

Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família

Access to information on how to avoid oral health problems among elderly persons registered with the Family Health Strategy

Andréa Maria Eleutério de Barros
Lima Martins¹
Desiree Sant'ana Haikal¹
João Gabriel Silva Souza²
Maria Aparecida Barbosa de Sá³
Efigênia Ferreira e Ferreira⁴
Isabela Almeida Pordeus⁵

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivos: Identificar a prevalência do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre idosos e verificar se esse acesso foi maior entre os residentes em domicílios cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Método:** Estudo transversal analítico conduzido a partir de amostra probabilística complexa por conglomerado de idosos (65-74 anos) de um município de grande porte populacional. Foi estimada a prevalência do acesso com correções pelo efeito de desenho, além das magnitudes das associações, sendo conduzidas análises descritivas, bivariadas e regressão logística (OR/IC95%). Considerou-se variáveis referentes aos determinantes pessoais, serviços de saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde. **Resultados:** Dentre os 490 participantes, 53,4% relataram o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais. Esse acesso foi maior entre os idosos que residiam em domicílio cadastrado na ESF (2,04/1,14-3,67), tinham maior escolaridade (2,53/1,67-3,83), utilizaram os serviços odontológicos por rotina (1,84/1,07-3,17), não relataram hábito tabagista atual ou passado (1,79/1,13-2,82), não possuíam doença crônica (2,14/1,34-3,42) e não tiveram impacto social das suas condições de saúde bucal (1,77/1,08-2,91). **Conclusão:** Conclui-se que a maioria dos idosos teve acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, sendo o acesso maior entre aqueles cadastrados na Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Idoso; Acesso aos Serviços de Saúde; Prevalência, Epidemiologia; Saúde Bucal.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Odontologia. Montes Claros, MG, Brasil.

² Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Odontologia. Piracicaba, SP, Brasil.

³ Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Montes Claros, MG, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Preventiva. Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontopediatria e Ortodontia. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Abstract

Objectives: To identify the level of access to information regarding how to prevent oral health problems among the elderly, and verify if such levels were higher among members of households registered with the Family Health Strategy Program. **Methods:** An analytic cross-sectional study was conducted of a probabilistic complex sample of elderly (65-74 years old) members of the population of a large city. The level of access was estimated with adjustment for the design effect, as well as the magnitudes of association. Descriptive, bivariate and logistic regression (OR/CI95%) analysis was performed. Variables related to personal determinants, health services, health-related behavior and health outcomes were considered. **Results:** Of the 490 participants, 53.4% reported they had access to information about how to prevent oral health problems. This access was higher among elderly persons living in a household registered with the Family Health Strategy Program (2.04/1.14-3.67), and who had at least five years of schooling (2.53/1.67-3.83), regularly used dental services (1.84/1.07-3.17), did not smoke either now or in the past (1.79/1.13-2.82), did not suffer from chronic diseases (2.14/1.34-3.42) and had not suffered social impacts because of their oral health conditions (1.77/1.08-2.91). **Conclusion:** Most of the elderly persons had access to information about how to prevent oral health problems, with such access being greater among those registered with the Family Health Strategy Program.

Key words: Elderly; Health Services Accessibility; Prevalence, Epidemiology; Oral Health.

INTRODUÇÃO

Apesar de todos os avanços, o Brasil ainda é considerado um país com amplas desigualdades regionais e sociais.¹ Buscando-se minimizar essas desigualdades, principalmente com relação ao acesso ao cuidado com a saúde, foi promulgado, em 1988, pela Constituição brasileira o Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as funções do SUS, destacam-se as ações de promoção e vigilância em saúde, educação sanitária e controle de vetores, além da continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado ou secundário e hospitalar ou terciário.¹ A atenção básica, ou atenção primária, é uma das áreas de destaque do SUS, ela tem como objetivo oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias organizacionais, com destaque para a Estratégia de Saúde da Família (ESF).^{1,2} Uma das características da ESF é a ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que suas ações sejam dirigidas às famílias e comunidades e integrem a assistência à saúde com a promoção de saúde e as ações preventivas.¹ Dentre as linhas de cuidado do SUS, está a saúde do idoso. O Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso

como item prioritário na agenda de saúde do país, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo baseado no paradigma da capacidade funcional, abordada de maneira multidimensional.³

