

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Albano Porto da Cunha Junior

**ATENDIMENTO AO IDOSO EM DOMICÍLIO, INSTITUIÇÕES
DE LONGA PERMANÊNCIA OU HOSPITAIS: AVALIAÇÃO
DA DISPOSIÇÃO E BARREIRAS RELATADAS PELOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REGIÃO METROPOLITANA
DO VALE DO PARAÍBA PAULISTA**

Taubaté – SP
2017

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Albano Porto da Cunha Junior

**ATENDIMENTO AO IDOSO EM DOMICÍLIO, INSTITUIÇÕES
DE LONGA PERMANÊNCIA OU HOSPITAIS: AVALIAÇÃO
DA DISPOSIÇÃO E BARREIRAS RELATADAS PELOS
CIRURGIÕES-DENTISTAS DA REGIÃO METROPOLITANA
DO VALE DO PARAÍBA PAULISTA**

Tese apresentada para obtenção do Grau de Doutor pelo Programa
de Pós-graduação em Odontologia do Departamento de Odontologia
da Universidade de Taubaté

Área de concentração: Prótese Dentária

Orientador: Prof. Doutor Jarbas Francisco Fernandes dos Santos

Taubaté – SP

2017

ALBANO PORTO DA CUNHA JUNIOR

Data: _____

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____ Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Universidade _____

Assinatura: _____

Dedico este trabalho....

Ao meu avô João Vieira Soares†

AGRADECIMENTOS

À minha esposa Marcia pelo carinho e paciência e minhas filhas Bruna, Tamara e Giulia, fonte de motivação.

Aos meus pais Albano e Margarida

Ao Prof. Dr. Jarbas Francisco Fernandes dos Santos

Ao Prof. Dr. Leonardo Marchini

Ao colega Dr. Dairo Pimentel Junior pelo apoio inestimável na coleta dos dados

À Prof. Dra. Renata Amadei Nicolau, coordenadora do Curso de Odontologia da UNIVAP

Aos membros da banca examinadora, titulares e suplentes

Aos colegas cirurgiões-dentistas participantes da pesquisa

Aos Professores e funcionários do Programa de Pós-graduação da UNITAU

Aos amigos do grupo Santa Apolônia

"... Life is a funny thing, you know.
But, I've always thought 30 was about it.
Beyond that, would be horrible alive. Until I got to be
31 "Why not? I ain't so shabby". "I'll hang in a
while".
...nobody wants get old, but they don't wanna die
young either...
And you just gotta follow..."
(Keith Richards)

CUNHA JR, A. P. Atendimento ao idoso em domicílio, instituições de longa permanência ou hospitais: avaliação da disposição e barreiras relatadas pelos cirurgiões-dentistas da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista

RESUMO

Objetivos: Avaliar através de estudo transversal descritivo (questionário), a disposição e barreiras relatadas pelos cirurgiões-dentistas da região metropolitana do Vale do Paraíba Paulista no atendimento de pacientes idosos em domicílio, instituições de longa permanência ou hospitais. **Método:** Um questionário foi elaborado a partir da tradução do original em língua inglesa. Para tanto, uma versão foi traduzida para o Português e novamente para o Inglês (*back-translation*) para verificar exatidão na tradução e realizar as adaptações linguísticas necessárias. A partir de então, um *link* para *web* do questionário foi elaborado e enviado ao Conselho Federal de Odontologia para a distribuição via *e-mail*, aos cirurgiões-dentistas das cinco sub-regiões da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista. **Resultados:** Dos 4626 *links* enviados, 169 responderam (taxa de resposta de 3,65%) e destes, 168 aceitaram participar da pesquisa (aceitação de 99,4%) e um recusou-se. Dos 168 respondentes três não atuavam no Vale do Paraíba, dez eram odontopediatras e trinta ortodontistas e considerando os critérios elaborados foram excluídos, resultando em um número final de 125 respondentes. Dezoito respondentes (14,4%) ofertavam atendimento ao idoso em domicílio, instituições de longa permanência (ILP) e hospitais e 107 (85,6%) respondentes não ofertavam este tipo de atendimento. Dos respondentes que não atendiam idosos (51,2%) encontravam-se na sub-região 1 e aqueles que atendiam estavam distribuídos de forma homogênea nas sub-regiões 1, 2, 3 e 4. A baixa demanda foi a principal barreira relatada para excluir o atendimento ao idoso e a falta de experiência e/ou treinamento para este tipo de atendimento foi a barreira relatada para não ofertar o atendimento. Sobre o sentimento em realizar atendimento odontológico ao idoso, todos os grupos concordaram que a idade do paciente não influenciava no atendimento e que realizar atendimento ao idoso poderia ser uma experiência gratificante. Na decisão em realizar atendimento aos idosos, a experiência e treinamento para este tipo de atendimento e a satisfação pessoal foram consideradas relevantes. Os respondentes que tinham a intenção em atender idosos consideraram mais relevante a percepção de que o atendimento ao idoso faz parte das responsabilidades profissionais. Todos os grupos consideraram que a disciplina de odontogeriatrics na graduação seria uma influência positiva na decisão em atender idosos. **Conclusão:** Somente 14,4% dos respondentes ofertavam atendimento ao idoso e 85,6% excluíram ou não tinha a intenção em realizar este tipo de atendimento. A odontogeriatrics e a experiência e/ou treinamento foram considerados fatores decisivos para o atendimento ao idoso.

Palavras-chave: Dentistas; idosos; saúde oral.

CUNHA JR, AP. Senior care at home, long-term care facilities or hospitals: evaluation of the provision and barriers reported by dentists in the Metropolitan Region of São Paulo Paraíba Valley.

ABSTRACT

Aims: To evaluate, through a descriptive cross-sectional study (questionnaire), the disposition and barriers reported by dentists in the metropolitan region of the Paraíba Valley in the care of elderly patients at home, long-term care facilities or hospitals. **Method:** A questionnaire was prepared from the translation of the original in English. To do so, a version has been translated into Portuguese and back to English (back-translation) to verify accuracy in translation and to make the necessary linguistic adjustments. From then on, a web link of the questionnaire was prepared and sent to the Federal Council of Dentistry for distribution by e-mail to dentists in the Metropolitan Region of the Paraíba Valley. **Results:** Of the 4626 links sent, 169 answered (response rate of 3.65%) and of these, 168 accepted to participate in the survey (acceptance of 99.4%) and one refused. Of the 168 respondents, three did not work in the Paraíba Valley, ten were pediatric dentists and thirty orthodontists, and considering the elaborated criteria were excluded, resulting in a final number of 125 respondents. Of the 125 respondents, only 18 (14.4% - Group A) offered care to the elderly at home, long-term care facilities (ILP) and hospitals and 107 (85.6%) of respondents (Groups B, C and D) did not offered this kind of service. The largest number of respondents who did not attend the elderly (51.2% - Groups B, C and D) were in sub-region 1 and those who attended (Group A) were homogeneously distributed in sub-regions 1, 2, 3 and 4. The main barrier to exclude elderly care (Group B) was that the number of care was small and not to offer care (Group D) was the lack of experience and/or training for this type of care. Concerning the feeling of performing dental care for the elderly, all groups agreed that the age of the patient did not influence to provide care and that performing care for the elderly could be a rewarding experience. In the decision to provide care to the elderly, the experience and training for this type of care and personal satisfaction were considered relevant. Group A considered more relevant the perception that care for the elderly is part of the professional responsibilities. All the groups considered that the geriatric dentistry discipline in the graduation as a positive influence in the decision to attend the elderly. **Conclusion:** Few dentists offer care to the elderly and a significant number did not intend to perform this type of care. Odontogeriatrics and experience and/or training were considered decisive factors for the care of the elderly.

Key words: Dentists; elderly; oral health.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Envelhecimento populacional e o mundo contemporâneo	14
2.2 Odontologia e Qualidade de vida do idoso	15
2.3 Qualidade de vida em idosos usuários de próteses	23
2.4 Saúde bucal x Saúde geral em idosos	27
2.5 Odontologia e idosos institucionalizados	30
2.6 Barreiras no atendimento odontológico ao idoso	34
3. PROPOSIÇÃO	55
4. METODOLOGIA	56
5. RESULTADOS	63
5.1 Análises dos dados demográficos, pessoais e profissionais	67
5.2 Análise das percepções e pontos de vista	78
6. DISCUSSÃO	88
6.1 Forma de envio e Taxa de resposta	88
6.2 Análise dos fatores gênero e idade	93
6.3 Comparação dos fatores tempo de formado e sub-região em que atua	96
6.4 A especialidade dos respondentes	101
6.5 Oferta de atendimento odontológico à idosos	102
6.6 Barreiras no atendimento ao idoso	104
6.7 Percepções e pontos de vista no atendimento ao idoso	108
6.7.1 Sentimento sobre realizar atendimento odontológico ao idoso	108
6.7.2 Decisão em realizar atendimento odontológico ao idoso	110
6.7.3 Razão para realizar atendimento odontológico ao idoso	111
6.7.4 Aspectos do atendimento odontológico ao idoso	112
7. CONCLUSÃO	117
REFERÊNCIAS	118
ANEXOS	127

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, idoso é aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos e a lei número 10.741 de 1 de Outubro de 2003 em seu artigo 1º institui o Estatuto do Idoso, o qual está destinado a regular os direitos assegurados às pessoas deste grupo etário. No capítulo IV - Do Direito à Saúde - artigo 15 § 1º, os itens II, III e IV descrevem que a prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meios de atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, unidades geriátricas de referência ou em domicílio (Ministério da Saúde, 2003).

De acordo com a 3ª Conferência Internacional sobre o Idoso (2014), a população brasileira aumentará a uma taxa de 0,3% ao ano nas próximas quatro décadas e neste mesmo período a população de idosos crescerá a uma taxa de 3,2%. Sendo assim, em 2050 29,7% da população no Brasil será de idosos, semelhante ao Japão de hoje (30%), considerado o país mais velho do mundo, e estará acima da Europa atual com 24%. Do ponto de vista econômico, a população idosa aumentará sua participação de 11% da população economicamente ativa em 2005 para 49% em 2050, enquanto a população em idade escolar diminuirá de 50% para 29%. Frente a estes dados, percebe-se claramente que a expectativa de vida da população brasileira está aumentando. A população está vivendo mais, com mais qualidade e participação sócio-econômica ativa e principalmente ultrapassando a fase adulta ainda com planos para o futuro.

A Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte é uma das cinco regiões metropolitanas do estado de São Paulo e foi criada pela lei complementar estadual 1166 de 9 de janeiro de 2012. Sendo uma das 15 mesorregiões de São

Paulo, o denominado Vale do Paraíba Paulista é formado por 39 municípios subdivididos em 5 sub-regiões (Diário Oficial do Estado de São Paulo, 2012).

- Sub-região 1: Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos.
- Sub-região 2: Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luis do Paraitinga, Taubaté e Tremembé.
- Sub-região 3: Aparecida, Cachoeira Paulista, Canas, Cunha, Guaratinguetá, Lorena, Piquete, Potim e Roseira.
- Sub-região 4: Arapeí, Areias, Bananal, Cruzeiro, Lavrinhas, Queluz, São José do Barreiro e Silveiras.
- Sub-região 5: Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba.

O número de habitantes da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte segundo a estimativa populacional apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) era de 2.430.392 para o ano de 2014, sendo a 11ª região mais populosa do país, participando com 1,2% da população total da federação. O banco de dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de dados, apresentava uma projeção para 1 de Julho de 2017 uma estimativa da população idosa (sessenta anos ou mais) na região de 330.399 (148.132 homens e 182.267 mulheres). Ainda, para 2020 a população idosa estimada será de 374.456 (107.004 homens e 207.452 mulheres) para um total de 2.489.629 habitantes o que corresponde a aproximadamente 15,04% da população total da região (SEAD, 2016).

Os dados do Conselho Federal de Odontologia no início deste trabalho apresentavam para os 39 municípios que compõe a região um total de 4633 cirurgiões-dentistas cadastrados e destes apenas 2 especialistas em Odontogeriatrics (CFO, 2014). Os dados atuais apresentam 4707 cirurgiões-dentistas e 2 Odontogeriatrics, ou seja, uma proporção de aproximadamente 70,19 pacientes idosos por cirurgião-dentista ou 165.199 pacientes idosos por Odontogeriatrics.

Para Bortolini et al., (2011), do ponto de vista odontológico, o número de pacientes idosos vem aumentando ao longo dos anos bem como a procura por tratamento odontológico nesta faixa etária e segundo Grossmann & Nissan (2009), nesta faixa etária há uma alta frequência de Prótese Parciais Removíveis devido ao fato da população ter alcançado esta idade com dentes remanescentes mesmo que em número reduzido e há uma redução de desdentados totais com consequente diminuição no uso de Próteses Totais.

Assim, para Bortolini et al., (2011) e Grossmann & Nissan (2009) o perfil dos pacientes da próxima década, será em parte, daqueles com idade pós aposentadoria, geralmente com recursos econômicos limitados e com necessidade de reabilitação protética principalmente pela perda dos dentes posteriores ao longo da vida.

Vale ressaltar ainda, que com o envelhecimento populacional, uma parte da população idosa estará em Instituições de Longa Permanência (ILPs), casas-dia, hospitais ou mesmo em domicílio, necessitando de cuidados multi e interdisciplinares e dentre estes os profissionais da Odontologia são imprescindíveis (Sá et al., 2012).

