

Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda

Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals

Márcia Helena Baldani¹

Wanessa Hoffmann Brito¹

Juliana Aparecida de Campos Lawder¹

Yasmine Bittencourt Emílio Mendes¹

Francilene de Fátima Marcondes da Silva¹

José Leopoldo Ferreira Antunes¹¹

¹ Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa, PR

¹¹ Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, SP

Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq409792/2006-3).
Correspondência: Márcia Helena Baldani. Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Av. Carlos Cavalcante, 4.748, Bloco M, Campus de Uvaranas, Ponta Grossa, PR CEP 84030-090. E-mail: mbaldani@uepg.br

Resumo

A utilização de serviços odontológicos resulta da interação de determinantes biológicos com fatores socioculturais, familiares e comunitários, bem como de características dos sistemas de saúde. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores individuais associados à utilização de serviços odontológicos por parte de adultos e idosos de baixa renda residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em Ponta Grossa, PR. A amostra constou de 246 indivíduos, com 35 anos de idade ou mais, que responderam a um questionário sobre condições socioeconômicas, necessidade percebida e acesso a serviços odontológicos. A análise dos dados foi realizada por meio de regressão logística, segundo referencial teórico baseado no Modelo Comportamental de Andersen, considerando a consulta odontológica não recente como variável dependente. Verificou-se elevada prevalência de problemas bucais auto-referidos e de perdas dentárias. Cerca de 40% dos adultos e 67% dos idosos não iam ao dentista há mais de três anos. Indivíduos que não residiam em domicílios próprios, realizavam higiene bucal com menor frequência e utilizavam próteses totais apresentaram maiores chances de haver utilizado os serviços odontológicos há mais tempo. O fato de possuir um dentista regular foi identificado como fator de proteção na análise. Concluindo, os determinantes individuais mostraram-se importantes indicadores de acesso aos serviços de saúde bucal. O modelo teórico confirmou a presença de desigualdades sociais e psicossociais na utilização de serviços odontológicos entre os adultos e idosos de baixa renda.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Serviços de saúde bucal. Desigualdades em saúde.

Abstract

The utilization of dental care services results from the interaction of biological determinants with sociocultural, family and community variables, as well as from some characteristics of health systems. The objective of this study was to assess the individual factors associated with the use of dental care services among low-income adult and elderly individuals living in the catchment area of the Family Health Strategy, in Ponta Grossa, PR. The sample included 246 individuals, aged 35 years or over, who answered a questionnaire on socioeconomic conditions, perceived needs, and access to dental care services. Data analysis was performed according to a conceptual framework based on Andersen's Behavioral Model. Non-recent use of dental care services was considered as the dependent variable in the logistic regression analysis models. There were high prevalences of self-reported oral health diseases and teeth loss. About 40% of the adults and 67% of the elderly had not made any dental visit in the past 3 years. Individuals without ownership of the family home, with inadequate oral hygiene habits and who wore complete dentures had higher odds of having gone to the dentist longer ago. The fact of having a regular source of dental care was identified as a protective factor in the analysis. The conceptual framework confirmed the presence of social and psychosocial inequalities in the use of dental services among low-income adult and elderly individuals.

Keywords: Access to health services. Dental care. Inequalities in health.

Introdução

No Brasil, a limitação das ações de saúde bucal para adultos e idosos, grupos historicamente pouco priorizados pelos modelos assistenciais, faz com que suas necessidades de tratamento se acumulem, acarretando perdas dentárias prematuras e grande demanda por tratamentos especializados, particularmente os protéticos¹. Segundo o mais recente levantamento epidemiológico do Ministério da Saúde - SB Brasil², adultos e idosos apresentaram, respectivamente, médias de 20 e 28 dentes cariados, perdidos ou restaurados (índice CPO-D). O componente perdido foi o responsável por 66% e 93% do valor do CPO-D nestes grupos. Apesar da demanda acumulada, o uso de serviços odontológicos é considerado baixo, principalmente entre os idosos. Os resultados do SB - Brasil indicaram que este grupo populacional apresentou a menor taxa de utilização recente dos serviços odontológicos, sendo que apenas 16,8% dos idosos relataram haver consultado o dentista há menos de um ano, versus 37,6% dos adultos².

A utilização de serviços de saúde é resultado da interação de uma série de fatores. Segundo Mendoza-Sassi et al.³, além da disponibilidade de serviços, as razões que levam as pessoas a consultarem um médico ou um dentista provêm da interação de fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, e dos perfis de morbidade, sendo que os efeitos e a importância relativa de cada fator são afetados pela bagagem cultural, pelas políticas de saúde vigentes e as características do sistema de saúde.

