária ainda é entendida como um resultado natural do processo de envelhecimento^{18,29}, desencorajando a procura por estes serviços.

Ainda, mais da metade dos idosos examinados relatou ter a necessidade de utilizar algum tipo de prótese dentária. No entanto, pessoas idosas com necessidade de prótese inferior demoram a procurar os serviços, sugerindo, portanto que a ausência de dentes não é percebida por elas como um problema de saúde bucal significativo. Além disso, muitos não usam suas próteses inferiores devido às dificuldades de adaptação e retenção de próteses novas²¹.

Os resultados deste estudo corroboram achados na literatura que confirmam que o nível e o tipo de fragilidade influenciam as perspectivas das pessoas sobre a saúde bucal, embora a significância estatística não tenha se mantido na regressão logística ajustada. As pessoas idosas frágeis associam a higiene oral à autoestima, no entanto, constantemente abandonam as visitas ao dentista, a menos que acreditam que o dentista possa aliviar a dor ou problemas específicos^{30,31}. A dor de dente associada à fragilidade impacta a qualidade de vida nas dimensões física e emocional, interfere nas atividades diárias, levando-os a procurar por consultas odontológicas³¹. Em contrapartida, aponta-se que idosos adeptos a práticas integrativas e

complementares frequentam os serviços odontológicos mais regularmente do que seus pares, indicando que, possivelmente, aqueles que se preocupam com bem-estar geral, estejam também mais interessados e cuidadosos quanto à sua saúde bucal³².

O conhecimento mais aprofundado sobre as desigualdades na utilização dos serviços, bem como o tempo de procura pelo atendimento é importante para facilitar a formulação de políticas públicas adequadas e para proporcionar uma melhor compreensão das barreiras, que são potenciais redutoras das desigualdades na utilização dos serviços de saúde.

Os dados podem não representar a exata situação da população atual de pessoas idosas por terem sido coletados no ano de 2015, no entanto, considerando que as condições de saúde bucal são crônicas e as condições sociais se modificam lentamente, consideramos que há validade nos resultados apresentados.

CONCLUSÃO

A população idosa poderia beneficiar-se da adoção de políticas que visam reduzir as barreiras de acesso aos cuidados dentários primários e promover a procura por cuidados dentários regulares e a termo. Dada a relação entre doenças crônicas e saúde bucal, valeria a pena explorar as mudanças na qualidade de vida no que diz respeito ao acesso e utilização de cuidados dentários em pessoas idosas num modelo de pesquisa longitudinal.

Esta pesquisa, com o tempo para utilização de serviços de saúde bucal entre idosos, mostrou que a perda dentária, por meio da extração dentária e a necessidade de prótese dentária tem associação direta, com o uso de serviços de saúde bucal. Esse resultado aponta para a necessidade de implementação de políticas públicas, a fim de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal e, sobretudo, às próteses dentárias no âmbito da atenção primária, permitindo equidade, integralidade e qualidade de vida para essa população, que busca atendimento odontológico com idade mais avançada para receber atendimento resolutivo para seus problemas bucais.

REFERÊNCIAS

1. Yang SX, Leung KCM, Jiang CM, Lo ECM. Dental Care Services for Older Adults in Hong Kong-A Shared Funding, Administration, and Provision Mode. *Healthcare (Basel)*. 2021;9(4):390.
2. United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030) : resolution / adopted by the General Assembly. UN. General Assembly (75th sess. : 2020-2021). 2020.
3. Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation :

- health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/43943>.
4. Palència L, Espelt A, Cornejo-Ovalle M, Borrell C. Socioeconomic inequalities in the use of dental care services in Europe: what is the role of public coverage? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014;42(2):97-105.
 5. Kovács N, Liska O, Idara-Umoren EO, Mahrouseh N, Varga O. Trends in dental care utilisation among the elderly using longitudinal data from 14 European countries: A multilevel analysis. *PLoS One*. 2023;18(6):e0286192.
 6. Allin S, Farmer J, Quiñonez C, Peckham A, Marchildon G, Panteli D et al. Do health systems cover the mouth? Comparing dental care coverage for older adults in eight jurisdictions. *Health Policy*. 2020 Sep;124(9):998-1007.
 7. Kino S, Bernabé E, Sabbah W. Social Inequalities in Use of Preventive Dental and Medical Services among Adults in European Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23):4642.
 8. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Garzón-Orjuela N, Suárez-Zúñiga E, Tsakos G. Health insurance and education: major contributors to oral health inequalities in Colombia. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(8):737-744.
 9. Corovic S, Janicijevic K, Radovanovic S, Vukomanovic IS, Mihaljevic O, Djordjevic J, Djordjic M, Stajic D, Djordjevic O, Djordjevic G, Radovanovic J, Selakovic V, Slovic Z, Milicic V. Socioeconomic inequalities in the use of dental health care among the adult population in Serbia. *Front Public Health*. 2023 Sep 18;11:1244663.
 10. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic determinants of access to health services among older adults: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2017;51:50.
 11. Silva AER, Echeverria MS, Custódio NB, Cascaes AM, Camargo MJB, Langlois CO. Uso regular de serviços odontológicos e perdas dentárias entre idosos. *Cien Saúde Colet* 2018; 23(12):4269-4276.
 12. Oliveira RFR, Souza JGS, Haikal DS'A, Ferreira EF, Martins AMEBL. Equidade na utilização dos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde (SUS) entre idosos: um estudo de base populacional. *Cien Saúde Colet* 2016; 21(11):3509-3523.
 13. Bastos RS, Lauris JRP, Bastos JRM, Velasco SRM, Fogger-Teixeira D, Sá LM. The impacts of oral health-related quality of life of elderly people living at home: a cross-sectional study. *Cien Saude Colet*. 2021;26(5):1899-910.
 14. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):526-29.
 15. Fabricio-Wehbe SC, Schiaveto FV, Vendrusculo TR, Haas VJ, Dantas RA, Rodrigues RA. Cross-cultural adaptation and validity of the 'Edmonton Frail Scale - EFS' in a Brazilian elderly sample. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(6):1043-9.
 16. WHO. Oral health surveys: basic methods. 5 ed. Geneva: WHO; 2013.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica/Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília, DF. 2011.
 18. Barbosa LC, Moimaz SAS, Saliba NA, Saliba TA. Impact of oral conditions on the quality of life of elderly caregivers and oral health practices. *ABCS Health Sci*. 2020;6:e020026-e.
 19. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AMEB. [Access to dental services and related factors: a home-based population study]. *Cien Saude Colet*. 2019;24(3):1021-32.
 20. Hung M, Hon ES, Ruiz-Negron B, Lauren E, Moffat R, Su W et al. Exploring the Intersection between Social Determinants of Health and Unmet Dental Care Needs Using Deep Learning. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7286.
 21. Schroeder FMM, Mendoza-Sassi RA, Meucci RD. Oral health condition and the use of dental services among the older adults living in the rural area in the south of Brazil. *Cien Saude Colet*. 2020;25(6):2093-2102.
 22. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, da Silva DD, Pucca GA Jr. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(3):224-32.
 23. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJ. Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):250-8.
 24. Bastos TF, Medina LPB, Sousa NFDS, Lima MG, Malta DC, Barros MBA. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;(Suppl 02):e190015.
 25. Moreira RA S, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. [Oral health of Brazilian elderly: a systematic review of epidemiologic status and dental care access]. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1665-75.
 26. Quadra MR, Schäfer AA, Meller FO. Inequalities in the use of health services in a municipality in Southern Brazil in 2019: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saude*. 2023;32(1):e2022437.
 27. Conselho-Nacional-de-Saúde. Recomendação No 001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2024.
 28. Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, de Azevedo Barros MB, Gianini RJ, Cesar CL, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):683.
 29. Fagundes MLB, Bastos LF, Amaral Júnior OLD, Menegazzo GR, Cunha ARD, Stein C, et al. Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: an analysis of the 2019 National

- Health Survey. Rev Bras Epidemiol. 2021;24(suppl 2):e210004.
30. Niesten D, van Mourik K, van der Sanden W. The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. BMC Oral Health. 2013;13:61.30.
31. Melo RB, Barbosa LC, Souza TM, Bastos RS. Edentulismo e fragilidade em pessoas idosas domiciliadas: um estudo transversal. Rev bras geriatr gerontol. 2023;26(e230165).
32. Lucas AS, Fagundes MLB, Amaral Júnior OL do, Menegazzo GR, Giordani JM do A. Associação entre práticas integrativas e complementares em saúde e uso de serviços odontológicos em idosos no Brasil: estudo transversal, 2019. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2022;31(3):e2022314.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Liliane Cristina Barbosa

Programa de Pós-Graduação Ciências Odontológicas Aplicadas,
Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB)
Universidade de São Paulo (USP)
Alameda Doutor Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75,
17012-901 Bauru - SP, Brasil
e-mail: liliane2022@usp.br

Submetido em 16/09/2024

Aceito em 30/10/2024