O envelhecimento nos países em desenvolvimento, como o Brasil, nem sempre vem acompanhado de modificações no atendimento às necessidades de saúde desse estrato etário.^{4,5} Há um aumento da demanda de idosos por serviços de saúde,⁶ e dentre os vários aspectos da saúde, a bucal merece atenção especial, pois, historicamente, os serviços odontológicos não foram priorizados nesse grupo populacional. A falta de conhecimento e a conscientização podem influenciar a condição de saúde bucal, assim como o autocuidado dessa população.⁷ Essa condição entre idosos brasileiros é precária,⁸ nesta perspectiva, há necessidade de reestruturação da sociedade e da oferta de serviços odontológicos, a fim de contribuir na prevenção e cuidado desses agravos. A inclusão de programas que priorizem a promoção da saúde/educação em saúde e as ações de prevenção deve ser considerada,⁹ uma vez que medidas de educação em saúde bucal podem resultar em melhorias nos comportamentos e condições de saúde bucal.¹⁰⁻¹²

O processo de educação em saúde deve considerar no planejamento e execução das intervenções algumas características das pessoas,

que são, neste estudo, identificadas pelos níveis de “alfabetização em saúde”, sendo apresentadas no modelo teórico proposto para avaliação dos níveis de “alfabetização em saúde” por Sørensen et al.,¹³ no ano de 2012. Aliado a isso está o *empowerment*, que se refere ao processo em que essas pessoas criam ou são dadas a elas oportunidades para controlar o seu próprio destino e assim influenciar nas decisões que afetam suas vidas.¹³⁻¹⁵ O modelo de Sørensen et al.¹³ apresenta 12 dimensões da “alfabetização em saúde”, sendo quatro no domínio dos cuidados de saúde, quatro no da prevenção da doença e quatro no da promoção da saúde, as quais se referem, respectivamente, à capacidade de acessar, compreender, avaliar e aplicar informações relacionadas à saúde; aos fatores de risco à saúde; e ao contexto social e ambiental, gerando decisões informadas sobre os determinantes de saúde no ambiente social e físico. O modelo apresenta ainda possíveis fatores associados de forma dinâmica com a “alfabetização em saúde”: uso dos serviços de saúde, custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde, desfechos de saúde, participação das pessoas, *empowerment*, equidade e manutenção.¹³

Utilizou-se como referencial teórico o modelo proposto por Sørensen et al.,¹³ uma vez que o acesso a informações relacionadas à saúde é a primeira condição para obtenção da alfabetização em saúde. Nesse contexto, o presente estudo propôs-se a identificar a prevalência do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre idosos e verificar se esse acesso foi maior entre os usuários cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do que entre os não cadastrados.

MÉTODO

Estudo transversal, analítico, conduzido em uma amostra complexa probabilística por conglomerado em dois estágios de idosos (65 a 74 anos), residentes em um município brasileiro (Montes Claros) de grande porte populacional, situado no norte de Minas Gerais. No cálculo amostral considerou-se a estimativa para proporções da ocorrência dos eventos ou doenças em 50% da população, um erro de 5,5%, confiança de 95%, uma taxa de não resposta de 20%, a garantia de proporcionalidade

por sexo e um *deff* (*design effect* – efeito de desenho) de 2,0. Os conglomerados foram selecionados de forma aleatória simples. Estimou-se uma amostra de 740 idosos;¹⁶ dentre os que aceitaram participar, compuseram o estudo os que não apresentavam problemas cognitivos, que relataram a utilização de serviços odontológicos e que responderam à pergunta relativa ao acesso a informações sobre como evitar problemas bucais. A avaliação da condição cognitiva foi conduzida empregando-se a versão validada no Brasil do Miniexame do Estado Mental (MEEM),¹⁷ considerando os níveis de escolaridade do idoso. Os dados foram coletados entre os anos de 2008 e 2009.

O estudo foi desenvolvido conforme metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).¹⁸ Os exames foram realizados por 24 cirurgiões-dentistas com auxílio de 24 entrevistadores/annotadores, treinados e calibrados (Kappa interexaminadores e intraexaminadores e coeficiente de correlação intraclassa $\geq 0,61$), sendo realizados em ambiente amplo sob iluminação natural, empregando-se espelho e sonda CPI esterilizados. A coleta de dados foi conduzida com a utilização de computadores de mão com um programa desenvolvido para a coleta e a construção simultânea do banco de dados, denominado Programa Coletor de Dados em Saúde – PCDS.¹⁶

A construção da variável dependente considerou “idosos que tiveram acesso a informações sobre como evitar problemas bucais” os que responderam positivamente à seguinte pergunta: “*Receben informações sobre como evitar problemas bucais? (sim/não).*” Conforme modelo teórico de Sørensen et al.,¹³ as variáveis foram reunidas em cinco grupos, com respectivas subcategorias: acesso a informações relativas à saúde (condição indispensável para se obter “alfabetização em saúde”), determinantes pessoais, serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde. Os determinantes pessoais foram: faixa etária em anos (69-74, 65-68), raça autodeclarada (pardo, negro, indígena, amarelo, branco), sexo (masculino, feminino), estado civil (solteiro/viúvo/divorciado, casado/união estável), escolaridade (0 a 4 anos, 5 anos ou mais), renda *per capita* em salários mínimos (um salário ou menos, mais de

um salário). As variáveis referentes aos serviços de saúde/custos com a saúde foram: serviço odontológico utilizado (serviços supletivos/serviços particulares, serviços prestados pelo SUS/serviços filantrópicos), domicílio cadastrado na ESF (não/sim), tempo da última visita ao dentista em anos (um ou mais, há menos de um), motivo do uso do serviço odontológico (atendimento para tratamento, atendimento por rotina).