Existem diversos modelos teóricos que demonstram como estes fatores afetam o uso e o acesso aos serviços de saúde, sendo que o mais utilizado é o proposto por Andersen⁴. O autor explica a utilização dos serviços como produto da interação entre determinantes individuais, do sistema de saúde e do contexto social, além da experiência passada de utilização dos serviços. No âmbito dos determinantes individuais, a utilização de serviços de saúde seria uma função da predisposição do indivíduo

(como características sociodemográficas, preferências e expectativas quanto à saúde bucal, conhecimento sobre o sistema de saúde); o nível de necessidade (percepção da condição de saúde bucal, severidade da doença, limitação de atividade), e a presença de fatores que facilitem a sua utilização (renda, acesso à fonte regular de cuidados em saúde)⁴. Vários estudos, realizados no Brasil e em outros países, buscaram explicar os determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por meio do modelo de Andersen⁵⁻¹¹. Segundo estes estudos, as mulheres, indivíduos mais jovens, com maior renda e escolaridade tendem a utilizar os serviços com maior frequência e/ou a utilizá-los de uma forma mais regular.

A necessidade percebida é considerada por Andersen⁴ um dos fatores individuais que determina a utilização de serviços de saúde. Aspectos culturais e baixa percepção da necessidade de tratamento odontológico são identificados como barreiras que afetam a procura por cuidados odontológicos³. Entre os idosos, tem sido verificada relação inversa entre a presença de dentes e a utilização de serviços odontológicos^{12,13}. Além disso, estudos relatam associação entre maiores níveis de edentulismo e percepção positiva da condição bucal^{12,13}. No SB Brasil² foram inseridas perguntas para determinar a autopercepção da saúde bucal da população estudada e verificou-se que 38% dos adultos e 50% dos idosos consideraram sua saúde bucal como ótima/boa. Os resultados revelaram também que 46% dos adultos e idosos relataram haver consultado o dentista por causa de dor. Segundo Martins et al.¹², a utilização de serviços odontológicos por rotina é considerado um importante preditor da saúde bucal. Os dados do SB Brasil indicaram que apenas 18% dos idosos que fizeram uso de serviços odontológicos pelo menos uma vez na vida utilizaram-no por rotina e 82% por problemas bucais. Entre os adultos, 26% consultaram um dentista por rotina versus 71% por problemas bucais².

A inclusão de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a orientação programática proposta pela atual

Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) tiveram por objetivo romper com o modelo assistencial tradicional, centrado no atendimento a grupos prioritários (crianças em idade escolar) e urgências, ampliando para toda a população as possibilidades de acesso aos serviços. Teoricamente, esta nova organização dos serviços deveria favorecer a utilização regular de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda, minimizando a demanda reprimida e as perdas dentárias prematuras. Baseado neste contexto, o presente estudo foi delimitado com o objetivo de identificar o papel dos determinantes individuais sobre o padrão de utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda, residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em município do Sul do Brasil.

Metodologia

Este artigo foi desenvolvido com parte dos dados de um estudo de base populacional, que teve por objetivo identificar desigualdades na utilização e acesso a tratamento odontológico na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa, município de grande porte demográfico localizado no centro-sul do Estado do Paraná. Este município possuía, em 2005, 29 Equipes de Saúde da Família (EqSF), e 14 Equipes de Saúde Bucal (EqSB), implantadas em regiões denominadas de “fundo de vale”, correspondentes às suas áreas mais carentes. A população cadastrada nas áreas cobertas por EqSB no final de 2005, considerada objeto deste estudo, era de 98.284 pessoas, correspondendo a 32,7% da população total do município.

Para este estudo foram selecionados 252 adultos e idosos, de um total de 747 indivíduos que compuseram a amostra, a qual foi estratificada segundo as faixas etárias disponíveis no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) – bebês e pré-escolares, escolares, adultos e idosos. Dos 252 indivíduos, foram excluídos seis que nunca haviam consultado um dentista (2,4% do total).

O cálculo do tamanho amostral para o estudo principal foi realizado considerando-se uma precisão de 5%, intervalo de confiança de 95%, e prevalência de utilização recente dos serviços odontológicos de 12%. A prevalência de utilização dos serviços odontológicos foi calculada a partir da proporção de pacientes atendidos pelas Equipes de Saúde Bucal da ESF no município durante o ano de 2004 em relação ao total da população adscrita (12,2%), segundo relatórios de área fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. O sorteio da amostra foi processado por conglomerados, em 4 estágios, aproveitando as informações coletadas durante o cadastro das famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No primeiro estágio foram sorteadas 8 áreas de abrangência das EqSB, mantendo-se a proporcionalidade entre as equipes que atuam na proporção 1 EqSB: 1 EqSF (com cerca de 4.000 pessoas adscritas cada) e as que atuam na proporção 1 EqSB: 2 EqSF (com cerca de 8.000 pessoas adscritas cada). Em seguida, foram sorteadas duas micro-áreas de cada EqSF e, de cada uma delas, 50 domicílios. Deste total, os domicílios foram sorteados novamente, e todos os membros das famílias residentes foram incluídos na amostra. O processo foi repetido até se completar o número de indivíduos necessários para compor a amostra em cada grupo etário. Foram incluídas no estudo todas as pessoas residentes nos domicílios sorteados, que concordaram em participar e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A metodologia foi previamente testada em estudo piloto, realizado em uma das micro-áreas não sorteadas. Devido à baixa taxa de resposta observada durante o estudo piloto (cerca de 50%), atribuída à dificuldade de acesso aos indivíduos sorteados (pessoas ausentes devido ao horário de coleta dos dados, elevada rotatividade de famílias nos domicílios e, em menor escala, limitações geográficas e risco de violência), sorteou-se o dobro da amostra calculada para cada faixa etária.