Considerando que o atendimento odontológico ao idoso apresenta características bem definidas e diferenciadas quando comparado às outras faixas etárias e a escassez de publicações que apresentem dados relevantes no que diz respeito ao comportamento do cirurgião-dentista da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista (RMVP) ao atendimento ao idoso, pode-se questionar: qual a importância do cirurgião-dentista para os cidadãos da terceira idade? Estão os cirurgiões-dentistas brasileiros e aqueles da RMVP preparados para este desafio?

Assim, a proposta deste trabalho foi avaliar através de questionário as barreiras e percepções dos cirurgiões-dentistas da região metropolitana do Vale do Paraíba Paulista no atendimento ao idoso em domicílio, ILP e hospitais e identificar o papel atual da Odontologia perante o grupo etário idoso na região.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Envelhecimento populacional e o mundo contemporâneo

O envelhecimento da população é o processo em que a proporção de indivíduos idosos na população cresce mais rapidamente que outro grupo etário. Apesar do aumento da longevidade ser umas das maiores conquistas da humanidade e motivo de celebração, a sociedade precisa refletir sobre a contribuição que uma população idosa socialmente e economicamente ativa e saudável possa oferecer. Esta transição demográfica é acompanhada de desafios e as condições socioeconômicas e políticas das nações sofrerão, em um futuro próximo, um inevitável impacto com mudanças drásticas evidentemente no planejamento político e social (UNFPA, 2012; WHO, 2006, 2012).

No plano político e social, a longevidade apresentará vários desafios, dentre eles (WHO, 2006):

- Questões econômicas e previdenciárias: os sistemas previdenciários deverão dar suporte ao idosos atuais e futuros
- Inversão no padrão epidemiológico: diminuição das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas e cardiovasculares com maior impacto na qualidade de vida
- Alto custo do serviço de saúde para a faixa etária idosa
- Os prestadores de serviços domiciliares serão escassos

- Políticas sociais com enfoque na mulher idosa: "**feminização do envelhecimento**"; Isto representa a dependência da mulher não economicamente ativa de seus parceiros que vivem menos. O sistema previdenciário deverá prover estas futuras idosas, que de maneira geral não foram contribuintes.

Ainda há que se considerar que dentre o grupo de idosos, os centenários são o grupo que mais cresce mesmo em países desenvolvidos como o Japão e Estados Unidos da América, além daqueles da quarta idade, termo utilizado para os indivíduos com mais de 85 anos (o termo terceira idade foi criado em 1940 quando a expectativa de vida não atingia 85 anos). Para enfrentar os desafios e aproveitar as vantagens das oportunidades resultantes do envelhecimento populacional, novas abordagens da sociedade, forças de trabalho e relações sociais e inter-geracionais devem ser estruturadas através de um engajamento político com dados e conhecimentos que proporcionem uma integração do envelhecimento global com o processo de desenvolvimento. Assim, em qualquer região o envelhecer deve ser acompanhado de dignidade e segurança ao longo de vida com realização de todos os direitos e liberdades fundamentais do ser humano (Marchini & Montenegro, 2013).

2.2 Odontologia e Qualidade de vida do idoso

A OMS define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre sua própria condição, inserida em um contexto cultural e de valores no qual ele vive, em relação aos seus objetivos, expectativas e padrões pessoais. Neste conceito incluem uma variedade de condições que podem afetar a percepção individual, sentimentos

e comportamentos relatados em suas atividades diária, dentre eles as condições de saúde e intervenções médicas (WHO, 1996).

Apesar de negligenciada, a saúde bucal deve ser inserida nas ações integradas para a promoção geral da saúde e é elemento essencial da saúde geral e qualidade de vida e o compartilhamento integrado de informações entre os profissionais da odontologia e de outras áreas da saúde é preponderante para eficientes programas de saúde pública (UNFPA, 2012; WHO, 2006, 2012).

Ahluwalia et al., (2010) creditaram à melhora dos métodos preventivos o declínio da perda de dentes como resultado de doenças dentais. E com o declínio de desdentados há um concomitante aumento de doenças orais em idosos, embora a percepção da necessidade e demanda para os serviços odontológicos neste grupo demográfico seja baixa. Enquanto as disparidades em saúde oral e utilização dos serviços odontológicos entre idosos estão documentadas, a experiência de saúde oral em idosos que rotineiramente acessam serviços odontológicos não. Doenças orais estão entre as mais prevalentes condições crônicas que afetam idosos e quando não tratadas podem resultar em infecção e dor com profundo impacto na qualidade de vida. Como muitas doenças crônicas, doenças bucais e suas sequelas podem ser efetivamente gerenciadas pelos cuidados profissionais e pessoais regulares, mas idosos, especialmente em comunidades, encontram inúmeros desafios no acesso e utilização dos serviços odontológicos. É provável que idosos sofrendo de deficiência física ou mental mais especificamente aqueles em domicílio ou institucionalizados tenham pobre saúde bucal e maiores necessidades odontológicas e se melhoras tem sido feitas no tratamento, gerenciamento e prevenção de doenças orais seria prudente estudar em maiores detalhes os

determinantes sociais, funcionais, econômicos e médicos da doença e disfunção oral neste grupo populacional.

Yao et al., (2013) citaram que a boca é o acesso (porta de entrada) para o corpo e conseqüentemente boa saúde oral é um fator contribuinte para o bem-estar geral e qualidade de vida. Para os autores, a faixa etária idosa enfrenta discriminações, principalmente em serviços de saúde oral e o envelhecimento populacional exacerbará esta condição. Os autores enfatizaram que mais de 80% da população idosa apresenta doenças crônicas como artrite, catarata, dores lombares, problemas cardiovasculares e *diabetes mellitus*, condições estas que pioram com o avançar da idade e eventualmente restringem atividades diárias incluindo hábitos de higiene oral e o acesso regular aos cuidados dentais. Como resultado, ainda que a utilização de serviços médicos aumentem com o avanço da idade, o oposto ocorre com os serviços odontológicos considerando que as políticas públicas não oferecem cobertura para este tipo de serviço. Neste aspecto, a saúde oral precária pode adversamente afetar a qualidade de vida, impondo uma carga fisiológica, particularmente em idosos. Por exemplo, a hipossalivação comum em idosos é resultante da hipofunção das glândulas salivares, de manifestações de doenças como o diabetes e dos efeitos adversos das medicações ou radioterapia. A diminuição do fluxo da saliva aumenta a carga bacteriana bucal predispondo um indivíduo fragilizado aos problemas dentais e outras condições sistêmicas como a pneumonia aspirativa, doenças coronárias e cerebrais. Além disto, pessoas com xerostomia e perdas dentais tem a capacidade mastigatória reduzida e evitam alimentos ricos em fibras, proteínas, vitaminas e minerais e tem a fonação comprometida. Desta forma, um quadro de desnutrição pode se estabelecer e reduzir a imunidade contra infecções, aumentar o risco às doenças

cardiovasculares, alterar a performance cognitiva e aumentar a doença periodontal em idosos.

Cornejo et al., (2013) consideraram que o aumento do número de indivíduos acima de 65 anos de idade na população geral é um fenômeno com implicações sociais largamente discutido em diferentes setores, mas particularmente naqueles relacionados à saúde. Um dos aspectos relevantes para analisar é a saúde oral e suas implicações sociais no envelhecimento populacional. No âmbito individual e social há um misticismo de que doenças bucais e ausência de dentes são elementos típicos do envelhecimento e culturalmente a imagem de idosos desdentados persiste. Por outro lado, envelhecimento e saúde oral devem ser analisados sob o contexto do impacto na qualidade de vida. Embora historicamente o estado de saúde oral tenha sido avaliado por pesquisas epidemiológicas usando indicadores clínicos objetivos, atualmente instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida através da saúde oral (Oral Health Related Quality of Life - OHRQoL) são também usados. Estes instrumentos representam uma interpretação subjetiva que indivíduos fazem da própria saúde oral associada às suas experiências pessoais, sociais, econômicas, culturais e dentro do contexto histórico no qual eles tem vivido e que são extremamente importantes devido às implicações dos problemas de saúde oral sobre os aspectos psicossociais e nutricionais. Dentre os diferentes instrumentos para avaliar o impacto da saúde oral sobre a qualidade de vida, o mais comumente usado em idosos individualmente e coletivamente, tem sido o índice de avaliação geriátrica em saúde oral (Geriatric Oral Health Assessment Index - GOHAI). Este instrumento é um excelente indicador das necessidades para um exame oral em nível individual desde que oferece informações sobre sintomas, aspectos funcionais e psicossociais dos indivíduos.

Para Enoki et al., (2013) e Rodakowska et al., (2014) há mais idosos na atualidade e estes estão vivendo por longo períodos, sendo essencial entender os determinantes do envelhecimento saudável, principalmente pelo direto impacto sobre a saúde. A relação entre saúde oral e geral é perceptível entre idosos considerando que uma boa parte deles não fazem ou mesmo não podem seguir as recomendações para a higiene bucal e de suas próteses, o qual tem um impacto negativo adicional à saúde oral. Especificamente para a aplicação em idosos, o GOHAI citado por Atchison & Dolan (1990) é um teste psicométrico (questionário) com 12 itens, originalmente desenvolvido nos USA, para avaliar diferentes dimensões da qualidade de vida relatadas à saúde oral, incluindo funções fisiológicas como comer, comunicar-se, deglutir; funções psicossociais como preocupação com a saúde oral, aparência, auto percepção a respeito da saúde oral e isolamento social por causa de problemas bucais; dor ou desconforto incluindo o uso de medicamentos ou desconforto de origem bucal. Este índice enfatiza a importância das limitações funcionais, dor e desconforto e parece ser mais apropriado quando se avalia a saúde oral subjetiva com mudanças clínicas menores e aspectos clínicos imediatos.

Kotzer et al. (2012) citaram que com a inversão populacional e o aumento do poder de compra dos idosos na atualidade, mais pessoas tem acesso aos avanços da Odontologia contribuindo para uma diminuição nas taxas de desdentados. Como resultado de uma vida mais longa e uma manutenção de mais dentes naturais, os problemas bucais aparecem e as decisões para tratamento destes pacientes tornam-se mais complexas. Desta forma, é imperativo obter informações a respeito do estado atual de saúde bucal, necessidades de tratamento, bem como a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (OHRQoL) de idosos para orientar as políticas

de saúde pública e bucal. Em Odontologia, o termo OHRQoL, é comumente usado para descrever o impacto que a saúde oral do indivíduo pode ter sobre a suas experiências de vida diária. Esta visão da importância em avaliar a qualidade de vida através da saúde oral, reflete na realidade atual de que o objetivo da Odontologia moderna não está somente em prolongar a vida ou eliminar doenças bucais, mas esforçar-se para tornar a vida do indivíduo melhor.

Astrøm et al., (2014) relataram que poucos estudos prospectivos que utilizam um grupo de adultos idosos e de meia idade, tem abordado o efeito da rotina de atendimento dental longitudinal sobre a saúde oral. Para os autores, a recomendação para um exame oral como rotina fundamental é a "mensagem chave" em odontologia preventiva. Considerando as razões para a utilização destes cuidados, faz-se importante estruturar uma orientação preventiva aos pacientes com o intuito de evitar problemas bucais inerentes caso as consultas fossem realizadas esporadicamente ou somente quando da presença de sintomas. As visitas rotineiras ao dentista resultam em comportamentos preventivos mais frequentes e favoráveis de saúde oral, os quais são pontos importantes da educação em saúde oral. Os autores sugeriram que pessoas as quais somente procuram o dentista esporadicamente estão mais predispostas a sofrerem dos sintomas bucais e perdas dos dentes e menos aptas a ter bom índice OHRQoL quando comparadas àquelas que procuram o profissional regularmente.

Para Tsakos et al., (2009) e Wennström et al., (2013), quando se avalia em adultos idosos a relação entre nível educacional, condição sócio-econômica e saúde oral, verifica-se uma disparidade, mas a relação entre educação e OHRQoL não tem sido adequadamente estudada. Indivíduos em grupos sócio-econômicos mais baixos, tem pobre saúde oral comparados àqueles em altos grupos sócio-

econômicos. Na realidade, a presença de um gradiente social na saúde sugere que grupos sociais tem algo em comum e um modelo de disparidades sociais assume que a estrutura social influencia na saúde através da condição material, fatores psicológicos, e comportamentos saudáveis. Por outro lado, o estado da saúde oral, contribui significativamente para a qualidade de vida dos idosos afetando-os não só fisicamente (ex: dificuldade de comer), mas psicologicamente e socialmente. O efeito da saúde oral sobre a qualidade de vida em idosos tem sido demonstrado, entretanto, percepções subjetivas de saúde oral e OHRQoL, tem sido largamente ignoradas. Neste aspecto, os estudos sobre se há um gradiente social em OHRQoL podem providenciar vantajosos entendimentos através dos mecanismos causais para estas disparidades e se o nível educacional tem uma relação progressiva e linear com o OHRQoL de pessoas idosas e se esta relação é afetada pela larga categorização de saúde oral.