Os comportamentos relacionados à saúde foram: hábito tabagista atual ou passado (sim/não), hábito etilista atual ou passado (sim/não). Quanto aos desfechos de saúde, avaliou-se a saúde geral relatada: presença de doenças crônicas (sim/não), uso de medicamentos (sim/não). Foram avaliadas as condições normativas e subjetivas de saúde bucal. As condições normativas incluíram as alterações de mucosas (sim/não), uso de prótese dentária removível (sim/não). Já as condições subjetivas de saúde bucal foram representadas pela autopercepção da necessidade de tratamento odontológico (sim/não), da dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses (sim/não), de incômodo na boca, cabeça ou pescoço (sim/não) e avaliação do impacto da saúde bucal em suas dimensões, por meio da versão validada no Brasil do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14),¹⁹ OHIP-14 (impactou, não impactou). Todos os indivíduos que responderam afirmativamente (raramente, às vezes, repetidamente ou sempre) em pelo menos uma das 14 questões do instrumento foram categorizados com a presença de impacto.

Como o estudo envolveu amostra complexa por conglomerados, foi feita a correção pelo efeito desenho. A análise descritiva incluiu frequência relativa com correção pelo efeito de desenho, erro padrão (EP) e efeito do conglomerado (*Deff*) para variáveis categóricas; média, EP e *Deff* para as quantitativas. Nas análises bivariadas e múltiplas de associações da variável dependente, a regressão logística e a correção pelo efeito de desenho foram utilizadas para estimar o *odds ratio*, com nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95% (OR/IC 95%).

Foram respeitados os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196/96. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, parecer nº 318/06. Os participantes do estudo foram incluídos após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dentre os 804 convidados, 740 foram avaliados (taxa de resposta, 92,1%); dentre esses, 490 idosos compuseram a amostra final do estudo; 261 (53,4%) relataram que tiveram acesso a informações sobre como prevenir problemas bucais. A média de idade dos idosos foi de 68,36 anos; a maioria era do sexo feminino e residia em domicílio cadastrado na ESF (tabela 1).

Tabela 1. Acesso a informações relativas à saúde, determinantes pessoais, uso dos serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde (n=490). Montes Claros, MG, 2008-2009.

Acesso a informações relativas à saúde	% ^a	Erro padrão	Deff
Acesso a informações sobre como prevenir problemas bucais ^b			
Não	46,6		
Sim	53,4	4,5	4,496
<i>Determinantes pessoais</i>			
Faixa etária (em anos)			
69 a 74	41,7		
65 a 68	58,3	2,6	1,503

Acesso a informações relativas à saúde	% ^a	Erro padrão	Deff
<i>Raça autodeclarada^b</i>			
Pardo	45,4	3,7	2,956
Negro	16,1	2,2	1,901
Indígena	0,5	0,4	1,651
Amarelo	0,9	0,5	1,318
Branco	37,1	4,7	5,162
<i>Sexo</i>			
Masculino	47,8		
Feminino	52,2	2,7	1,653
<i>Estado civil</i>			
Solteiro/viúvo/divorciado	30,8		
Casado/união estável	69,2	3,4	2,963
<i>Escolaridade (anos de estudo)</i>			
0 a 4 anos	59,3		
5 ou mais	40,7	4,2	3,980
<i>Renda per capita em salários mínimos^{b,c}</i>			
Um salário ou menos	66,9		
Mais de um salário	33,1	4,0	3,848
<i>Serviços de saúde/custos com a saúde</i>			
<i>Serviço odontológico utilizado^b</i>			
Serviços supletivos/serviços particulares	27,9		
Serviços prestados pelo SUS/serviços filantrópicos	72,1	4,4	5,224
<i>Domicílio cadastrado na ESF</i>			
Não	43,6		
Sim	56,4	8,5	15,896
<i>Tempo da última visita ao dentista (anos)</i>			
Um ou mais	72,8		
Há menos de um	27,2	2,8	2,117
<i>Motivo do uso do serviço odontológico^b</i>			
Atendimento para tratamento	62,9		
Atendimento por rotina	37,1	3,6	2,991
<i>Comportamentos relacionados à saúde</i>			
<i>Hábito tabagista atual ou passado</i>			
Sim	36,2		
Não	63,8	3,2	2,473