Os dados relativos aos 747 indivíduos sorteados para o estudo geral foram co-

letados entre agosto de 2007 e junho de 2008 por 10 acadêmicos voluntários dos cursos de Odontologia e Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa, alguns deles bolsistas de iniciação científica. Os mesmos foram previamente treinados quanto à aplicação do questionário e técnicas de abordagem das famílias em visitas domiciliares, além do estudo piloto, e realizaram as entrevistas supervisionados pelos professores pesquisadores. Para a coleta de dados, a equipe contou com o apoio dos ACS das respectivas micro-áreas. Estes foram responsáveis por conduzir acadêmicos e pesquisadores aos domicílios sorteados e apresentá-los aos moradores, acompanhando-os em todos os momentos da pesquisa por exigência da Secretaria Municipal de Saúde, preocupada com a segurança da equipe. Os indivíduos não localizados nos domicílios no momento da coleta de dados eram novamente procurados, em outro dia e horário.

Os entrevistados responderam a um questionário estruturado envolvendo, além das condições socioeconômicas, as dimensões de conhecimento e condição de saúde bucal, necessidade percebida e acesso a tratamento odontológico. As questões elaboradas foram adaptadas, em sua maioria, a partir daquelas presentes no tópico sobre acesso e utilização de serviços de saúde da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios/2003¹⁴, e de um questionário utilizado pelo Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da Universidade de Londres, descrito por Sheiham¹⁵.

Para identificar o impacto da condição bucal na qualidade de vida foi utilizado o questionário *Oral Health Impact Profile*¹⁶, em sua versão reduzida – OHIP-14, o qual foi validado no Brasil para ser aplicado a indivíduos a partir dos 11 anos de idade¹⁷. O OHIP-14 é um instrumento especificamente desenvolvido para identificar a autopercepção da saúde bucal, apresentando questões que abrangem domínios como limitações funcionais, interações sociais, conforto, dor e satisfação com a aparência¹⁶. Os indivíduos com ao menos uma resposta positiva

a este questionário foram categorizados como possuindo impacto da condição bucal na qualidade de vida.

A morbidade referida foi obtida por meio de pergunta aberta, realizada após a aplicação do OHIP-14¹⁵. Os indivíduos eram questionados quanto à presença de problemas bucais e, em caso positivo, convidados a especificá-los sem que lhes fosse apresentada nenhuma relação de possíveis alterações. Os indivíduos com ao menos um relato foram categorizados como possuindo problemas bucais.

A variável dependente escolhida para o presente estudo foi “haver consultado um dentista há três anos ou mais”, para caracterizar a ausência de utilização regular de serviços de saúde. O referencial teórico utilizado para selecionar as variáveis independentes foi baseado nos determinantes individuais de utilização de serviços de saúde do modelo de Andersen⁴.

Os fatores predisponentes foram agrupados em duas dimensões: sociodemográfica: idade, gênero, escolaridade e propriedade do domicílio; e valores e atitudes em relação à saúde bucal: frequência de higienização dos dentes e/ou próteses; visitaria um dentista apenas em caso de dor.

Como fatores facilitadores, as variáveis escolhidas foram a renda familiar mensal, o fato de estar cadastrado na Unidade de Saúde da Família (USF) e receber a visita do ACS; possuir uma fonte regular de cuidados odontológicos; e o tipo de serviço odontológico de referência (privado ou público). A necessidade de cuidados em saúde foi avaliada por meio de relato de problemas bucais (morbidade referida), utilização de próteses totais; impacto da condição bucal na qualidade de vida e classificação da saúde bucal.

As informações obtidas foram analisadas pelo programa SPSS for Windows versão 15.0. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o teste qui-quadrado e cálculo de *odds ratio*, com intervalo de confiança em nível de 95%. Por meio de análise de regressão logística multivariada, foi obtido o modelo explicativo de melhor ajuste

para a utilização de serviços odontológicos segundo os determinantes individuais do modelo de Andersen.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Foi garantida aos indivíduos total liberdade quanto à participação, sendo assegurados também os princípios de anonimato e privacidade das informações. Não houve, em nenhum momento da pesquisa, conflito de interesses por parte dos autores.

Resultados

Do total de indivíduos sorteados, verificou-se uma taxa de não resposta de 24%. Foram incluídos neste estudo 97 adultos (entre 35 e 59 anos de idade) e 149 idosos (com 60 anos ou mais), havendo maior participação das mulheres (69,8% entre os idosos e 81,4% entre os adultos). Os domicílios apresentavam em média 3 moradores, e a renda per capita média era de R\$ 328,80 (\pm R\$ 283,80), sendo que 22,7% dos entrevistados referiram renda familiar mensal de até um salário mínimo (17,2% entre os adultos e 26,2% entre os idosos). As características socioeconômicas da população estudada estão apresentadas na Tabela 1. Aproximadamente 91% dos entrevistados possuíam baixo nível de escolaridade e 85% não trabalhavam ou estavam aposentados. A maioria vivia em domicílios próprios e com ligação à rede de água, porém pouco mais de 60% tinha ligação à rede de esgoto. Cerca de 90% da população da amostra estava cadastrada na USF, recebendo a visita do ACS (mais adultos do que idosos), e 21% utilizavam serviço odontológico de referência privado (3,6% declararam possuir plano de saúde odontológico).