Oliveira et al., (2013) avaliaram a relação entre a condição da saúde bucal de 441 pacientes idosos de Macaíba no Rio Grande do Norte e os fatores sócio-demográficos. Fatores sociais como a presença de cuidador e números de moradores na residência, assim como fatores demográficos (gênero, idade e área da residência) interferiram, de acordo com os autores, na condição de saúde bucal. Com inegáveis consequências do envelhecimento para a saúde bucal (diminuição da mastigação e fonética, isolamento social, depressão, comorbidades), considerações devem ser feitas às diferenças entre os idosos ativos e independentes e àqueles institucionalizados onde a inclusão do cirurgião-dentista nem sempre é considerada pelas equipes de saúde. Nos países em desenvolvimento onde a inversão populacional está ocorrendo de forma mais rápida que as transformações sócio-econômicas o desafio para o atendimento para a faixa

etária idosa é ainda maior. Com um padrão epidemiológico ambíguo, a participação conjunta do setor público, privado e da família são preponderantes para ao atendimento eficaz ao idoso.

Em nosso país, o Brasil Sorridente 2010, um projeto de pesquisa nacional de saúde bucal, apresentou um estudo epidemiológico de base nacional realizado em 177 municípios de todos os estados da Federação e o Distrito Federal, onde foram realizados exame bucal e entrevistas na população de cinco faixas etárias inclusive aquela entre sessenta e cinco e setenta e quatro anos. Para a faixa etária idosa os resultados encontraram 3 milhões de idosos com necessidade de Próteses Totais em ambas as arcadas e 4 milhões que necessitavam de Próteses Removíveis em pelo menos uma arcada. Apesar destes dados, nenhuma referência foi feita à oferta do atendimento ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais (Ministério da saúde, 2010).

Al-Haboubi et al. (2013) consideraram que disparidades sociais no uso do serviços odontológicos são universais e são encontrados em países desenvolvidos e em desenvolvimento independentemente dos mecanismos de financiamento e oferta para a saúde. Estas disparidades são encontradas não somente pelas avaliações da posição sócio-econômica, tais como ocupação, educação ou renda, mas também por características demográficas como gênero, idade e etnia. Para os autores, o foco das pesquisas atuais é encontrar meios que apontem disparidades em saúde oral em níveis regional, nacional e local com uma visão para garantir que serviços odontológicos encontrem as necessidades da população. Neste aspecto, as pesquisas tendem para aspectos que colaborem para um melhor entendimento de como fatores contextuais e individuais determinam a utilização de serviços de saúde.

Palencia et al. (2014) citaram que a saúde oral é uma condição na qual pessoas podem falar, comer e socializar-se sem desconforto e constrangimento. Enquanto ter bons níveis de saúde oral é importante por si só, também está vinculada à saúde geral. Ainda que níveis de saúde oral não sejam equitativamente distribuídas na população há ainda disparidades em termos da posição sócio-econômica com pessoas em desvantagens sociais sendo mais predispostas a terem condições precárias de saúde em todos os aspectos. Estas disparidades são mediadas por certos comportamentos saudáveis como dieta balanceada, fumo e consumo de bebidas alcólicas. Em contraste, o papel atribuído aos serviços odontológicos para estas disparidades não está inteiramente claro e o dentista parece ser um determinante na saúde oral, no mínimo quando procurado regularmente. Entretanto, disparidades nas posições sócio-econômicas para a utilização dos serviços dentais tem também sido descritas, com pessoas em melhores condições sócio-econômicas sendo mais aptas a visitarem o dentista àquelas em desvantagens, as quais além de apresentarem grandes necessidades de cuidados dentais também fazem menos uso destes serviços, exacerbando as disparidades existentes. Assim, de maneira geral o acesso aos serviços dentais parece estar limitado pelo alto custo dos cuidados e tratamento e neste aspecto idosos são também um grupo particularmente vulnerável, pois o aumento da incidência de doenças orais e seus efeitos somam-se a capacidade de pagamento usualmente reduzida considerando o alto custo dos tratamentos odontológicos.

2.3 Qualidade de vida em idosos usuários de próteses

Moreira et al., (2009) citaram que o momento demográfico mundial era representado por um evidente processo de envelhecimento populacional. Apesar de um fenômeno global cada país enfrentava diferentes cenários, sendo esta condição heterogênea a principal marca deste cenário demográfico observado em diferentes nações (abordagem internacional) ou mesmo entre cidades e também bairros de uma mesma cidade (abordagem local). Esta transição demográfica e epidemiológica na qual muitos países tem passado, indicaria uma urgente necessidade para procurar fatores e consequências destas mudanças: população envelhecendo e vivendo mais e as condições de saúde dos idosos. Para os autores, no Brasil de 2009 estudos que descreviam o estado epidemiológico da saúde oral em nível nacional eram raros e geralmente priorizavam a faixa etária jovem e não focavam em indivíduos com sessenta anos ou mais. Com este estudo realizado em Botucatu, foi possível conhecer o perfil da saúde oral dos idosos, necessário para a compreensão do processo saúde/doença oral entre este grupo etário. Mesmo sendo o edentulismo um problema de alta prevalência entre idosos, os autores citaram que, na época, poucos estudos descreviam o uso e a necessidade de prótese, tornado os estudos comparativos mais difíceis. No estudo, o maior uso de próteses totais foi encontrado entre homens. Os dados da época mostravam que no Brasil o uso e necessidade de dentadura tinha um alta proporção em idosos os quais usavam próteses totais superior (66,5%) e a inferior (30,9%). Diferente de outros países, o Brasil estava caracterizado ao mesmo tempo por uma população idosa com muito uso de próteses totais e ainda com grandes necessidades para este tipo de tratamento. Os autores concluíram que somados a todo o processo fisiológico e/ou patológico do envelhecimento, uma relação entre a perda dos dentes com o

aumento do risco de câncer gastrointestinal e morte por doenças cardíacas corrobora a importância da relação entre saúde oral e geral.

Para Preshaw et al., (2011) há séculos atrás a perda dos dentes era considerada inevitável, mas avanços na Odontologia preventiva e mudanças nas atitudes dos pacientes em favor da manutenção dos dentes durante as últimas cinco décadas resultaram em um significativo decréscimo na prevalência da perda dental em muitos países industrializados. Embora o edentulismo venha diminuindo, as necessidades de próteses continuam a aumentar devido ao envelhecimento populacional. Na atualidade, ao invés de dentaduras, pacientes com dentes remanescentes buscam intervenções alternativas como as Próteses Parciais Removíveis (PPR). Prótese Parciais Removíveis são um simples método para substituição de dentes com um aumento substancial da prevalência em adultos na Europa entre 13 e 29%. Devido a esta alta prevalência, para os autores é pertinente a questão do impacto, se há algum, da PPR sobre a saúde bucal e geral.

Fontanive et al., (2013) citaram que em Odontologia, a avaliação e necessidades de saúde oral da população são tradicionalmente realizadas através de elementos clínicos, que geralmente avaliam o estado dental, como o número de dentes cariados, perdidos e restaurados e através dos índices periodontais. Índices estes, em certos aspectos limitados, por não considerarem a percepção subjetiva da saúde oral e não avaliarem como a saúde oral interfere na qualidade de vida do indivíduo. Neste aspecto, condições orais, o impacto da saúde oral nas atividades diárias (Oral Impact Daily Performance - OIDP), uso de próteses, doenças sistêmicas, variáveis sócio-demográficas, econômicas e culturais estão associados com a percepção geral de qualidade de vida e a saúde oral não pode ser desmembrada deste contexto e da saúde geral. Apesar disso, os autores

relataram que poucos estudos incluem nos indicadores de saúde oral o impacto das reabilitações protéticas na qualidade de vida geral, condição importante considerando o envelhecimento populacional.

Neste aspecto, Yen et al., (2015) citaram que quando da oferta de tratamento odontológico aos idosos, o impacto do uso de PPR, comum nesta faixa etária, sobre a qualidade de vida deve ser considerado. Embora, do ponto de vista odontológico o uso de PPR possa melhorar a estética e função oral em idosos quando comparados com não usuários, o OHRQoL dos usuários pode ser pior considerando quais são os fatores relacionados ao uso da prótese que influenciam na qualidade de vida. No estudo os autores citaram que um dos instrumentos mais comumente utilizados para a avaliação do OHRQoL é o GOHAI, desenvolvido especificamente para uso em idosos. Para os autores, diversos estudos tem demonstrado que próteses implanto-suportadas podem melhorar substancialmente a qualidade de vida dos usuários, mas o alto custo do tratamento com implantes indica que a PPR continua sendo largamente utilizada principalmente em idosos. Infelizmente, usuários de PPR relatam problemas no que diz respeito aos aspectos sociais e emocionais quando comparados com indivíduos totalmente dentados. Isto pode dificultar, para alguns indivíduos, a adaptação à prótese devido à demanda emocional e os ajustes funcionais necessários. Desta forma, idosos usuários de PPR podem apresentar uma diminuição do OHRQoL que aqueles que não usam PPR. Fatores relacionados ao uso de prótese que especificamente afetam o OHRQoL de pessoas idosas incluem o estado da prótese, satisfação com a prótese, percepção da perda do dentes, presença de dor e ulceração na cavidade oral, halitose e sensação de boca seca. Os autores relataram que a relação do aumento da satisfação com a prótese foi significativamente relatada ao aumento do OHRQoL de idosos e os autores

concluíram que embora a PPR possa melhorar a estética e a função oral e estar relacionada com a qualidade de vida, usuários de PPR apresentaram um pior OHRQoL que os não usuários.

2.4 Saúde bucal x Saúde geral em idosos

Para Aida et al., (2012) o aumento da incapacidade funcional em sociedades envelhecidas é o maior interesse em saúde pública, particularmente em relação ao aumento dos custos em assistência médica para os cuidados de longo prazo e os efeitos sobre a saúde. Portanto, é importante identificar quais fatores afetam idosos que passam através dos cuidados a longo prazo por causa das incapacidades funcionais. Estudos sugerem que a saúde oral precária afeta o aparecimento da deficiência física ou deficiência funcional, sendo a inflamação oral um possível elo entre a incapacidade funcional e saúde oral. Os autores citaram que alguns estudos utilizam o número de dentes e o uso de prótese como indicadores de incapacidade, mas poucos estudos examinam a contribuição da capacidade mastigatória para os primeiros sintomas da incapacidade ou a associação entre saúde oral e incapacidade física e cognitiva.

Moriya et al., (2013) enfatizaram que em sociedades envelhecidas é necessário promover saúde oral em idosos porque a boa saúde oral é um fator contribuinte para boa saúde geral, além de que altos níveis de capacidade funcional tem sido considerado um fator crucial para o sucesso de uma vida independente nos idosos. Os autores citaram que comportamentos de saúde oral estão associados com uma variedade de fatores, incluindo estado demográfico e sócio-econômico, psicológico, estado de saúde oral e estilo de vida. Além disto, relatos sugerem que a habilidade cognitiva está significativamente associada à saúde relacionada ao

comportamento e o estado de saúde oral. Para os autores, adultos idosos com baixa cognição tendem ter um alto risco de cáries e utilização irregular de serviços dentais; aqueles com declínio cognitivo médio tem alto risco de cáries de raiz e ainda, a habilidade cognitiva está diretamente associada com aceitação da prótese em idosos institucionalizados com demência e pode haver uma forte associação entre a variação normal da função cognitiva e o número de dentes cariados em comunidade de idosos.

Naorungroj et al. (2013) citaram que cognição refere-se ao processo mental incluindo atenção, memória, produção e entendimento da linguagem, resolução de problemas e tomada de decisões. A habilidade cognitiva diminui com a idade, enquanto a baixa habilidade cognitiva mesmo dentro de uma faixa normal é indicativa de resultados adversos na saúde. Os autores citaram neste trabalho que dentre grupos que já tinham desenvolvido diminuição cognitiva ou demência, os participantes tinham mais cáries, doenças periodontais e poucos dentes que adultos saudáveis. Pobre saúde oral pode ser atribuída ao declínio funcional, falta de cuidados com a higiene oral e menor procura do serviços odontológicos e desta forma, intervenções preventivas deveriam iniciar-se previamente as manifestações do declínio, quando mudanças na função cognitiva poderiam ser avaliadas. Entretanto, pouco se sabe a respeito do declínio cognitivo de adultos em meia idade nos estágios iniciais ou dos efeitos da mudança cognitiva sobre os comportamento dental e de saúde oral. A princípio, imagina-se que os sinais iniciais do declínio cognitivo estaria associado com uma maior probabilidade de comportamentos de saúde dental desfavoráveis, acúmulo de biofilme e gengivite, mas não como indicadores de doenças orais crônicas como periodontite e perda dental.

Para Tsakos et al., (2015) doenças orais são um significativo problema de saúde pública e cáries dentais e doenças periodontais são condições crônicas altamente prevalentes que tem o maior efeito sobre a qualidade de vida. Em idosos a perda de todos os dentes atualmente é muito menos prevalente que nas décadas passadas, mas ainda é relativamente comum. Nos últimos vinte anos houve uma série de estudos sobre o potencial elo entre doenças orais, morbidade e mortalidade e muitas destas pesquisas avaliaram a associação entre doença periodontal e o risco de *diabetes mellitus* e doenças cardiovasculares. O potencial caminho relacionando a perda dos dentes e doenças sistêmicas parece ser o péssimo estado nutricional relacionado à função mastigatória prejudicada ou respostas inflamatórias associadas com doenças periodontais e infecções orais. Um outro ponto, é que a perda dos dentes pode ser considerada um indicador precoce do declínio e fragilidade em idosos e uma associação entre a perda dos dentes e declínio cognitivo e os primeiros sinais de demência em idosos deve ser considerada. Os autores concluíram que além disto, a periodontite tem sido demonstrada como um risco potencial para o declínio cognitivo em grupos idosos e embora a associação entre saúde oral e funcionamento cognitivo possa ser complexa e bidirecional, com saúde oral precária há um fator de risco para um processo neurodegenerativo e as suas consequências.