Acesso a informações relativas à saúde	% ^a	Erro padrão	Deff
Hábito etilista atual ou passado^b			
Sim	39,9		
Não	60,1	2,8	1,730
<i>Desfechos de saúde</i>			
<i>Saúde geral relatada</i>			
Autoexame da boca			
Não	77,6		
Sim	22,4	2,9	2,603
Presença de doenças crônicas ^b			
Sim	79,6		
Não	20,4	3,2	3,515
Uso de medicamentos			
Sim	68,8		
Não	31,2	2,8	1,953
<i>Condições normativas de saúde bucal</i>			
Alterações de mucosas ^b			
Sim	16,6		
Não	83,4	2,4	2,191
Uso de prótese dentária removível			
Não	17,8		
Sim	82,2	2,9	3,169
<i>Condições subjetivas de saúde/Auto percepção....</i>			
... da necessidade de tratamento odontológico ^b			
Sim	59,8		
Não	40,2	3,9	3,481
... da dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses ^b			
Sim	25,3		
Não	74,7	2,8	2,233
... de incômodo na boca, cabeça ou pescoço			
Sim	19,1		
Não	80,9	2,6	2,374
OHIP ^b			
Impactou	17,6		
Não impactou	82,4	2,1	1,581

^a valores estimados com a correção pelo efeito desenho; ^b variação no n=490 por perda de informações;

^c baseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00.

Na análise bivariada constataram-se associações entre o acesso à informação sobre como evitar problemas bucais e variáveis dos seguintes grupos:

determinantes pessoais, serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde ($p \leq 0,20$) (tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada entre acesso a informações sobre como evitar problemas bucais e determinantes pessoais, uso de serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde (n=490). Montes Claros, MG, 2008-2009.

Variáveis	Informações problemas bucais		OR ^a	IC 95% ^a	p	Erro padrão	Deff
	Não	Sim					
<i>Determinantes pessoais</i>	% ^a	% ^a					
Faixa etária (em anos)							
69 a 74	49,6	50,4	1,00				
65 a 68	44,5	55,5	1,22	0,79-1,88	0,345	0,21	1,51
Raça autodeclarada							
Pardo/negro/indígena	45,0	55,0	1,00				
Branco/amarelo	49,4	50,6	0,83	0,50-1,39	0,481	0,25	2,05
Sexo							
Masculino	50,9	49,1	1,00				
Feminino	42,7	57,3	1,39	0,88-2,20	0,142	0,22	1,73
Estado civil							
Solteiro/viúvo/divorciado	47,6	52,4	1,00				
Casado/união estável	46,2	53,8	1,05	0,67-1,66	0,797	0,22	1,45
Escolaridade (anos de estudo)							
0 a 4 anos	56,4	43,6	1,00				
5 anos ou mais	32,4	67,6	2,68	1,73-4,15	0,000	0,21	1,40
Renda <i>per capita</i> em salários mínimos							
Um salário ou menos	49,3	50,7	1,00				
Mais de um salário	42,7	57,3	1,30	0,80-2,12	0,270	0,24	1,67
<i>Serviços de saúde/custos com a saúde</i>							
Serviço odontológico utilizado							
Serviços supletivos/serviços particulares	47,6	52,4	1,00				
SUS/serviços filantrópicos	43,7	56,3	1,17	0,57-2,38	0,656	0,35	3,36
Domicílio cadastrado na ESF							
Não	56,8	43,2	1,00				
Sim	38,8	61,2	2,07	1,10-3,90	0,020	0,31	3,20