Quanto à autopercepção das condições bucais e à morbidade referida observou-se, ainda na Tabela 1, que 69% dos idosos e 44% dos adultos consideraram sua saúde bucal como boa ou muito boa; e 52% dos entrevistados (38% dos idosos e 72% dos adultos) acreditavam necessitar de tratamento odontológico. Mais de 95% referiram ausência

Tabela 1 - Características descritivas dos adultos (n = 97) e idosos (n = 149) integrantes da amostra. Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família/saúde bucal, Ponta Grossa, 2007-2008.

Table 1 - Descriptive characteristics of the adult (n = 97) and elderly population (n = 149) of the sample. Coverage area of the Family Health Strategy/oral health, Ponta Grossa, 2007-2008.

Variáveis	Adultos		Idosos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sociodemográficas						
Gênero feminino	79	81,4	104	69,8	183	74,4
Escolaridade ensino fundamental	80	83,3	131	97,0	211	91,3
Trabalha	27	27,8	10	6,8	37	15,1
Renda familiar de até 1 s. mínimo	77	82,8	107	73,8	184	77,3
Domicílio próprio/em aquisição	77	82,8	126	90,0	203	87,1
Acesso à rede de água	91	96,8	139	96,5	230	96,6
Acesso à rede de esgoto	51	54,3	102	70,8	153	64,3
Serviços de saúde						
Recebe a visita do ACS	88	94,6	117	86,7	205	89,9
Serviço odontológico de referência privado	21	22,1	28	19,7	49	20,7
Possui dentista regular	38	39,6	57	38,5	149	38,9
Morbidade referida						
Relato de problemas bucais	88	90,7	104	69,8	192	78,0
Relato de dor de dente	15	16,0	9	6,0	24	9,9
Relato de cárie	31	33,0	5	3,4	36	14,8
Relato de doença periodontal	12	12,8	6	4,0	18	7,4
Relato de úlceras bucais	6	6,3	7	4,7	13	5,3
Falta de dentes	92	96,8	144	98,6	236	97,9
Usa prótese dentária	53	55,2	123	82,6	176	71,8
Usa prótese total	40	41,7	113	75,8	153	64,0
Relato de próteses mal adaptadas	8	8,5	22	14,8	30	12,3
Percepção da condição bucal						
Saúde bucal muito boa/boa	43	44,3	102	68,9	145	59,2
Necessita tratamento odontológico	69	71,9	57	38,5	126	51,6
Impacto da condição bucal na qualidade de vida	74	76,3	108	72,5	182	74,0
Hábitos e valores						
Escova os dentes/ prótese todos os dias	90	92,8	143	96,0	233	94,7
Escova duas ou mais vezes ao dia	83	85,6	117	78,5	200	81,3
Consultaria um dentista apenas em caso de dor	20	22,0	19	14,2	39	17,3

de um ou mais dentes, sendo que 76% dos idosos e 41% dos adultos utilizavam prótese total. Dentre os adultos, 91% referiram possuir algum tipo de problema bucal (16% relataram dor), versus 70% dos idosos (6% com dor). Os principais problemas referidos pelos adultos foram cárie dentária, doença

periodontal e distúrbios da ATM; os idosos, por sua vez, referiram principalmente presença de próteses mal adaptadas e doença periodontal (dentes abalados). No entanto, apenas 27% dos entrevistados consultaram o dentista no ano anterior ao estudo, sendo que 40% dos adultos e 67% dos idosos

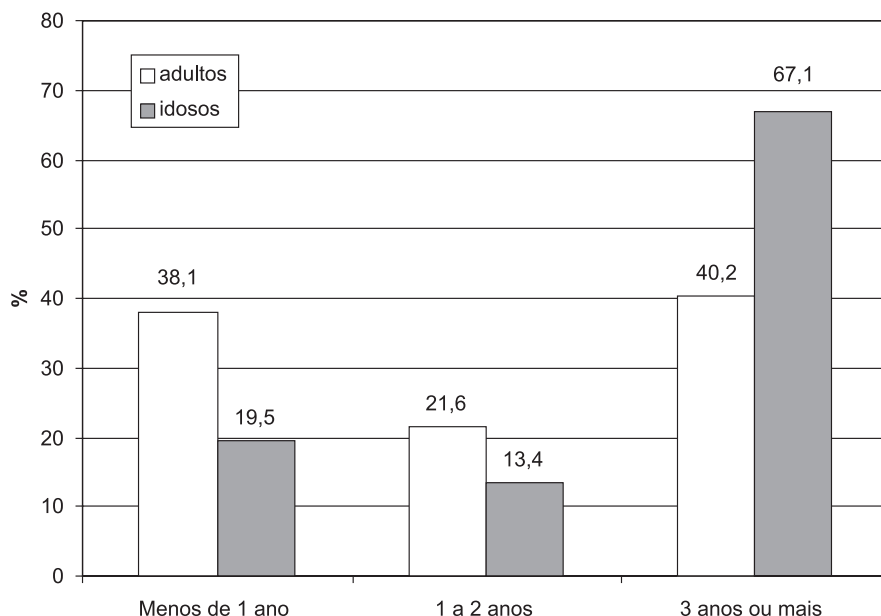


Figura 1 - Utilização de serviços odontológicos segundo a idade. Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família/saúde bucal, Ponta Grossa, 2007-2008 ($p < 0,001$).