Zuhair et al., (2014) citaram que a perda parcial dos dentes na população idosa tem sido associada com mortalidade considerando que a periodontite altera a resposta inflamatória do indivíduo determinando uma condição de saúde ou doença. Na avaliação dos autores, a taxa de mortalidade de pacientes idosos usuários de prótese totais era menor e isto poderia ser explicado pela redução de sítios para a proliferação de microorganismos específicos associados com condições sistêmicas.

Outro ponto considerado pelos autores é que o aumento do número de medicações administradas diariamente influencia na perda dentária devido a diminuição da função das glândulas salivares favorecendo o acúmulo de biofilme. Neste aspecto, a boa higiene oral e uma terapia periodontal mais intensa, reduziria o risco de mortalidade entre idosos já que no estudo, pessoas as quais mantinham uma boa higiene oral e visitavam o dentista ao menos uma vez ao ano tinham um menor risco de mortalidade quando comparadas àquelas que não tinham uma boa higiene oral.

2.5 Odontologia e idosos institucionalizados

Matthews et al., (2012) citaram que na atualidade indivíduos estão vivendo mais e mantendo mais dentes naturais que gerações anteriores, reforçando a necessidade para um cuidado com a saúde oral no curso da vida. Idosos são vulneráveis porque eles tem limitado acesso aos cuidados de saúde oral e mais vulneráveis ainda são aqueles vivendo em instituições de longa permanência (ILP). Os autores citaram que o estado de saúde oral de residentes de ILP é pobre e a maioria requer alguma forma de intervenção odontológica. A porcentagem de dentes com cáries ou superfícies radiculares restauradas aumenta a cada década da maioridade, afetando mais que a metade de todos os dentes remanescentes até os 75 anos. Especialmente para idosos institucionalizados, um aumento do risco de cárie pode estar relacionado a inadequada higiene oral diária, uma alta ingestão de carboidratos e uma prevalência de xerostomia relacionada à polifarmácia na ordem de 42%. Os autores concluíram que a despeito do alto risco para doenças orais este grupo demográfico enfrenta maiores barreiras no recebimento de cuidados dentais que idosos independentes. Dentre as razões para o limitado acesso aos cuidados de saúde oral, está a incapacidade dos idosos para pagar cuidados profissionais e a falta de cuidados odontológicos organizados para os institucionalizados.

Gluzman et al., (2013) citaram que com os avanços na Medicina e Odontologia houve uma significativa melhora da saúde geral e oral e as pessoas estão vivendo mais e alcançando a senilidade com maior número de dentes remanescentes. Isto resulta em um aumento da ocorrência de doenças bucais na população idosa em geral, com uma extensão bem maior em idosos funcionalmente dependentes. Além disto, uma boa parte da população idosa que sofre de doenças crônicas apresenta significantes perdas funcionais que as mantêm em domicílio e inábeis para acessar a rotina de cuidados médicos. Mesmo considerando que cada unidade de saúde deve ofertar ou organizar-se para suprir os serviços dentais necessários dos residentes, as avaliações do nível de cuidados em saúde oral oferecidos rotineiramente nestas instituições para idosos atingem baixos índices de qualidade. Esta situação é bem pior em idosos em domicílio, considerando as barreiras logísticas que eles encontram em acessar centros odontológicos, além da falta de políticas públicas destinadas a este fim. Como resultado, como idosos em domicílio tipicamente não visitam um dentista por anos, se visitam, a saúde bucal deteriorada resulta não somente em dor e infecção, mas também compromete a habilidade para comer e socializar-se, debilitando as funções gerais já comprometidas e a qualidade de vida em geral. Neste estudo, os autores avaliaram o perfil da saúde oral definido pelo exame clínico e respostas dos sujeitos a um questionário sobre a utilização e necessidade dos serviços dentais. Os resultados claramente indicaram que a maioria dos sujeitos estavam sofrendo de uma ampla variedade de problemas bucais de alta magnitude, confirmando que idosos em domicílio são geralmente citados como tendo pobre estado de saúde bucal.

Amerine et al., (2014) destacaram que com o envelhecimento populacional um parte da população com 65 anos ou mais viverá em ILP. Geralmente, os cuidados odontológicos nestas instituições são problemáticos e de baixa qualidade e mesmo considerando a responsabilidade das instituições com o bem-estar dos residentes, elas não conseguem atingir este objetivo. As doenças bucais são comuns em idosos e agravadas pelas complicações da polifarmácia, xerostomia, bruxismo, desempenho limitado para a higiene oral e próteses inadequadas. Para os autores, as pesquisas confirmam que sérios riscos estão associados com pobre higiene oral na população idosa, mas entretanto, estas evidências não tem sido transformadas em práticas que suportem a melhoria dos cuidados de saúde oral para residentes de ILP. Ainda, relataram que a literatura mostra que a saúde oral de idosos vivendo em ILP é frequentemente comprometida devido às condições dos cuidadores tais como: atitudes ruins, limitação de tempo, falta de conhecimento adequado e altas taxas de rotatividade de pessoal. Os autores destacaram que a Odontologia tem a responsabilidade e oportunidade em assumir um papel de liderança no suporte e prestação de cuidados de saúde oral para a crescente população idosa, mas com as projeções de crescimento no número de pacientes idosos e a proporção de dentistas na população, é evidente que a forma da prática odontológica atual não pode satisfazer as futuras necessidades de saúde bucal deste setor da sociedade e as suas necessidades continuarão não atendidas.

Piuezam et al. (2013) citaram que a perda dental é considerada no mundo todo um problema de saúde pública e a saúde bucal é essencial para a melhora da qualidade de vida individual. A relação entre saúde oral e bem-estar é evidente na população idosa, a qual está exposta às doenças decorrentes do biofilme dental que contribuem para a perda dos dentes e as altas taxas de dentes ausentes afetam a

população idosa proporcionalmente à maior necessidade de próteses, a qual o acesso para tratamento não é universalizado. A condição de saúde oral em idosos residentes em ILP no Brasil encontrada pelos autores foi similar àquela estabelecida pelo Brasil Sorridente 2010 para a população idosa geral. O estudo revelou que a maioria dos idosos institucionalizados tinham poucos dentes presentes, na avaliação periodontal havia um elevado número de dentes perdidos por sextante e as reabilitações protéticas estavam inadequadas. Este cenário sugere que idosos brasileiros são uma população desdentada que requer muita atenção à saúde oral. A perda dos dentes é uma experiência traumática exigindo adaptações sociais e psicológicas, sendo importante discutir o impacto desta perda na qualidade de vida de pacientes desdentados e identificar as dimensões da qualidade de vida que são mais afetadas pelas condições de saúde oral. Para os autores, identificar fatores associados a perda dos dentes permite que ações mais eficientes sejam estabelecidas, já que alguns estudos indicam a associação entre níveis elevados de desdentados e a percepção positiva da saúde oral. Pensando neste ponto, o idoso parece minimizar a importância dos problemas de saúde oral à luz de outros problemas de saúde geral, denominado pelos autores de "secundarização dos problemas orais".

van der Putten et al., (2010); van der Putten et al., (2013) consideraram que importantes fatores contribuem para uma alta mudança da deterioração do estado de saúde oral em idosos frágeis e incapazes. Os avanços em cuidados e tratamento em saúde oral tem como resultado a redução do número de indivíduos desdentados e a proporção de adultos que retém seus dentes até o final da vida tem aumentado substancialmente. Desta forma, como a proporção de idosos no mundo tem aumentado consideravelmente durante as últimas décadas e esperado aumentar

mais ainda, esta inversão demográfica terá importantes implicações para os serviços de cuidados à saúde, já que pessoas idosas mais frágeis e incapazes encontrarão mais morbidade e incapacidades e conseqüentemente necessitarão de um aumento na proporção de serviços de cuidados à saúde. Aqueles que não são independentes são frequentemente apoiados por serviços domiciliares ou residem em instituições e a complexidade do estado de saúde oral, doenças sistêmicas e o uso de múltiplas medicações tornam estes idosos mais vulneráveis ao problemas orais que os grupos mais jovens, pois muitas vezes são também cognitivamente prejudicados. Os autores relataram que entre 50 e 75% dos idosos residentes em instituições ou em domicílio tem alguma dificuldade na deglutição e em conseqüência disto tem alto risco de asfixia e desenvolver uma pneumonia aspirativa por bactérias anaeróbias provenientes da cavidade bucal. Desta forma, existem fortes evidências de que adequada higiene oral e oferta adequada de cuidados em saúde bucal são fatores determinantes para preservar um bom estado de saúde geral diminuindo as morbidades e mortalidade em idosos institucionalizados. Apesar disto, a falta de conhecimento e habilidades em saúde oral dos cuidadores é um importante fator inibidor para alcançar níveis aceitáveis de higiene oral. Outra barreira para alcançar a saúde oral e uma rotina de higiene bucal diária seria a falta de priorização dos cuidados de saúde oral dos próprios institucionalizados, além dos familiares e equipe de cuidadores. Outro ponto é que cuidadores com baixo interesse e motivação para promover diariamente cuidados em saúde oral em si próprios são incompetentes em promover cuidados orais diários adequadamente em idosos institucionalizados.

2.6 Barreiras no atendimento odontológico ao idoso

Kiyak et al., (2005) relataram que a discussão sobre saúde oral de idosos diz respeito ao acesso aos cuidados bucais desta faixa etária e como esta situação poderia ser melhorada para grupos de idosos futuros. Alguns fatores determinantes (barreiras e acessibilidade) da utilização dos serviços dentais por idosos tem como objetivo entender por que alguns idosos continuam procurando serviços preventivos ao longo da vida enquanto outros são usuários irregulares ou interrompem o uso após aposentadoria ou quando se mudam para outra comunidade ou ILP.

Pacientes idosos e cuidadores como barreiras: Há uma larga crença entre os profissionais de saúde e na opinião dos idosos que os serviços odontológicos seriam mais utilizados se as clínicas fossem mais próximas ou se o serviço fosse oferecido diretamente em unidades móveis ou fossem menos custosos. Muitas vezes os idosos querem os serviços, mas tem dificuldade em subir escadas e podem não encontrar um dentista no piso térreo. Idosos dependentes em domicílio preferem que os serviços sejam oferecidos em casa e reclamam da inadequada opção de transporte para chegar ao consultório sendo que um expressivo número de idosos somente procura o dentista se tem algum problema.

Barreiras dos profissionais: As crenças dos dentistas, estereótipos e nível de conforto com pacientes idosos podem encorajar ou desencorajar o uso de serviços odontológicos por este grupo etário. Dentistas que acreditam que idosos geralmente são desinteressados na manutenção dos dentes ou que não podem pagar pelos tratamentos odontológicos podem afastar pacientes potenciais. Ao contrário, dentistas que assumem que aposentados tem mais tempo e dinheiro, podem esperar que idosos estejam mais dispostos para extensas e dispendiosas visitas ao

dentista. É difícil aferir sobre as respostas favoráveis dos dentistas para uma pesquisa, se eles na verdade providenciariam cuidados à idosos frágeis ou institucionalizados se fossem solicitados para isto e esta interpretação torna-se mais problemática quando as taxas de respostas para a pesquisa são baixas. Um baixo número de dentistas oferecem atendimento nas instituições, sendo a maioria para emergências e um grande número relata que faria este serviço se solicitado, mas relatam barreiras como baixa demanda por estes serviços além de inadequado equipamento e espaço para a prática odontológica nas instituições. Outras barreiras referem-se a perda de tempo para a prática no consultório, falta de treinamento no manejo de pacientes com problemas médicos e falta de atitudes positivas em relação ao idosos.

Bots-VantSpijker et al., (2014) citaram que a proporção de idosos na população está aumentando. Em 2002, 19% da população europeia era de pessoas com 65 anos ou mais e a projeção para 2025 será de 25% de idosos na população geral. Esta inversão demográfica terá importantes implicações para os serviços de saúde com mais idosos frágeis apresentando mais morbidade, doenças cardiovasculares, demência, doenças ortopédicas e neurológicas que podem aumentar o risco de desenvolvimento de doenças orais e das alterações funcionais. Além disto, alterações funcionais físicas e cognitivas são cumulativas durante o envelhecimento e podem aumentar a dependência dos idosos comprometendo ainda mais a manutenção da saúde oral. Associado a este quadro, como nas últimas décadas houve um declínio geral e rápido na taxa de desdentados, mais idosos estão mantendo (em parte) os dentes naturais e as reabilitações sofisticadas realizadas ao longo da vida e desta forma apresentarão muitas necessidades preventivas e curativas. Ainda, idosos são mais vulneráveis aos problemas bucais

tanto pelos fatores cumulativos ao longo da vida como pelas doenças sistêmicas e medicações e desta forma, a condição oral torna-se mais complexa neste grupo etário. As barreiras para atendimento a idosos, referem-se àquelas relacionadas aos dentistas e serviços e aquelas relatadas pelos idosos, como problemas de disponibilidade e acessibilidade de serviços de saúde bucal apropriados, além da abordagem e a relação com o profissional. Entretanto, as barreiras relatadas pelos próprios dentistas para a oferta de atendimento odontológico ao idoso não tem sido apropriadamente investigadas. Este estudo realizou uma revisão sistemática da literatura de artigos publicados entre Janeiro de 1990 e Dezembro de 2011, com o intuito de identificar as barreiras relatadas pelos dentistas em oferecer serviços odontológicos em comunidades de idosos e idosos institucionalizados ou em domicílio. Os resultados desta revisão são apresentados nas figuras 1, 2 e 3 abaixo.