Variáveis	Informações problemas bucais						
	Não	Sim	OR ^a	IC 95% ^a	p	Erro padrão	Deff
<i>Tempo da última visita ao dentista (anos)</i>							
Um ou mais	51,6	48,4	1,00				
Há menos de um	33,4	66,6	2,12	1,28-3,49	0,002	0,24	1,51
<i>Motivo do uso serviço odontológico</i>							
Atendimento para tratamento	51,5	48,5	1,00				
Atendimento por rotina	38,1	61,9	1,72	1,01-2,94	0,038	0,26	2,13
<i>Comportamentos relacionados à saúde</i>							
<i>Autoexame da boca</i>							
Não	36,9	63,1	1,00				
Sim	49,5	50,5	1,67	0,82-3,39	0,149	0,35	2,75
<i>Hábito tabagista atual ou passado</i>							
Sim	57,4	42,6	1,00				
Não	40,5	59,5	1,97	1,29-3,02	0,001	0,20	1,34
<i>Hábito etilista atual ou passado</i>							
Sim	55,0	45,0	1,00				
Não	41,1	58,9	1,75	1,09-2,79	0,015	0,23	1,72
<i>Desfechos de saúde</i>							
<i>Saúde geral relatada</i>							
<i>Presença de doenças crônicas</i>							
Sim	50,4	49,6	1,00				
Não	32,0	68,0	2,16	1,28-3,62	0,003	0,25	1,29
<i>Uso de medicamentos</i>							
Sim	49,8	50,2	1,00				
Não	39,7	60,3	1,50	0,99-2,27	0,047	0,20	1,20
<i>Condições normativas de saúde bucal</i>							
<i>Alterações de mucosas</i>							
Sim	66,0	34,0	1,00				
Não	43,0	57,0	2,57	1,32-5,01	0,004	0,33	1,81
<i>Uso de prótese removível</i>							
Não	52,3	47,7	1,00				
Sim	45,4	54,6	1,32	0,68-2,53	0,388	0,32	2,07

Variáveis	Informações problemas bucais		OR ^a	IC 95% ^a	p	Erro padrão	Deff
	Não	Sim					
<i>Condições subjetivas de saúde/Auto percepção....</i>							
...da necessidade de tratamento odontológico							
Não	47,2	52,8	1,00				
Sim	45,6	54,4	1,06	0,74-1,53	0,719	0,17	1,04
... de dor em dentes e gengivas nos últimos seis meses							
Sim	47,1	52,9	1,00				
Não	46,4	53,6	1,03	0,64-1,63	0,896	0,22	1,34
... de incômodo na boca, cabeça ou pescoço							
Sim	57,8	42,2	1,00				
Não	44,0	56,0	1,74	0,97-3,10	0,052	0,28	1,68
OHIP							
Impactou	63,9	36,1	1,00				
Não impactou	43,0	57,0	2,34	1,44-3,78	0,000	0,23	1,04

Na análise múltipla verificou-se associação do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais com determinantes pessoais,

uso dos serviços de saúde/custos com a saúde, comportamentos relacionados à saúde e desfechos de saúde (tabela 3).

Tabela 3. Análise múltipla entre acesso a informações sobre como evitar problemas bucais ajustada por variáveis estaticamente significantes ($p \leq 0,05$). Montes Claros, MG, 2008-2009.

Determinantes pessoais	OR	IC 95%	<i>p</i>
Escolaridade (anos de estudo)			
0 a 4 anos	1,00		
5 anos ou mais	2,53	1,67-3,83	<0,001
<i>Serviços de saúde/custos com a saúde</i>			
Domicílio cadastrado na ESF			
Não	1,00		
Sim	2,04	1,14-3,67	0,018
Motivo do uso serviço odontológico			
Atendimento para tratamento	1,00		
Atendimento por rotina	1,84	1,07-3,17	0,028
<i>Comportamentos relacionados à saúde</i>			
Hábito tabagista atual ou passado			
Sim	1,00		
Não	1,79	1,13-2,82	0,014
<i>Desfechos de saúde</i>			
<i>Saúde geral relatada</i>			
Presença de doenças crônicas			
Sim	1,00		
Não	2,14	1,34-3,42	0,002
<i>Condições subjetivas de saúde</i>			
OHIP			
Impactou	1,00		
Não impactou	1,77	1,08-2,91	0,025

DISCUSSÃO

A prevalência do acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi de 53,4%, sendo o acesso maior entre idosos residentes em domicílios cadastrados na ESF. O modelo teórico adotado foi adequado, pois entre as variáveis propostas no modelo e consideradas na presente investigação foram constatadas associações. Verificou-se associação entre o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais

com o cadastro na ESF, assim como com variáveis referentes aos determinantes pessoais, serviços/custos com a saúde, comportamentos e desfechos de saúde. A prevalência desse acesso em Montes Claros-MG foi maior que a registrada entre idosos brasileiros (39,0%).²⁰ Constataram-se prevalências maiores entre adultos do sul do Brasil (65,0%)²¹ e em uma amostra representativa dos adultos brasileiros (55,3%).²² O acesso a informações relacionadas à saúde é necessário para melhorar os níveis de “alfabetização em saúde”,¹³ uma vez

que, idosos são considerados vulneráveis quanto aos níveis de “alfabetização em saúde”,²³ fato este que explica a menor prevalência de acesso a informações relacionadas à saúde entre idosos que entre adultos.