Figure 1 - Utilization of dental care services according to age. Coverage area of the Family Health Strategy / oral health, Ponta Grossa, 2007-2008.

não iam ao dentista há 3 anos ou mais ($p < 0,001$) (Figura 1). Para este último resultado, selecionado como variável dependente para este estudo, a margem de erro obtida foi de 6 pontos percentuais (IC 95%).

A análise univariada, considerando as características dos indivíduos que foram ao dentista há três anos ou mais, está apresentada na Tabela 2. Verifica-se que estes são predominantemente idosos e possuem baixa escolaridade. Além disso, utilizam próteses totais, têm higiene bucal insatisfatória, classificam sua saúde bucal como muito boa ou boa e declaram que consultariam um dentista apenas em caso de dor. Observa-se, ainda, que a maioria dos indivíduos que foram ao dentista há três anos ou mais não possui uma fonte regular de cuidados odontológicos.

A análise de regressão logística está apresentada na Tabela 3. Para a população estudada, o modelo teórico explicou 35% do fato de haver utilizado serviços odontológicos há três anos ou mais. Dentre os fatores predisponentes, além da idade, a escolaridade e a frequência de higiene bucal estiveram associadas ao fato de não consultarem um

dentista há mais tempo, na análise não ajustada. No modelo multivariado, os fatores predisponentes permaneceram fortemente associados ao desfecho. Observa-se que os indivíduos com menor escolaridade e que não viviam em domicílios próprios, e os que higienizavam os dentes ou próteses com menor frequência, apresentaram maiores chances de haver consultado o dentista há três anos ou mais. O fato de possuir um dentista regular foi identificado como fator de proteção na análise. Outros fatores facilitadores, como a renda familiar, o fato de estar cadastrado ou não na USE, e utilizar serviços odontológicos públicos ou privados, não estiveram estatisticamente associados ao desfecho neste estudo.

Dentre as variáveis de necessidade percebida, a utilização de prótese total foi associada à não utilização recente de serviços odontológicos. A identificação de problemas bucais não apresentou relação com a utilização de serviços odontológicos há mais ou menos tempo na análise bruta. Porém, quando ajustado pelas variáveis predisponentes e facilitadoras, o relato de presença de problemas bucais apresentou associação

Tabela 2 - Análise bivariada para a utilização não recente de serviços odontológicos. Adultos e idosos. Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família/saúde bucal, Ponta Grossa, 2007-2008.

Table 2 - Bivariate analysis for non-recent use of dental services. Adult and elderly individuals. Coverage area of the Family Health Strategy/oral health, Ponta Grossa, 2007-2008.

Variáveis	Foi ao dentista há mais de 3 anos				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<i>Sociodemográficas</i>					
Idade					<0,001
Adultos	39	40,2	58	59,8	
Idosos	100	67,1	49	32,9	
Gênero					0,479
Feminino	101	55,2	82	44,8	
Masculino	38	60,3	25	39,7	
Escolaridade					0,001
Ensino médio ou mais	2	10,0	18	90,0	
Ensino fundamental ou menos	125	59,2	86	40,8	
Domicílio					0,239
Próprio/em aquisição	112	55,2	91	44,8	
Alugado/cedido/área de invasão	20	66,7	10	33,3	
<i>Hábitos e valores</i>					
Frequência de higiene bucal					<0,001
2 vezes ao dia ou mais	101	50,5	99	49,5	
Não escova/1 vez ao dia	38	82,6	8	17,4	
Consultaria um dentista apenas em caso de dor					0,089
Não	96	51,6	90	48,4	
Sim	26	66,7	13	33,3	
<i>Fatores predisponentes</i>					
Renda familiar					0,460
≥ 1 salário mínimo	102	55,4	82	44,6	
Até 1 salário mínimo	33	61,1	21	38,9	
Recebe a visita do ACS					0,590
Sim	119	58,0	86	42,0	
Não	12	52,2	11	47,8	
Possui dentista regular					<0,001
Não	99	66,4	50	33,6	
Sim	38	40,0	57	60,0	
Serviço odontológico de referência					0,067
Privado	22	44,9	27	55,1	
Público	112	59,6	76	40,4	
<i>Fatores facilitadores</i>					
Relato de problemas bucais					0,874
Não	30	55,6	24	44,4	
Sim	109	56,8	83	43,2	
Utiliza prótese total					<0,001
Não	38	57,8	27	42,2	
Sim	101	66,0	52	34,0	
Impacto da condição bucal na qualidade de vida					0,806
Não	37	57,8	27	42,2	
Sim	102	56,0	80	44,0	
Classificação da saúde bucal					0,030
Muito boa/ boa	90	62,1	55	37,9	
Regular/ ruim/ péssima	48	48,0	52	52,0	
<i>Necessidade percebida</i>					

Tabela 3 - Análise de regressão logística. Modelo explicativo para haver consultado um dentista há mais de 3 anos. Adultos e idosos. Área de abrangência da Estratégia Saúde da Família/saúde bucal, Ponta Grossa, 2007-2008.