Artigo	Amostra de dentistas	número e porcentagem de respondentes
MacEntee et al., 1992	603	334 (55%)
Nitschke et al., 2005	8588	180 (2%)
De Visschere and Vanobbergen, 2006	673	101 (15%)
Sweeney et al., 2007	2060	1359 (66%)
Antoun et al., 2008	677	437 (65%)
Hopcraft et al., 2008	213	122 (57%)
Chowdhry et al., 2011	800	251 (31%)

Figura 1 - Amostras de dentistas e número de dentistas respondentes dos estudos descritos nas publicações incluídas na revisão sistemática (Bots-VantSpijker et al., 2014)

Publicação	Barreira relatadas
MacEntee et al., 1992	Falta de equipamento adequado na ILP (91%)
	Insatisfação no trabalho (85%)
	Pagamento inadequado (76%)
	Diminuição do tempo para o consultório (74%)
Nitschke et al., 2005	Falta de equipamento adequado na ILP (56%)
	Pagamento inadequado (32%)
	Falta de treinamento e experiência (insegurança) (7%)
	Relação entre envelhecimento e morte (5%)
De Visschere & Vanobbergen, 2006	Falta de equipamento adequado na ILP (63%)
Vanobbergen, 2006	Diminuição do tempo para o consultório (19%)
Sweeney et al., 2007	Falta de conhecimento e atitudes negativas dos cuidadores e sala de atendimento inadequada (36%)
	Diminuição do tempo para o consultório (28%)
	Falta de equipamento adequado na ILP (19%)
Antoun et al., 2008	Diminuição do tempo para o consultório (75%)
	Pagamento inadequado (50%)
	Condições médicas complexas (50%)
	Falta de conhecimento e atitudes negativas dos cuidadores (51%)
	Falta de treinamento e experiência (aperfeiçoamento) (24%)
Hopcraft et al., 2008	Preferia atender idosos no próprio consultório (92%)
	Falta de equipamento adequado na ILP (84%)
	Falta de tempo disponível (76%)
	Sala de atendimento inadequada (71%)
	Pagamento inadequado (58%)
Chowdhry et al., 2011	Pacientes raramente seguem as recomendações (0,83)
	Pagamento inadequado (0,71-0,84)
	Problemas médicos e demência do paciente (0,69)

Figura 2 - Barreiras relatadas pelos dentistas participantes dos estudos incluídos na revisão (Bots-VantSpijker et al., 2014)

Barreira	Publicação
Falta de equipamento adequado na ILP	MacEntee et al., 1992
	Nitschke et al., 2005
	De Visschere e Vanobbergen, 2006
	Sweeney et al., 2007
	Hopcraft et al., 2008
Fatores relacionados à prática privada	MacEntee et al., 1992
	De Visschere e Vanobbergen, 2006
	Sweeney et al., 2007
	Antoun et al., 2008
	Hopcraft et al., 2008
Pagamento inadequado	MacEntee et al., 1992
	Nitschke et al., 2005
	Antoun et al., 2008
	Hopcraft et al., 2008
Treinamento inadequado e falta de experiência	Chowdhry et al., 2011
	Nitschke et al., 2005
Problemas médicos ou demência do paciente	Antoun et al., 2008
	Chowdhry et al., 2011
Relação entre envelhecimento e morte	Nitschke et al., 2005
Qualidade do serviço domiciliar ou falta de assistência	Antoun et al., 2008
Insatisfação profissional	MacEntee et al., 1992
Pacientes raramente seguem as recomendações do profissional	Chowdhry et al., 2011

Figura 3 - Barreiras relatadas pelos dentistas mencionadas nas publicações incluídas na revisão (Bots-VantSpijker et al., 2014)

Os autores avaliaram dados representativos do Canadá, Alemanha, Bélgica, Escócia, Nova Zelândia e Austrália e demonstraram que há uma falta de informações, pela própria prática odontológica, a respeito de serviços ofertados pelos dentistas para comunidade de idosos. As barreiras relatadas nestes países foram praticamente idênticas e a porcentagem de idosos na população não variava muito entre eles (14%). A questão levantada pelos autores foi se as barreiras eram específicas daqueles países porque os serviços para os idosos é organizado de forma diferente. Considerando as barreiras relatada, os autores consideraram que estudantes de Odontologia poderiam não ser encorajados ou expostos suficientemente a aprender a respeito do atendimento ao idoso e durante a graduação uma tendência para os tratamentos mais avançados em grupos jovens, pode fazer com que eles sintam-se menos responsáveis ou interessados nos idosos. Ainda assim, para os autores as pesquisas adicionais deveriam ser iniciadas para investigar com mais detalhes as barreiras relatadas pelos dentistas no atendimento odontológico para idosos.

Bots-VantSpijker et al., (2016) consideraram que muitas publicações sobre barreiras em oferecer serviços odontológicos aos idosos consistem de pesquisas sobre o atendimento em casa-dia. Portanto, este estudo investigou qual a extensão das barreiras relatadas por dentistas da Holanda em sua própria prática odontológica, enquanto ofereciam serviços odontológicos em comunidades de idosos frágeis. Uma amostra representativa de 1592 dentistas dos 8000 atuantes na Holanda com 64 anos ou mais jovens foi convidada a responder um questionário online com respostas baseadas na escala Likert de cinco pontos. Os dentistas responderam sobre quinze opiniões a respeito da oferta de serviços odontológicos em uma comunidade de idosos com 75 anos ou mais que apresentavam problemas

físicos, psicológicos, sociais e financeiros. A taxa de respostas foi de 37% (n=595; homens=76%; média de 49 anos). A maioria dos respondentes concordaram que o reembolso para este tipo de tratamento é precário; 66% responderam que há oportunidades limitadas para indicar a um colega com conhecimento e habilidades específicas os idosos frágeis e com problemas complexos de saúde oral. A barreira mais importante para trabalhar em ILP foi a falta de equipamento adequado, nenhuma sala para atendimento e pagamento inadequado. Outras barreiras relatadas por dentistas que tinham o próprio consultório foram a inconveniência em deixar consultório bem como falta de treinamento e experiência para o atendimento de idosos que sofrem de múltiplas morbidades e incapacidades. Alguns resultados são apresentados na figura 4.

Gênero (n=595)	Resultados
Homens	76%
Idade (n=595)	
20-34 anos	12%
35-49	28%
50-64	60%
Média de idade	49,4 anos
Ano de formatura (n=595)	
32 anos ou mais	25%
22-31 anos	43%
12-21 anos	15%
11 anos ou menos	17%

Figura 4 - Características do participantes. (Bots-VantSpijker et al., 2016)

Os resultados deste estudo podem ser expressos em duas áreas: a falta de conhecimento e as circunstâncias práticas. Quarenta e dois por cento dos respondentes não estavam dispostos a atender idosos e a maior barreira para a oferta deste serviços foi a falta de equipamento adequado nas instituições e o despreparo profissional (falta de conhecimento, tempo e experiência). Em comparação com outros estudos a taxa de resposta de 37% pode ser considerada apropriada. Na taxa de reações para as opiniões expostas no estudo, houve uma larga proporção de respondentes (28 a 39%) que escolheram a opção “neutro” ou “não-aplicável”. É possível que esta situação representasse um certo grau de respostas socialmente corretas.

Moreira et al., (2012) relataram que a projeção de crescimento da população acima dos 65 anos no mundo será de 1,4 bilhões para 2040 em contraste aos 540 milhões estimados em 2008. Com este envelhecimento da população, há uma grande demanda para cuidados especializados e diferenciados provenientes dos profissionais de saúde, mas as necessidades deste grupo etário não estão sendo suficientemente oferecidas, principalmente em países em desenvolvimento. Neste aspecto, para aumentar o conhecimento e melhorar atitudes destes profissionais, um número de autores tem sugerido a inclusão da odontogeriatrics no currículo das faculdades de odontologia. Os autores tiveram como intuito avaliar o conhecimento e as atitudes dos dentistas de Belo Horizonte em relação aos idosos e envelhecimento. Para tanto, uma amostra aleatória de 276 dentistas foi obtida a partir de uma população de 6756 dentistas inscritos no Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais. O instrumento para coleta de dados foi um questionário e os dentistas foram contatados por telefone e aqueles que concordaram em participar da pesquisa receberam a visita do pesquisador no local

de trabalho deles que entregou o questionário e o TCLE e retornou após uma semana para o recolhimento. A taxa de resposta foi de 100% e as características e variáveis sócio-demográficas dos participantes são apresentadas na Figura 5.

Gênero	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Homens	131	48,5
Mulheres	139	51,5
Instituição de ensino		
Universidade Federal	103	38
Universidade Católica	92	34
Fundação	32	12
Outra	41	16
Local de trabalho		
setor público	52	19,4
setor privado	216	80,6
Tempo de graduação		
<5 anos	37	13,6
5-15 anos	78	28,7
>15 anos	157	57,7
Curso em odontogeriatría		
não participou	220	81,2
Participou	51	18,8
Atendimento a idosos semanalmente		
não trata pacientes idosos	196	73,4
trata 1-5 pacientes	41	15,3
trata 6-10 pacientes	17	4,9
trata mais que 10 pacientes	13	6,4
Modalidade do serviço oferecido		
não atende idosos em domicílio	182	66,2
atende idosos em domicílio	93	33,8

Figura 5 - Características do participantes (n=276). (Moreira et al., 2016)

Nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada comparando o grau de conhecimento e a escala de atitudes e comparando as atitudes e o grau de conhecimento, ou seja, o nível de conhecimento do dentista em relação ao tratamento do idoso não tinha nenhuma influência nas atitudes frente ao envelhecimento e as atitudes não tiveram nenhuma influência sobre o grau de conhecimento (Figuras 6 e 7).

Descrição							
Escala de atitude	n	min.	máx.	mediana	média	desvio	$p= 0,534$
Negativa	66	33	52	45	43,9	4,2	
Intermediária	151	33	52	44	43,7	3,9	
Positiva	56	32	51	44	43	4,7	

Figura 6 - Valores estatísticos sobre a comparação entre conhecimento e atitudes dentistas. (Moreira et al., 2016)

Descrição							
Grau de conhecimento	n	min.	máx.	mediana	média	desvio	$p= 0,140$
Baixo	59	29	51	42	41,8	5,2	
Intermediário	146	29	52	40	40,3	5,1	
Alto	68	27	53	41	40,9	5,4	

Figura 7 - Valores estatísticos sobre a comparação entre atitudes frente o envelhecimento e conhecimento dos dentistas. (Moreira et al., 2016)

A taxa de resposta foi considerada excelente quando comparada com estudos similares, principalmente com pesquisas solicitadas e enviadas por *e-mail*. Isto provavelmente foi devido ao fato de que um pesquisador visitou pessoalmente os respondentes para deixar o questionário e posteriormente foi buscá-lo.

Chowdhry et al., (2011) relataram que o número de idosos no Canadá tem uma previsão em aumentar de 4,2 milhões para 9,8 milhões até 2036. Concomitantemente, a taxa de desdentados está diminuindo, o que resulta em uma alta proporção de pacientes idosos requerendo tratamento odontológico e apesar de uma boa proporção da população (58,3%) com 65 anos ou mais, que vivem independentemente relataram uma boa saúde oral, atualmente aqueles que residem em ILP são significativamente mais velhos e frágeis e apresentam maiores necessidades de cuidados odontológicos que no passado. Os autores avaliaram a percepção relatada dos dentistas na Colúmbia Britânica (Canadá) no que diz respeito a decisão em ofertar tratamento a idosos em ILP e comparou com um estudo similar realizado em Vancouver em 1985. Oitocentos dentistas clínicos-gerais, receberam um questionário após uma seleção aleatória realizada por computador com a solicitação para devolução via *fax* dentro de uma semana. Um total de 251 questionários (31%) retornaram; dos 233 respondentes que atendiam idosos 206 (88%) eram de áreas urbanas e 27 (12%) de áreas rurais. Para análises adicionais, os respondentes foram categorizados dentro de três grupos; dentistas que estavam tratando pacientes em ILP (n=37), aqueles que tinham parado de atender (n=48) e os que nunca tinham atendido (n=166). A proporção de dentistas que estavam tratando pacientes em ILP (14,7%) e aqueles que tinham parado de atender (20,6%) foi substancialmente menor que aqueles que nunca tinham atendido (71,2%). Isto confirma uma preocupação de que relativamente poucos dentistas decidem servir idosos. A falta de apoio administrativo e financeiro, restrição de tempo, dificuldade em ofertar o atendimento e a falta de treinamento tem sido identificados como barreiras para ofertar atendimento em ILP. Apesar dos respondentes que atendiam idosos em ILP citarem a educação continuada como um

importante aspecto que facilitaria este tipo de atendimento, somente 11% deles tinham educação avançada em odontogeriatria.