Entre idosos de Montes Claros-MG, o acesso a essas informações, referido pelo maior número de entrevistados, pode ser explicado pelos últimos avanços observados nas políticas públicas implantadas no Brasil, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) na ESF.²⁴ O aumento do acesso a essas informações preventivas entre idosos, grupo etário que possui precárias condições de saúde bucal e baixo acesso a serviços odontológicos,²¹ poderia ocasionar a melhoria das suas condições de saúde bucal. O acesso a tais dados pode influenciar a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico²¹ e da aparência da boca,²⁵ assim como a satisfação com os serviços odontológicos.²⁶ Sendo assim, é evidente a necessidade de programas educativos que visem ao fornecimento de tais informações.

Ações educativas influenciam a percepção das pessoas sobre sua condição bucal e subsidiam o autocuidado em busca da prevenção.²⁷ Entre escolares, por exemplo, têm sido constatada a eficácia de programas educativos na melhoria das condições de saúde bucal, podendo influenciar na diminuição da prevalência da cárie dentária,¹¹ no sangramento gengival e na presença de placa visível.¹⁰ Apesar de esses estudos terem sido realizados entre escolares, acredita-se que ações educativas, como o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais, independente do grupo etário em que são aplicadas, podem ocasionar a melhoria das condições e comportamentos relacionados à saúde bucal. Ressalte-se que intervenções de promoção da saúde bucal envolvem dimensões complexas, definidas pela variedade de contextos, grupos sociais e instituições, abrangendo a colaboração e participação de diferentes setores e atores sociais e a utilização de múltiplas estratégias, a fim de garantir mudanças permanentes e em longo prazo.²⁸ No entanto, pondera-se a necessidade de levar em consideração as características e condições prévias dos indivíduos, questões estas presentes no modelo teórico da “alfabetização em saúde”.¹³

Ao considerar a “alfabetização em saúde”, os indivíduos no processo de educação em saúde podem ser influenciados a adotar ou não comportamentos saudáveis em função ou não do uso dos serviços de saúde e, assim, seria possível observar o impacto do acesso às informações relacionadas à saúde nos resultados de saúde e sobre os custos da saúde na sociedade. A “alfabetização em saúde” pode levar a uma maior autonomia dos indivíduos no processo de busca pela saúde, sendo vista como uma parte do desenvolvimento de um indivíduo para melhoria da qualidade de vida. Essa alfabetização pode gerar maior equidade e sustentabilidade das mudanças propostas em nível de saúde pública.¹³ Portanto, acredita-se que questões do modelo teórico da “alfabetização em saúde” devem ser consideradas quando se propõe avaliar o acesso a informações relacionadas à saúde, assim como a compreensão e aplicação dessas informações relativas à saúde recebidas.

Não foram encontrados estudos prévios que buscaram identificar os fatores associados ao acesso a informações sobre como evitar problemas bucais. O maior acesso entre cadastrados na ESF pode ser decorrente da formação dos dentistas que trabalham nesse serviço e/ou das propostas da ESF que apresentam maior enfoque na promoção da saúde/educação em saúde e prevenção dos agravos.¹ Embora tenham sido registrados avanços nas políticas públicas implantadas nos últimos anos, tais como a inclusão da ESB na ESF, ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso e processo do cuidado e avaliação dos resultados na área de saúde bucal.²⁴ A interação entre as ESBs com os demais integrantes da ESF é importante, a fim de otimizar o cuidado do idoso. No Estado de Minas Gerais, constata-se a interação entre tais equipes em uma parcela considerável dos municípios.²⁹ A integração dos princípios que regem o cuidado aos indivíduos na ESF, associados aos níveis de “alfabetização em saúde” dos idosos, poderia ocasionar maior impacto das ações de saúde no âmbito do SUS, levando à melhoria de comportamentos e mudanças no estado de saúde desse estrato etário.

A educação é um dos fatores essenciais à saúde. O acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi maior entre idosos com maior escolaridade (5 anos ou mais). A educação formal (escolaridade) pode influenciar a busca por informações relacionadas à saúde, pode gerar mudanças de hábitos, bem como autocuidado em saúde bucal.³⁰ Idosos com menor escolaridade podem apresentar piores condições de saúde bucal, entre elas, o edentulismo.³¹ Já a maior escolaridade entre idosos pode estar associada a uma maior prevalência de uso de serviços odontológicos.³²

O acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi maior entre aqueles idosos que declararam o atendimento por rotina como motivo de uso do serviço odontológico. Tal atendimento é um importante preditor da saúde bucal,³³ apresentando associação benéfica com as condições de saúde bucal,^{34,35} por possuir menor enfoque ao tratamento de algum agravo e ter caráter preventivo a partir da oferta de informações sobre cuidados em saúde bucal. Infelizmente, entre idosos brasileiros constata-se uma baixa utilização de serviços odontológicos.⁸

O acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi maior entre idosos que relataram não possuir hábito tabagista atual ou passado. O tabaco é fator de risco para muitos problemas bucais, em especial, o câncer bucal.³⁶ O acesso a informações preventivas pode gerar comportamentos saudáveis, entre eles, a não adesão ao hábito tabagista. Ressalte-se a possibilidade de causalidade reversa nessa associação. As ações educativas em saúde bucal devem considerar comportamentos prévios dos indivíduos, considerando que essas ações podem influenciar ou ser influenciadas por tais comportamentos.¹³ Ainda entre os comportamentos relacionados à saúde, saliente-se que a prática do autoexame da boca não se manteve associada ao acesso a informações sobre como evitar problemas bucais. Tais informações parecem não contemplar aquelas referentes à prevenção e ao diagnóstico precoce do câncer bucal. Destaque-se que ações educativas podem gerar aumento nos níveis de conhecimento, assim como maior adesão a práticas de autocuidado, dentre elas, o autoexame da boca.³⁷ Portanto, informações

sobre esse comportamento devem ser contempladas no processo “alfabetização em saúde”, no que diz respeito à saúde bucal, principalmente ao se considerar a alta morbimortalidade decorrente do câncer bucal.³⁸

Observou-se maior acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre os idosos que não possuíam doenças crônicas. A implementação das novas diretrizes curriculares nos cursos de graduação e pós-graduação, as propostas às ESFs direcionadas à atenção integral das pessoas, famílias e comunidades, além da educação permanente no preparo de recursos humanos para a atenção primária à saúde, podem ter influência direta nesse resultado, uma vez que o foco passa ser a pessoa como um todo, colocando a saúde bucal como parte da saúde geral e não como entidades separadas.^{39,40} Ressalte-se que a prevalência de doenças crônicas entre idosos tem aumentado,⁴¹ fato esse que deve ser considerado nas ações em saúde destinadas a esse grupo populacional. As condições clínicas podem influenciar o processo de alfabetização em saúde dos idosos, devendo ser consideradas nesse processo.

Tradicionalmente, no campo da saúde, como consequência da herança do modelo biomédico de saúde, valorizaram-se os dados referentes às condições clínicas da doença em si.⁴² Entretanto, medidas de saúde devem considerar as influências sociais, ambientais e psicológicas,⁴³ assim como as questões subjetivas de saúde bucal. O acesso a informações sobre como evitar problemas bucais foi maior entre idosos que não tiveram impacto social das condições de saúde bucal nas suas dimensões física e psicossocial, medidas pelo OHIP-14. Estudos prévios evidenciaram a associação entre questões subjetivas de saúde bucal e o acesso a tais informações entre idosos brasileiros.^{21,25} Acredita-se que os idosos que não tiveram impacto no OHIP-14 podem representar condições satisfatórias de saúde bucal ou falhas na autopercepção de suas condições. Importante destacar que o acesso a informações sobre como evitar problemas bucais manteve-se associado à satisfação com os dentes entre escolares, dado esse identificado em estudo prévio,⁴⁴ o que salienta a influência desse tipo de informações nas condições subjetivas.

O processo que relaciona a avaliação do acesso a informações e as variáveis investigadas é dinâmico, causas e efeitos variam ao longo da vida e, sendo este um estudo seccional, não é possível estabelecer uma relação temporal entre as associações observadas. Ressalte-se que algumas variáveis consideradas no modelo teórico contemplado não foram avaliadas no presente estudo. Dessa forma, acredita-se que outras variáveis que podem influenciar ou ser influenciadas pelo acesso a informações relacionadas à saúde bucal devem ser levadas em conta em estudos posteriores, além da avaliação da qualidade da informação recebida.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos teve acesso à informação sobre como prevenir os problemas bucais, tendo sido a prevalência desse acesso maior entre idosos residentes em domicílios cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. A oferta de informações preventivas por parte dos profissionais dos serviços odontológicos precisa ser incrementada, especialmente entre os residentes em domicílios

não cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, os desfavorecidos socialmente (aqueles com menor escolaridade), os que não utilizam os serviços odontológicos de forma rotineira, os fumantes, os que relataram a presença de doença crônica e os que relataram impacto social das dimensões da saúde bucal. O aumento da expectativa de vida dos brasileiros ratifica a necessidade de oferta de serviços de saúde para esse estrato populacional e que estes serviços devem ter qualidade com garantia do acesso a informações sobre como prevenir os problemas bucais, dentre outras informações sobre diferentes problemas de saúde.