Table 3 - Logistic regression analysis. Explanatory model for non-recent use of dental care services. Adult and elderly individuals. Coverage area of the Family Health Strategy/oral health, Ponta Grossa, 2007-2008.

Modelo	OR _{br}	IC95%	p	OR _{aj}	IC95%	p
<i>Fatores predisponentes</i>						
Idade			<0,001			0,008
Adultos	1,0			1,0		
Idosos	3,03	1,78 – 5,16		2,62	1,28 – 5,33	
Escolaridade			0,001			0,026
Ensino médio ou mais	1,0			1,0		
Ensino fundamental ou menos	13,08	2,96 – 57,84		6,23	1,25 – 31,02	
Domicílio			0,239			0,020
Próprio/em aquisição	1,0			1,0		
Alugado/cedido/área de invasão	1,62	0,72 – 3,64		3,48	1,22 – 9,92	
Frequência de higiene bucal			<0,001			0,009
2 vezes ao dia ou mais	1,0			1,0		
Não escova/1 vez ao dia	4,66	2,07 – 10,48		3,58	1,38 – 9,28	
<i>Fatores facilitadores</i>						
Possui dentista regular			<0,001			0,016
Não	1,0			1,0		
Sim	0,34	0,20 – 0,57		0,44	0,23 – 0,86	
<i>Necessidade percebida</i>						
Relato de problemas bucais			0,874			0,015
Não	1,0			1,0		
Sim	1,05	0,57 – 1,93		2,68	1,21 – 5,96	
Utiliza prótese total			<0,001			0,038
Não	1,0			1,0		
Sim	2,76	1,62 – 4,70		2,15	1,04 – 4,42	
Classificação da saúde bucal			0,030			0,061
Muito boa/ boa	1,0			1,0		
Regular/ ruim/ péssima	0,56	0,34 – 0,94		0,52	0,26 – 1,03	
Qualidade do ajuste						
R2 de Nagelkerke	0,35					

significativa com o desfecho (Tabela 3). Por sua vez, verificou-se que os indivíduos que classificaram sua saúde bucal como ruim apresentaram maiores chances de haver consultado o dentista recentemente.

Discussão

Confirmando o perfil epidemiológico descrito em outros estudos^{2,18-21}, a popula-

ção pesquisada apresentou elevada prevalência de problemas bucais auto-referidos e de perdas dentárias. A prevalência de utilização de próteses totais foi maior entre os idosos (76%), e os resultados coincidem com os obtidos por Benedetti et al.¹⁹ para o município de Florianópolis, em Santa Catarina (75%). Verificou-se ainda uma baixa taxa de utilização recente de serviços odontológicos, menor entre os idosos

(19%) do que entre os adultos (38%), valores semelhantes aos obtidos no levantamento do Ministério da Saúde – SB Brasil³, porém menores do que os obtidos por Araújo et al.²¹ para a população de Pelotas, RS (54% entre os adultos e 37% entre os idosos). Vários estudos demonstram a existência de associação entre a presença de dentes e a utilização de serviços odontológicos, sendo que a proporção de consultas recentes é maior entre indivíduos dentados^{12,13}. No presente estudo, tanto a análise não ajustada quanto a multivariada identificaram o uso de prótese total como indicador para a utilização não recente de serviços odontológicos. Também foi mostrado que uma maior proporção de idosos do que de adultos consultou o dentista há mais tempo. Segundo Martins et al.¹², as consultas odontológicas, ao contrário do que ocorre com as consultas médicas, tendem a diminuir com o envelhecimento, sendo esperada baixa taxa de utilização de serviços odontológicos entre os idosos. Lima-Costa et al.²² atribuem este fenômeno a dois fatores: alta prevalência da perda de dentes naturais entre indivíduos idosos; e dificuldade de acesso aos serviços odontológicos.

No Brasil, diversos estudos analisaram o acesso a tratamento odontológico por idosos, a maioria deles utilizando dados secundários das PNAD (Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios) e do SB Brasil^{10,12,13,18,22,23}. Em revisão sistemática sobre o tema, Moreira et al.¹⁸ identificaram, como principais barreiras que afetam a utilização de serviços odontológicos, a baixa escolaridade, baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal para esta população. No presente estudo, o gradiente socioeconômico também foi observado, sendo que os indivíduos com baixa escolaridade e que não residiam em domicílios próprios apresentaram maiores chances de haver consultado um dentista há três anos ou mais. Resultados semelhantes foram observados por Rocha e Goes⁵, tanto em áreas cobertas como não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, PB.