Silva et al., (2013) relataram que os serviços de saúde no Brasil não tem encontrado apropriadamente as necessidades dos idosos. Especificamente na saúde oral, atenção e assistência para os idosos requerem tratamentos especializados e de alto custo para as reabilitações considerando as altas taxas de desdentados nesta faixa etária. O estudo transversal foi conduzido para estimar a prevalência do uso dos serviços odontológicos entre idosos tratados na Unidade de Saúde da Família na área urbana de Pelotas - RS. Os participantes incluíam indivíduos com 60 anos ou mais velhos selecionados aleatoriamente de uma lista de 3744 idosos elegíveis de 23 unidade de saúde da família. O critério de seleção do idoso foi ser independente, capaz de realizar as atividades de vida diária sem assistência de cuidadores ou familiares, caminhar sem assistência e possuir capacidade cognitiva para responder a um questionário. Um questionário padrão foi usado para obter variáveis demográficas e socioeconômicas e dados relacionados ao uso dos serviços odontológicos (auto-avaliação das necessidades para tratamento e auto avaliação de saúde oral). De acordo com os resultados, menos da metade dos idosos avaliados tinham usado os serviços odontológicos nos três anos precedentes da entrevista e estes resultados foram influenciados pela percepção da saúde geral, nível educacional, consumo de álcool e número de dentes. Talvez uma alta taxa de desdentados explique estes longos períodos sem visitas ao dentista. Então, foi demonstrado que desdentados tinham 73% mais probabilidade de não ter visitado o dentista nos últimos três anos, quando comparados com indivíduos que tinham 10 dentes ou mais. Dentre as implicações desta condição pode-se realçar um precário ou nenhum monitoramento das prótese existentes e concomitantemente

para o risco que problemas relevantes de saúde, tais como câncer, poderiam ser detectados somente em estágios avançados, dificultando ou até mesmo impedindo um tratamento adequado. Este estudo não encontrou associação entre necessidade auto-percebida para tratamento dental e o uso dos serviços odontológicos.

Watkins et al., (2012) relataram que envelhecimento populacional tem sido dividido em três categorias quando se considera a capacidade dos idosos para o acesso aos serviços odontológicos a saber: funcionalmente independentes, frágeis e funcionalmente dependentes. Pessoas que já não podem sobreviver em seu ambiente, sem o apoio de outras pessoas têm sido descritas como funcionalmente dependentes e a maioria delas estão vivendo em ILP ou confinadas em domicílio. É estimado que um grande número de idosos tenha uma limitação em no mínimo uma atividade de vida diária (AVD) como comer, banhar-se, vestir-se, movimentar-se, deslocar-se, no controle urinário ou uso do toailete, bem como nas limitações em atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como fazer compras, controlar as finanças, usar telefone e transporte, tomar medicamentos e realizar os serviços de casa. Algumas das barreiras relatadas para o acesso aos serviços odontológicos dentre os idosos confinados em domicílio, inclui o custo de pagamento para os cuidados de saúde em geral, dificuldade em encontrar transporte adequado, saúde precária, falta de um acompanhante para levá-los ao dentista e a incapacidade em encontrar um dentista disposto ao atendimento domiciliar. Os objetivos específicos deste estudo foram descrever a frequência e distribuição dos dentistas em Iowa que estavam prestando atendimento em seu consultório ou fora dele para pessoas confinadas em domicílio (idosos dependentes), bem como comparar a prática e características educacionais dentre dentistas que não ofertavam este tipo de serviço. Para tanto, uma lista de todos os dentistas licenciados em Iowa (n=1210), excluindo

odontopediatras e ortodontistas, foi obtida e realizada uma pesquisa abrangente, através de questionário enviado por correio, solicitando informação em relação ao envolvimento do profissional nos cuidados de idosos em seu consultório ou fora dele. Um total de 1168 dentistas receberam a pesquisa e 638 responderam (54,6% taxa de resposta). Os resultados apresentaram que 87% dos respondentes eram do gênero masculino e 98% brancos; a idade variava entre 26 e oitenta anos (média de 47 anos); 91% eram clínicos-gerais e 7% eram cirurgiões orais. Quando perguntados sobre prestar serviços para pacientes dependentes em domicílio, 85% dos dentistas (n=543) afirmaram que não realizavam este serviço. Não houve diferença estatística entre idade, tempo de formado e de prática ou gênero comparando dentistas que tinham atendido um ou mais pacientes dependentes em seu consultório daqueles que não tinham atendido nenhum. A influência do ensino sobre a prestação de serviços à idosos dependentes foi fortemente associada e o ensino na graduação e treinamento clínico foram significativamente relacionados ao atendimento em consultório ou em domicílio. A complexidade do paciente foi mais comumente citada como barreira percebida por aqueles que prestavam serviços em consultório (69,2%) em comparação com aqueles que não ofereciam (57,4%). De maneira interessante, baixo reembolso, demanda emocional sobre o dentista e pobre entendimento sobre as regras e regulamentos foram mais frequentemente percebidas como barreiras por dentistas que tratavam pacientes dependentes fora do consultório e nenhuma associação a este respeito foi encontrada para a prestação em consultório. Para os autores, os esforços para melhorias no ensino da Odontologia pode ser uma maneira de aumentar o envolvimento dos jovens dentistas no atendimento domiciliar de idosos dependentes.

Sweeney et al., (2007) definiram atendimento odontológico em domicílio como a prestação de serviços em um ambiente onde a pessoa reside temporariamente ou permanentemente, em oposição ao atendimento odontológico ofertado em um consultório fixo ou em uma unidade móvel. A demanda para este tipo de atendimento aumentará como resultado do crescimento de idosos na população geral e muitos destes funcionalmente dependentes o que em muitos casos seria irracional ou impraticável deslocá-los para o tratamento fora de seu ambiente. Considerando que na atualidade muitos idosos são dentados, os tratamentos atuais são mais complexos para este grupo etário que em décadas passadas e desta forma a Odontologia enfrenta maiores desafios e como barreiras para a oferta de cuidados domiciliares os autores citaram: compromisso da equipe, a quantidade e custo do equipamento exigido, conhecimentos específicos, remuneração inadequada e a falta de habilidade do profissional em estipular honorários. O objetivo do estudo foi estimar a quantidade e tipos de serviços odontológicos sendo oferecidos em domicílio na Escócia e examinar as barreiras para a prestação destes serviços. Dos 2195 questionários postados, a taxa de resposta foi de 66%. Dos respondentes 1% tinha menos de 25 anos, 68% entre 25 e 45 anos e 31% acima dos 45 anos; 63% eram homens; 71% trabalhavam em áreas urbanas; 19% em áreas rurais e 10% em ambas. Dos 1359 respondentes, 914 (67%) relataram prestar algum atendimento domiciliar. A falta de tempo, problemas de acesso, iluminação e equipamento foram as barreiras mais comumente identificadas pelos prestadores de atendimento domiciliar. Aqueles que não atendiam em domicílio, tanto GDPs como CDOs comumente citaram a falta de tempo e problemas sobre a qualidade da prestação de cuidados domiciliares. Dentre os que não ofereciam atendimento domiciliar os homens eram mais prováveis em dar como razão a pobre remuneração (57%

homens e 30% mulheres). As respostas indicaram que um número expressivo (34%) não oferecia tratamento domiciliar e uma possível justificativa para alguns profissionais que não responderam questionário pode resultar do julgamento de que o assunto da pesquisa fosse irrelevante para a prática odontológica. Condições inadequadas de tempo e dinheiro foram identificadas como pontos desestimulantes para os dentistas no atendimento domiciliar, mas também o padrão de prestação de serviços e problemas no controle de infecção foram também identificados principalmente em áreas urbanas. Uma minoria de GDPs acreditavam que há demanda insuficiente para o atendimento domiciliar. Isto pode ser devido à falta de percepção das necessidades odontológicas dos pacientes confinados em domicílio, particularmente idosos, adicionada à desinformação dos serviços que podem estar disponíveis.

Stevens et al., (2008) realizaram um estudo para determinar o nível de atendimento domiciliar prestado a pacientes por GDPs e investigou os fatores que influenciam a oferta de atendimento odontológico domiciliar em uma área de alta privação sócio-econômica no norte e oeste de Belfast. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo utilizando um questionário enviado pelo correio para 89 GDPs. A taxa de resposta foi de 67% e quase 20% dos respondentes relataram que não atendiam rotineiramente em domicílio. As razões citadas para não prestar serviços odontológicos em domicílio foram falta de tempo, a percepção de que os pacientes seriam muito difíceis de tratar e não ter equipamento apropriado. A maioria dos respondentes (85%) sentiam que os cuidados domiciliares deveriam ser encaminhados aos postos de saúde. Neste aspecto a taxa de oferta de cuidados odontológicos domiciliares no norte e oeste de Belfast é falha, a despeito de serem

áreas de alta privação sócio-econômica onde a demanda destes serviços está crescendo.

Hally et al., 2003 realizam este estudo para avaliar as atitudes e práticas dos dentistas e supervisores de instituições dentro da região das *Highlands* (Terras Altas da Escócia) com relação à prestação de atendimento odontológico para idosos (indivíduos com 60 anos ou mais) residentes em ILP através de um estudo transversal desenhado para coletar dados por meios de questionários enviados pelo correio. A amostra compreendeu 94 sujeitos. Após a postagem, um contato telefônico foi feito com todas as setenta e cinco ILP registradas com o Conselho de Saúde (48 unidades residenciais, 19 unidades de enfermagem e 8 casas-dia). A importância do contato telefônico com as unidades supervisoras foi enfatizado em um estudo piloto onde a melhoria na comunicação com estas unidades aumentou a adesão ao estudo. Um total de 88 dentistas (93,6%) retornaram o questionário e dos respondentes 65 eram GDPs, 10 dentistas assalariados e 13 CDOs. A média de formação dos dentistas foi de 37 anos. O nível de experiência nas especialidades dentre os diversos grupos de dentistas variou de 85% CDOs tendo trabalhado em clínica geral por um mínimo de seis meses e 9% de GDPs com experiência nas comunidades. O nível de cuidados domiciliares em clínica geral foi mais alto, com 88% dos GDPs providenciando tais cuidados. Apesar de 75% dos GDPs sentirem que não eram adequadamente remunerados para cuidados domiciliares, um quarto prestava estes atendimentos exclusivamente em clínica privada. As razões para não prestar cuidados domiciliares incluíam falta de tempo, demanda insuficiente, equipamento domiciliar precário, falta de suporte de emergência, preocupações em relação à qualidade do tratamento enquanto outros sentiam que a responsabilidade deste procedimento era dos CDOs. Outros fatores como

equipamento precário, ensino fraco na graduação, assistência precária e não gostar de tratar tais pacientes foram mencionados. Mais da metade dos dentistas (56%) sentiam que a melhoria da educação em pós-graduação os incentivaria a prestar cuidados a este grupo de doentes e todos os CDOs sentiram que este treinamento seria benéfico. Uma boa taxa de respostas foi encontrada para os questionários postados com 88 dentistas (94%) e 59 supervisores (79%) dentro da área participante na pesquisa. Embora, como acontece com todos os estudos psicométricos (ex.: questionário) pode-se argumentar que os resultados são baseados em atitudes e comportamentos. Se isto representa a realidade ou não, pode somente ser validado com pesquisas adicionais, mas a alta taxa de resposta sugere que uma completa seleção dos pontos de vistas foram obtidos.

Rocha & Miranda (2013) descreveram que com o aumento da expectativa de vida da população há o aparecimento de doenças específicas do idoso e considerando que muitos indivíduos alcançam a terceira idade com dentes remanescentes os problemas bucais se agravam em conjunto com os problemas de saúde sistêmica. Assim, há a necessidade de ações clínicas e educacionais a serem realizadas pelos profissionais da Odontologia capacitados na prática domiciliar e a Odontogeriatrics é mais uma área de atuação odontológica com ênfase multidisciplinar. Os relatos na literatura nacional a respeito desta prática odontológica são escassos, muito pela dificuldade do cirurgião-dentista em atuar de maneira multidisciplinar e também pelo desconhecimento por parte de todos os envolvidos no processo. O atendimento odontológico domiciliar é muito efetivo e uma tendência mundial e as intervenções realizadas proporcionam maior humanização do atendimento, considerando que muitas vezes o idoso está impossibilitado de se deslocar para o consultório, por debilidade e/ou dependência e

acometidos por diversos tipos de enfermidades. Assim, há a necessidade de implementar nos cursos de graduação em Odontologia e cursos de capacitação na área de odontogeriatria um enfoque de assistência domiciliar, com base em um planejamento gerontológico em saúde.

3. PROPOSIÇÃO

A proposta deste trabalho foi avaliar, através de um abordagem quali-quantitativa (questionário), as barreiras e percepções dos cirurgiões-dentistas da Região Metropolitana do Vale do Paraíba Paulista no atendimento ao idoso em domicílio, instituições de longa permanência e hospitais.

4 METODOLOGIA

Este estudo foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa através da Plataforma Brasil da UNITAU (CAAE: 51491615.0.0000.5501; número do comprovante 122904/2015) e para seu desenvolvimento foi utilizado um método psicométrico auto-administrado (questionário).

O trabalho de Chowdhry et. al. 2011 foi usado como base e a elaboração do questionário, considerando que neste artigo um questionário completo e abrangente foi apresentado pelos autores. Para o desenvolvimento deste estudo transversal descritivo, caracterizado por uma abordagem quali-quantitativa, o questionário para este trabalho foi inicialmente elaborado pela tradução (translation) do questionário original para o português. Após a tradução para a língua Portuguesa, uma outra tradução foi realizada para a língua Inglesa (*back-translation*) para comparação com o artigo original, verificar exatidão e realizar as adaptações linguísticas necessárias. Em seguida, o questionário inicial foi aplicado em 30 cirurgiões-dentistas da RMVP selecionados aleatoriamente para determinar a validade, a consistência interna e confiabilidade do questionário com o cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach.