AGRADECIMENTOS

O projeto foi financiado pela FAPEMIG e Prefeitura Municipal de Montes Claros, recebeu apoio logístico da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, da Faculdade de Odontologia da UFMG e das Faculdades Unidas do Norte de Minas FUNORTE. AMEBL Martins é bolsista de pós-doutorado do CNPQ; IA Pordeus e EF Ferreira são bolsistas de produtividade do CNPQ.

REFERÊNCIAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377(9779):1778-97.
2. Pinto RM, Wall M, Yu G, Penido C, Schmidt C. Primary care and public health services integration in Brazil's unified health system. *Am J Public Health* 2012;102(11):69-6.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2006.
4. Kiyak HA. Explaining patterns of dental service utilization among the elderly. *J Dent Educ* 1986;50(11):679-7.
5. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSP, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* 2008;24 Supl 1:100-10.
6. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet* 2011;377(9781):2042-53.
7. Rosa AGF, Castelhana RA. Saúde bucal na terceira idade. *RGO* 1993;41(12):97-2.
8. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Pública* 2007;22(5):308-16.
9. Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol* 2004;7(1):88-7.
10. Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública* 2002;36(5):634-7.
11. Al-jundi SH, Hammad M, Alwaeli H. The efficacy of a school-based caries preventive program: a 4-year study. *Int J Dent Hyg* 2006;4(1):30-4.

12. Jönsson B, Ohrn K, Lindberg P, Oscarson N. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. *J Clin Periodontol* 2010;37(10):912-9.
13. Sørensen K, Broucke SVD, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012;12:1-13.
14. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Educ Q* 1988;15(4):379-94.
15. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007;335(7609):24-7.
16. Martins AMEBL, Guimarães ALS, De Paula AMB, Pires CPAB, Haikal DS, Silva JM, et al. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros - Projeto SBMOC. *RUC* 2012;14:3-14.
17. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1994;52(1):1-7.
18. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.
19. De Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-Short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(4):307-14.
20. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):487-6.
21. Mialhe FL, Oliveira CSR, Silva DD. Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil. *Arq Ciênc Saúde Unipar* 2006;10(3):145-9.
22. Braga APG, Barreto SM, Martins AMEBL. Autopercepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2012;28:889-04.
23. Torquato R, Massi G, Santana AP. Envelhecimento e letramento: a leitura e a escrita na perspectiva de pessoas com mais de 60 anos de idade. *Psicol Reflex Crít* 2011;24(1):89-8.
24. 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.
25. Vilela EA, Martins AM, Barreto SM, Vargas AM, Ferreira RC. Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians. *Braz Oral Res* 2013;27(3):203-10.
26. Rodrigues CAQ, Silva PLV, Caldeira AP, Pordeus IA, Ferreira RC, Martins AMEBL. Fatores associados à satisfação com serviços odontológicos entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(6):1039-50.
27. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001;35(4):349-55.
28. Kusma SZ, Moyses ST, Moyses SJ. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saúde Pública* 2012;28 Supl:9-19.
29. Lourenço EC, Silva ACB, Maneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14 Supl 1:1367-77.
30. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(6):1611-21.
31. Mendes DC, Poswar FO, De Oliveira MV, Haikal DS, Da Silveira MF, Martins AM, et al. Analysis of socio-demographic and systemic health factors and the normative conditions of oral health care in a population of the Brazilian elderly. *Gerodontology* 2012;29(2):206-14.
32. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(1):81-92.
33. Schwarz E, Hansen ER. Utilization of dental services in the adult Danish population 1975. *Community Dent Oral Epidemiol* 1976;4(6):221-6.
34. Camargo MBJ, Barros AJD, Frazão P, Matijasevich A, Peres MA, Peres KG. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Rev Saúde Pública* 2012;46(1):87-7.
35. Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012;46(3):526-33.
36. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988;48(11):3282-7.

37. Elango KJ, Anandkrishnan N, Suresh A, Iyer SK, Ramaiyer SK, Kuriakose MA. Mouth self-examination to improve oral cancer awareness and early detection in a high-risk population. *Oral Oncol* 2011;47(7):620-4.
38. Petersen PE. Oral cancer prevention and control: the approach of the World Health Organization. *Oral Oncol* 2009;45(4-5):454-60.
39. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(2):363-72.
40. Haddad AE, Morita MC, Pieratoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):383-93.
41. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* 2009;374(9696):1196-08.
42. Mitre SM, Andrade IEG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012;17(8):2071-85.
43. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:1-8.
44. Oliveira RCN, Souza JGS, Oliveira CC, Oliveira LFB, Pelino JEP, Martins AMEBL, et al. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20(1):85-94.

Recebido: 24/9/2014

Revisado: 21/4/2015

Aprovado: 29/6/2015