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações e serviços impulsionou a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), base da política nacional de atenção básica, a partir do final do ano 2000. Apesar dos objetivos almejados com a implantação de Equipes de Saúde Bucal na ESF, no modelo multivariado deste trabalho não foram incluídos os fatores facilitadores relativos ao tipo de serviço odontológico utilizado, público ou privado, ou ao fato de ser cadastrado na USF e receber a visita regular do ACS. Em pesquisa recente, realizada em Campina Grande, PB, Rocha e Goes⁵ não encontraram associação entre o fato de residir em áreas cobertas ou não cobertas pela ESF e o acesso aos serviços de saúde bucal por adultos e idosos. Pereira et al.²⁴, comparando as taxas de utilização de serviços odontológicos pela população coberta pela ESF com EqSB com aquela coberta pela ESF tradicional em Natal, RN, verificaram maior utilização de consultas odontológicas por adultos e idosos nas áreas sem atuação de equipes de saúde bucal. Em ambos os estudos, os autores sugerem que a inclusão das equipes odontológicas nas Unidades de Saúde da Família aparentemente não se traduziu em mudança no processo de trabalho odontológico tradicional, priorizando-se ainda ações voltadas para as crianças.

Neste estudo, a fonte regular de cuidados odontológicos foi identificada como fator facilitador para a utilização recente dos serviços. Resultados similares foram observados por Mendoza-Sassi³ em município de grande porte no Rio Grande do Sul. Estes autores verificaram que, dentre outros, o fato de referir uma fonte regular de serviços de saúde esteve associado com haver consultado um médico nos dois meses anteriores à pesquisa, entre adolescentes, adultos e idosos. Ryan et al.^{7,8} demonstraram que o fato de ter acesso a uma fonte regular de cuidados em saúde foi o preditor mais consistente e significativo para a utilização de todos os tipos de serviços ambulatoriais, preventivos, curativos ou emergenciais por

adolescentes americanos da zona urbana e rural. A importância da fonte regular de cuidados em saúde também foi identificada com relação aos serviços odontológicos: os indivíduos que possuíam um dentista regular tiveram quase 3 vezes mais chance de havê-lo consultado no ano anterior ao estudo, mesmo após o ajuste pelas demais variáveis incluídas.

Diferente de outros relatos^{5,10,23}, neste estudo a renda familiar não esteve associada com o desfecho em nenhum momento da análise. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Lima Costa et al.²², ao analisarem a tendência de utilização de serviços odontológicos entre idosos, com base em dados da PNAD 1998. Os autores atribuem o fato ao baixo nível de renda da maioria dos participantes e sugerem que, havendo a possibilidade de acesso a serviços de saúde gratuitos, a escolaridade tenderia a ser um fator mais importante. A baixa renda é característica das áreas de atuação da ESF, o que justificaria os resultados aqui descritos.

Para Gilbert²⁵, a remoção da barreira dos recursos financeiros não necessariamente igualaria as taxas de utilização de serviços de saúde entre indivíduos com diferentes níveis socioeconômicos. Para o autor, o estudo dos fatores determinantes da utilização de serviços de saúde bucal deve incluir variáveis relativas a atitudes e opiniões sobre os cuidados odontológicos, o valor dado à saúde e o conhecimento sobre as doenças bucais. Neste estudo, além das variáveis socioeconômicas, aquelas relacionadas aos hábitos de higiene bucal e utilização de prótese total foram incluídas no modelo multivariado. Segundo Fiske et al.²⁶, a crença de que as próteses totais duram para sempre e de que as consultas odontológicas são desnecessárias para indivíduos edêntulos constitui uma importante barreira de acesso aos serviços odontológicos. Concordam com estes autores Martins et al.¹³, que supõem que a população receba informação insatisfatória sobre a necessidade de consultas regulares ao dentista para avaliação e manutenção das próteses. Estando mal adaptadas, estas podem gerar danos aos te-

cidos bucais, além do comprometimento da saúde geral pela redução da eficácia mastigatória, afetando a qualidade nutricional da dieta. Entre a população entrevistada neste estudo, a proporção de relatos de próteses mal adaptadas foi de 8,5% para os adultos e 14,8% para os idosos.

Segundo Andersen⁴, além da presença de fatores predisponentes e facilitadores, o indivíduo ou sua família devem perceber a presença de problemas de saúde ou a probabilidade de sua ocorrência para que procurem por cuidados médicos e odontológicos. O nível da necessidade percebida representa a causa mais imediata de utilização de serviços de saúde. Neste estudo, a presença de problemas bucais auto-referidos foi associada à utilização menos recente dos serviços odontológicos na análise multivariada, o que pode ser indício de demanda reprimida para esta população.

Embora este estudo forneça informações importantes sobre a utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda, não se pode deixar de considerar suas limitações. Devido ao desenho do estudo, transversal, os resultados obtidos referenciam hipóteses relativas aos fatores associados, mas não têm poder de inferência causal. Uma vez que a amostra analisada foi obtida a partir do desenho de um estudo que envolvia outros grupos etários e que possuía objetivos distintos aos abordados neste estudo, não se pode atribuir inferência populacional aos resultados. Além disso, devido ao pequeno número da amostra, existe a possibilidade de que algumas associações não tenham sido identificadas. O que se oferece é uma abordagem inicial, exploratória, sobre os determinantes individuais que favorecem ou limitam a utilização dos serviços odontológicos por uma população residente na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família.