O questionário inicial apresentava quatro partes: 1. Informações pessoais e profissionais; 2. Itens sobre as percepções e barreiras para o atendimento ao idoso com os índices de respostas baseados na escala Likert; 3. Razões para não oferecer o atendimento ao idoso, com oito itens a serem selecionados (mais de um item poderia ser selecionado); 4. Motivos pelos quais parou em oferecer o atendimento ao idoso, com seis itens a serem selecionados (mais de um item poderia ser selecionado).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Conselho Federal de Odontologia (CFO) para a obtenção dos dados dos dentistas cadastrados na RMVP (ofício Of. S. - 1761/2014) e por determinação do conselho (resolução 03/2014 que regulamenta o uso de dados pessoais dos inscritos no conselho para fins de pesquisa) foi elaborado um link para web do questionário (<https://docs.google.com/forms/d/1GXA3XwbglpawJcHAPYJtm9BuFy1Uny3y1V-z6ugg7IM/viewform>) utilizando os recursos do Google Drive®. O link do questionário apresentava um total de 25 seções divididos em três partes. Os itens ou perguntas das seções que apresentavam um asterisco vermelho eram obrigatórios e após cada resposta, automaticamente o respondente era direcionado para uma próxima seção específica. O fluxograma do questionário é apresentado na Figura 8.

A parte 1 apresentava oito seções com dados pessoais e profissionais, além das perguntas sobre o atendimento ou não ao idoso. A parte 2 do questionário (a partir da seção 9) apresentava perguntas sobre a percepção e pontos-de-vista dos respondentes em relação ao atendimento odontológico ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais e no enunciado de cada seção havia a solicitação para responder de acordo com os critérios pessoais independentemente deste realizar ou não este tipo de atendimento. De acordo com as respostas para as seções 4, 5 ou 6 na parte 1, os respondentes eram subdivididos em Grupo A (ofereciam atendimento ao idoso) e direcionados para a parte 2a; Grupo B (excluíram o atendimento de sua prática clínica) e direcionados para a parte 2b; Grupo C (não ofereciam atendimento ao idoso, mas tinham intenção em fazê-lo) e direcionados para a parte 2c; Grupo D (não ofereciam atendimento ao idoso e não tinham intenção em fazê-lo) e direcionados para a parte 2d. As partes 2a, 2b, 2c e 2d do questionário eram idênticas e com as respostas baseadas na escala Likert. Isto foi realizado com o

intuito de facilitar a comparação entre os grupos de respondentes no momento da análise dos dados. A escala Likert apresentava 7 itens (concordo totalmente, concordo, concordo um pouco, neutro, discordo um pouco, discordo, discordo totalmente) ou 5 itens (muito importante, importância moderada, neutro, pouco importante, sem importância) de acordo com a análise a ser realizada.

A parte 3 (seção 25) continha a pergunta "Você entendeu as questões apresentadas no questionário?*", antes do envio final do link. Com três itens (totalmente, parcialmente ou não entendi) esta pergunta foi utilizada para a avaliação final do questionário. Após a elaboração, o link foi enviado por e-mail para alguns colegas com o intuito de verificar possíveis inconsistências na sua elaboração.

Após o pagamento de uma taxa ao CROSP, o link do questionário foi enviado para o e-mail sandra.nunes@crops.org.br que o redirecionou para os dentistas da RMVP.

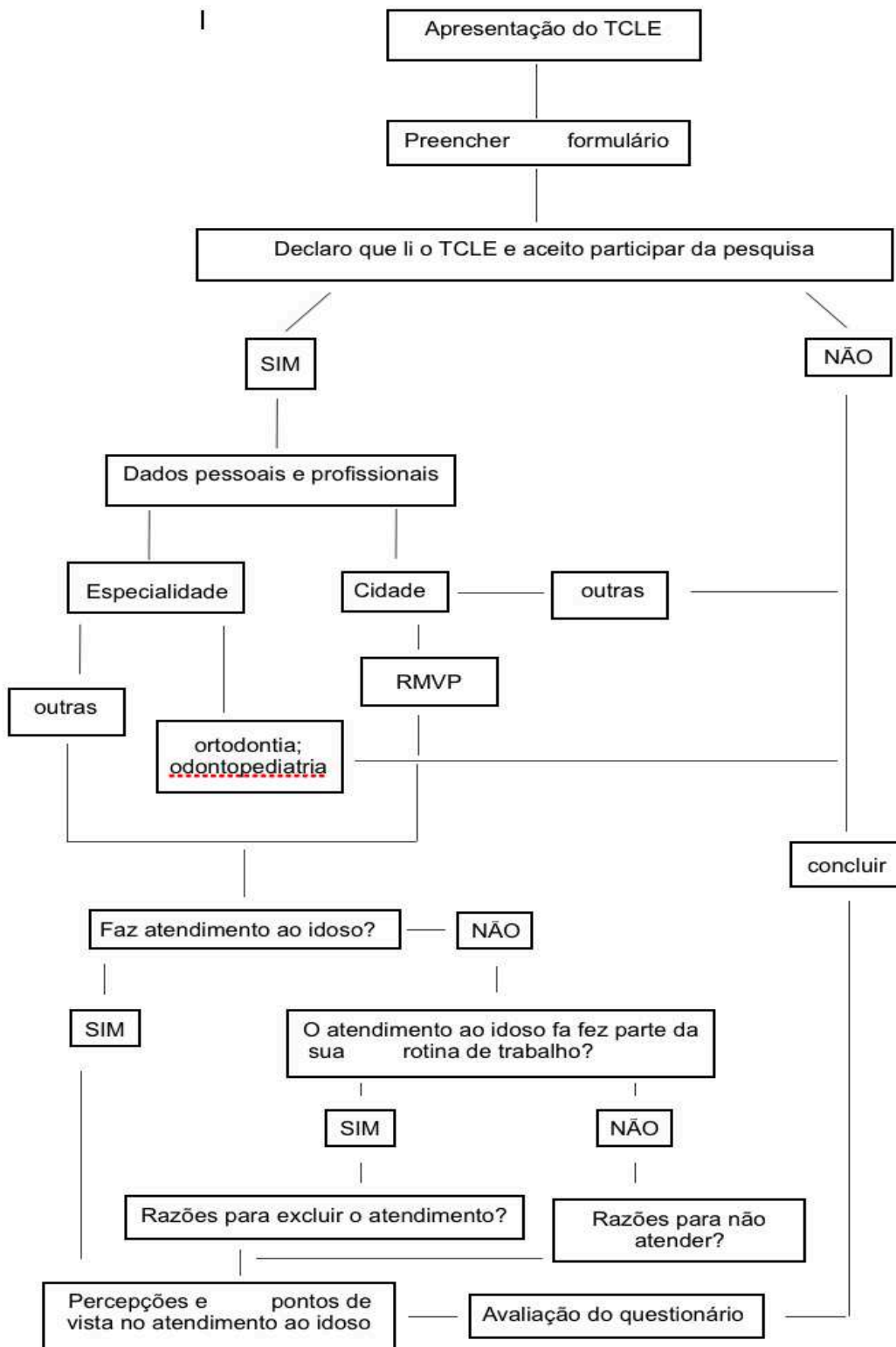


Figura 8. Fluxograma do questionário

Para o cálculo do tamanho amostral com um erro amostral estatístico fidedigno, uma análise estatística foi realizada considerando o número total de dentistas da RMVP obtidos através de pesquisa no site do Conselho Federal de Odontologia - CFO no final do 1º semestre de 2015. Desta forma, utilizando uma fórmula para calcular o tamanho amostral com um erro amostral estatístico de 11,0%, por exemplo, considerando um total de 4485 dentistas na região no ano do parecer (2015), um número mínimo de 81 respondentes da RMVP seriam necessários. A quantidade amostral foi definida conforme a metodologia expressa no anexo A, onde com base no Teorema do Limite Central e a Leis dos Grandes Números, esse tamanho amostral garantiu que análises estatísticas fossem fidedignas. Para a análise dos dados, as respostas às perguntas de todos os questionários foram tabuladas no Excel Office 2010® e deram origem a uma súmula estatística dos resultados. Para tanto, foram atribuídos valores diferentes para cada item da escala Likert da seguinte forma: concordo totalmente=1; concordo=2; concordo parcialmente=3; neutro=4; discordo parcialmente=5; discordo=6; discordo totalmente=7; muito importante=1; importante=2; neutro=3; pouco importante=4; sem importância=5.

Posteriormente, foi caracterizada a distribuição da frequência relativa (percentuais) através do Teste de Igualdade de Duas Proporções e para a comparação (medição do efeito) das co-variáveis qualitativas em funções de variáveis quantitativas foi utilizado o teste de ANOVA. O índice de Alfa de Cronbach foi calculado para medir a consistência interna do questionário aplicado. Nesta análise estatística foram utilizados os softwares SPSS V17, Minitab 16 e Excel Office 2010. Para a comparação dos dados pessoais, profissionais e demográficos foi utilizado o Teste de Igualdade de duas Proporções, que compara se a proporção de

respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis são estatisticamente significantes com o objetivo de caracterizar a distribuição da frequência relativa (percentuais) de todas as variáveis através do teste citado. Para tanto, foi definido para este trabalho um nível de significância (erro estatístico cometido nas análises) de 0,05 (5%). Vale ressaltar, que todos os intervalos de confiança elaborados ao longo do trabalho foram construídos com 95% de confiança estatística. Os percentuais foram calculados para os totais expressos ao final de cada tabela, ou seja, calculou-se os percentuais para o total de respostas válidas. As tabelas apresentadas demonstraram a distribuição dos grupos para cada nível de resposta. Com 4 grupos, comparou-se todos aos pares e nas tabelas dos p-valores, todas as comparações foram realizadas duas a duas entre os grupos em cada nível de resposta. Nestas tabelas basta cruzar a linha com a coluna para encontrar o p-valor necessário. Em algumas comparações não houve resultado estatístico (0% comparado com 0%) e assim denotamos com o símbolo “x”.

As percepções e pontos de vista dos respondentes foram analisados individualmente e posteriormente comparadas utilizando o teste ANOVA (*Analysis of variance*), um teste paramétrico para a comparação de médias utilizando a variância. Para estas análises, quatro tópicos foram abordados de acordo com a elaboração do questionário:

- Sentimento: Qual o seu sentimento sobre realizar atendimento odontológico para pessoas idosas?
- Decisão: Na sua decisão em realizar o atendimento ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais, descreva a importância para os fatores abaixo.
- Motivo: Por quê realizar atendimento odontológico aos idosos em domicílio, ILP ou hospitais?

- Afirmações: Responda às afirmações referentes ao atendimento odontológico ao idoso.

As médias e os intervalos de confiança (IC) foram extraídos da tabulação da escala Likert (valores equivalentes àqueles atribuídos à escala Likert): concordo totalmente=1; concordo=2; concordo parcialmente=3; neutro=4; discordo parcialmente=5; discordo=6; discordo totalmente=7 ou muito importante=1; importante=2; neutro=3; pouco importante=4; sem importância=5. Nas variáveis onde encontrou-se diferença média entre os grupos, foi utilizado a Comparação Múltipla de Tukey (Post Hoc) para comparar os grupos aos pares.

5 RESULTADOS

Os resultados iniciais após o envio do *link* do questionário para 4626 dentistas da RMVP, através do conselho regional de Odontologia entre 18 e 20 de Abril de 2016 não foram satisfatórios, com somente 19 respondentes. A resposta do CFO a respeito do dados solicitados foi recebida por e-mail somente em 14 de maio de 2016. Desta forma, 4192 *e-mails* foram reenviados entre 24 de Junho e 12 de Julho de 2016 e destes, 1447 *e-mails* retornaram por motivos diversos. Após a utilização de outros recursos para a divulgação da pesquisa, a taxa de resposta considerando o número total de envios (4626 dentistas) foi de 3,65% (Figura 9), sendo o número total de respondentes 169 até o envio dos dados para análise estatística, com 168 respondentes aceitando participar da pesquisa (99,4%) e uma recusa. (Figura 10).