Corroborando o previsto no estudo piloto, a taxa de não participação foi de 24% dos indivíduos procurados, considerada relativamente elevada para inquéritos populacionais. Embora a recusa em participar tenha sido baixa, o horário para a coleta de dados

acordado com a Secretaria Municipal de Saúde era o de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, o que impossibilitou que alguns dos indivíduos sorteados fossem entrevistados, por estarem ausentes dos domicílios, a trabalho. Este fato implicou em participação expressivamente mais elevada de mulheres na amostra, principalmente entre os adultos, e de indivíduos que não trabalham. Portanto, não pode ser descartada a hipótese de que os resultados obtidos estejam superestimados.

Por indisponibilidade dos ACS de oito micro-áreas, estas foram excluídas já no início do estudo, representando perda de mais de 30% da amostra sorteadas. Nas demais micro-áreas, alguns indivíduos não foram entrevistados por não mais residirem nos domicílios sorteados, fruto da elevada mobilidade residencial existente nas regiões mais carentes do município. Apesar de haver sido possível entrevistar grande parte dos indivíduos sorteados de ao menos duas micro-áreas de cada EqSB, e das características sociodemográficas das micro-áreas excluídas serem similares às das demais, deve-se ter cautela ao estabelecer inferência destes resultados para toda a área de abrangência da ESF no município, uma vez que não pode ser descartada a hipótese de que os indivíduos não entrevistados representem um grupo com um padrão diferente de utilização e acesso aos cuidados odontológicos.

Finalmente, deve-se considerar a possibilidade de viés de resposta, o que pode afetar qualquer inquérito epidemiológico, uma vez que as conclusões são baseadas em informações auto-referidas. Por exem-

plo, alguns indivíduos podem ter relatado consultas odontológicas mais recentes, ou maior procura por tratamento odontológico, para não parecerem negligentes. Alguns entrevistados também podem ter apresentado dificuldades de memória, ao responder os questionários.

Neste artigo verificou-se que os fatores predisponentes, facilitadores e a necessidade percebida estiveram associados com a consulta odontológica não recente para a população investigada. Apesar das importantes limitações apontadas, os resultados aqui descritos mostram-se semelhantes aos de estudos realizados no Brasil envolvendo populações de adultos e idosos, ou ainda aos de estudos recentes que buscaram analisar o impacto da inclusão de equipes odontológicas na ESF sobre a utilização de serviços odontológicos. Para Andersen⁵, com exceção do nível de morbidade e das variáveis demográficas, diferenças nas demais dimensões do modelo explicativo (estrutura social, condição socioeconômica, crenças e valores) indicariam a presença de desigualdades, uma vez que estes fatores deveriam exercer o mínimo de influência na distribuição dos serviços de saúde. A utilização deste modelo teórico permitiu explicar em parte os fatores que determinam o uso de serviços odontológicos entre os adultos e idosos residentes na área de abrangência da ESF em Ponta Grossa, bem como confirmou a presença de desigualdades sociais e psicossociais na utilização destes serviços. Os resultados aqui descritos sugerem a necessidade de aprimoramento dos mecanismos institucionais de acesso desta faixa da população aos serviços de saúde bucal.

Referências

1. Allegretti ACV, Santos ZFDG. A vida familiar adulta. In: Moysér ST, Kriger L, Moysés SJ. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008: 230-5.
2. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Mendoza-Sassi R; Béria JU; Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3): 372-8.
4. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1-10.

5. Rocha RACP; Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12): 2871- 80.
6. Tennstedt SL, Brambilla DL, Jette AM, McGuire SM. Understanding dental service use by older adults sociobehavioral factors vs need. *J Public Health Dent* 1994; 54: 211-9.
7. Ryan AS, Millstein SG, Greene B, Irwin CE. Utilization of ambulatory health services by urban adolescents. *J Adolesc Health* 1996; 18: 192-292.
8. Ryan S; Riley A; Kang M; Starfield B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 184-90.
9. 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 Saúde Pública* 2001; 17(3): 6661-8.
10. Matos DL, Lima-Costa MF. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (1998 e 2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11): 2740-8.
11. Camargo MJB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(9): 1894-906.
12. Martins AMEB, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7): 1651-66.
13. Martins AMEB, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 22(5): 308-15.
14. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Acesso e utilização dos serviços de saúde – PNAD 2003*. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
15. Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 223-42.
16. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Commun Dent Oral Epidemiol* 1994; 11: 3-11.
17. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - short form. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 307-14.
18. 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 Saúde Pública* 2005; 21(6): 1665-75.
19. Benedetti TRB, Mello ALSE, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: auto percepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Cienc Saúde Coletiva* 2007; 12(6): 1683-90.
20. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23(8): 1803-14.
21. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5): 1063-72.
22. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3): 745-57.
23. Matos DL; Giatti L; Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1290-7.
24. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5): 985-96.
25. Gilbert HG. Access to and patterns of use of oral health care among elderly veterans. *Med Care* 1995; 33: 78-89.
26. Fiske J, Gelbier S, Watson RM. Barriers to dental care in an elderly population resident in an inner city area. *J Dent* 1990; 18(5): 236-42.

Recebido em: 21/08/09

Versão final reapresentada em: 06/01/10

Aprovado em: 10/02/10