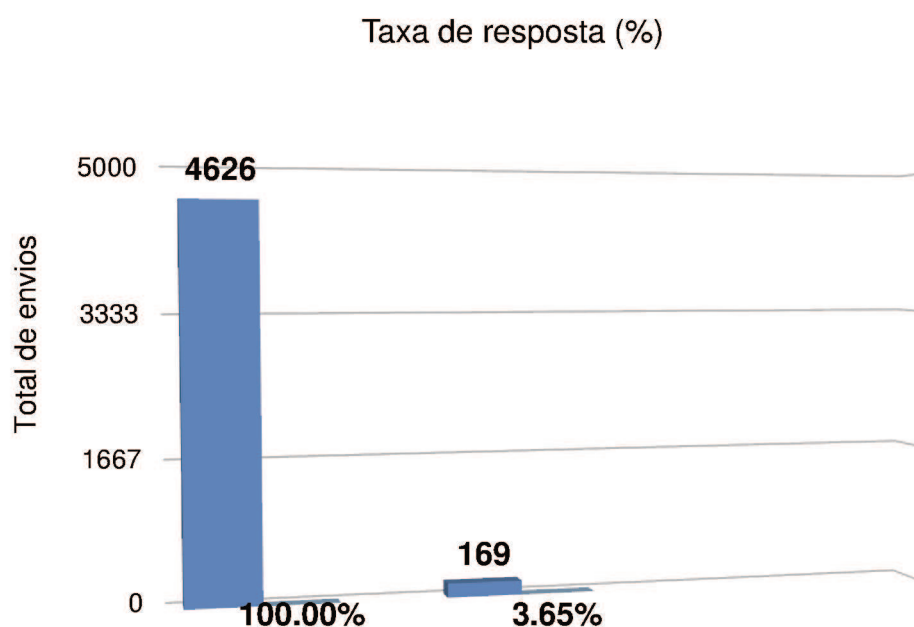


Figura 9. Taxa de resposta ao link do questionário

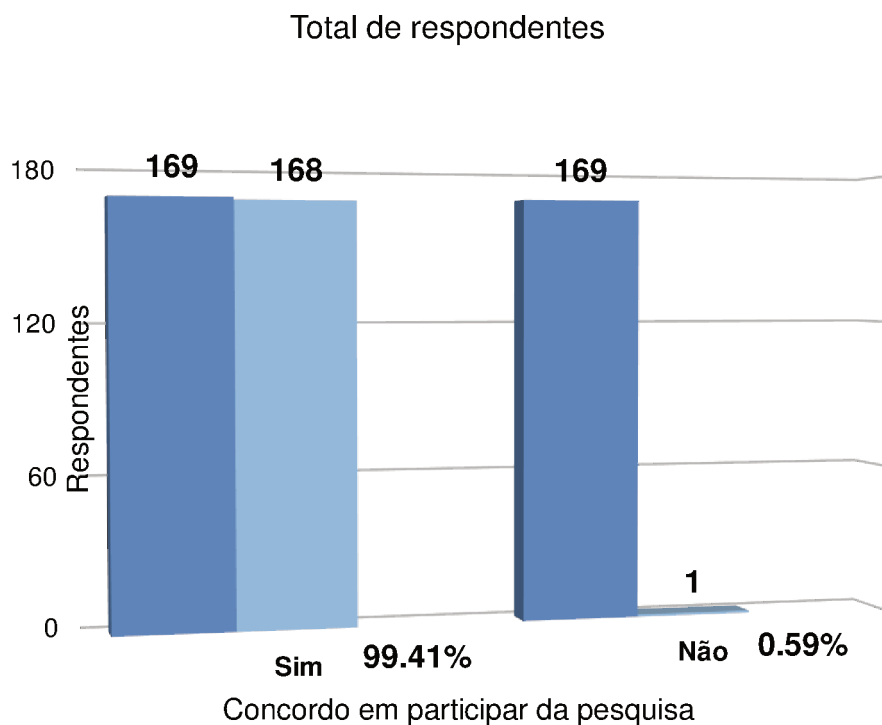


Figura 10. Total inicial de respondentes ao link do questionário

Dos 168 respondentes que aceitaram participar da pesquisa, três não atuavam no Vale do Paraíba, 10 eram odontopediatras e 30 ortodontistas e considerando os critérios elaborados para o questionário, foram excluídos, resultando em um número final de 125 respondentes (erro amostral entre 8,5 e 9% - Anexo A).

De acordo com a elaboração do questionário, os resultados dos quatro grupos categorizados na elaboração do questionário foram: Grupo A - respondentes que ofertavam atendimento aos idosos em ILP, domicílio e hospitais (n=18); Grupo B - respondentes que interromperam o atendimento aos idosos em ILP, domicílio e hospitais (n=21); Grupo C - respondentes que não ofertavam atendimento aos idosos em ILP, domicílio e hospitais, mas tinham intenção em fazê-lo (n=30); Grupo D - respondentes que não ofertavam atendimento aos idosos em ILP, domicílio e

hospitais e não tinham intenção em fazê-lo (n=56). Dos cento e vinte e cinco respondentes, 18 (14,4% - Grupo A) ofertavam o atendimento odontológico para pacientes idosos em domicílio, ILP e hospitais e 107 (85,6% - Grupos B, C e D) não ofertavam (Figura 11).

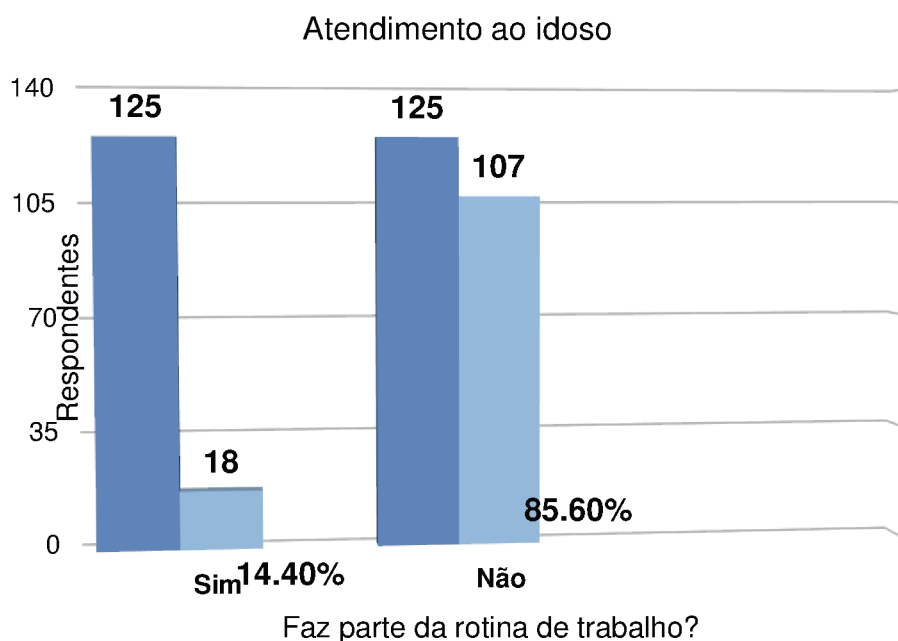


Figura 11. Atendimento ao idoso em ILP, residências e hospitais (n=125)

Do total de respondentes (n=125), 21 (16,80% - Grupo B) que não ofertavam atendimento ao idoso, relataram que em algum momento ofereceram este tipo de atendimento e 86 (68,80% - Grupo C e D) responderam que está prática nunca fez parte da rotina de trabalho deles (Figura 12).

Atendimento ao idoso

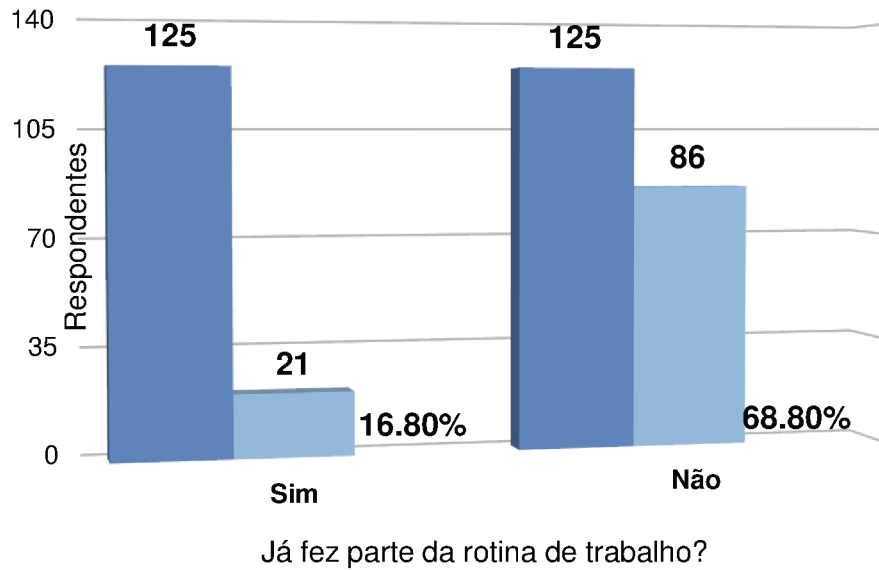


Figura 12. Atendimento ao idoso em ILP, residências e hospitais

Aos 86 respondentes que nunca tinham ofertado atendimento ao idoso no momento da pesquisa foi perguntado sobre a intenção em fazê-lo. Trinta respondentes (34,88% - Grupo C) tinham a intenção em inserir este tipo de atendimento na sua rotina de trabalho e 56 (65,12% - Grupo D) não tinham a intenção em inserir este tipo de atendimento (Figura 13). Considerando o total de respondentes (n=125) o Grupo C representou 24% e o Grupo D 44,8%.

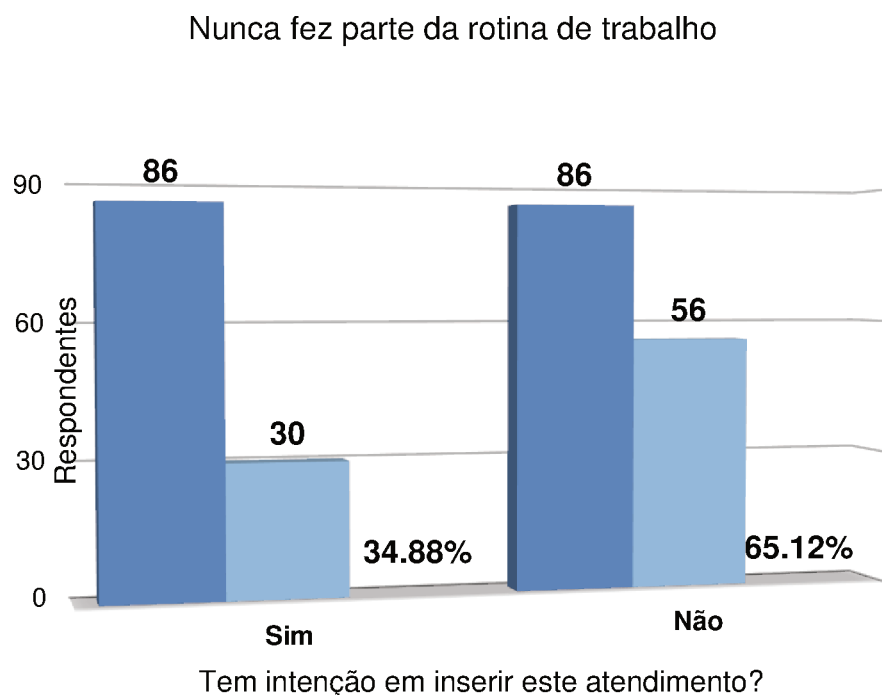


Figura 13. Atendimento ao idoso em ILP, residências e hospitais.

5.1 Análises dos dados demográficos, pessoais e profissionais

Para a comparação dos dados pessoais, profissionais e demográficos foi utilizado o Teste de Igualdade de duas Proporções, que compara se a proporção de respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis são estatisticamente significantes com o objetivo de caracterizar a distribuição da frequência relativa (percentuais) de todas as variáveis através do teste citado. Os grupos foram comparados todos aos pares e nas tabelas dos p-valores, todas as comparações foram realizadas duas a duas entre os grupos em cada nível de resposta. Nestas tabelas basta cruzar a linha com a coluna para encontrar o p-valor necessário.

Quando não houve resultado estatístico (0% comparado com 0%) foi estabelecido o símbolo “- x -”.

Na comparação dos quatro grupos para a distribuição da frequência relativa (percentuais) das variáveis qualitativas demográficas, os percentuais foram calculados sempre para o total de respondentes de cada grupo, ou seja, Grupo A (N=18), Grupo B (N=21), Grupo C (N=30) e Grupo D (N=56). A tabela 1 apresenta a distribuição da frequência relativa dos "gêneros" e a tabela 2 os p-valores da comparação entre os grupos desta distribuição. Observou-se nos grupos A, C e D um maior número de respondentes do gênero feminino e no grupo B do gênero masculino. Na avaliação dos p-valores da tabela 2, observou-se que não houve diferença estatística entre os grupos no que se refere ao gênero.

Tabela 1. Distribuição da frequência relativa (percentuais) de Gênero

Gênero	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	13	72,2%	9	42,9%	18	60,0%	35	62,5%
Masculino	5	27,8%	12	57,1%	12	40,0%	21	37,5%

Tabela 2. P-valores da Tabela 1

		Grupo A	Grupo B	Grupo C
Feminino	Grupo B	0,065		
	Grupo C	0,391	0,227	
	Grupo D	0,452	0,121	0,820
Masculino	Grupo B	0,065		
	Grupo C	0,391	0,227	
	Grupo D	0,452	0,121	0,820

A Tabela 3 apresenta a distribuição da frequência relativa para as “sub-regiões” da RMVP em que o respondente atuava e a Tabela 4 apresenta os p-valores das comparações entre os grupos desta distribuição. A sub-região 1 (Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos) apresentou um maior número de respondentes, seguida da sub-região 3 (Aparecida, Cachoeira Paulista, Canas, Cunha, Guaratinguetá, Lorena, Piquete, Potim e Roseira), da sub-região 2 (Campos do Jordão, Lagoinha, Natividade da Serra, Pindamonhangaba, Redenção da Serra, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Luis do Paraitinga, Taubaté e Tremembé), da sub-região 4 (Arapeí, Areias, Bananal, Cruzeiro, Lavrinhas, Queluz, São José do Barreiro e Silveiras) e da sub-região 5 (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba). O grupo A apresentou-se com uma distribuição mais homogênea em todas as sub-regiões, com exceção da sub-região 5. Os grupos B, C e D apresentaram um maior número de respondentes na sub-região 1. Na avaliação dos p-valores (tabela 4), as diferenças estatísticas entre o grupo A e os grupos B e D foram evidentes para a sub-região 1, com os grupos B (61,9%) e D (60,7%) sendo mais prevalentes ($p=0,033$ e $p=0,015$ respectivamente). Na sub-região 4, houve uma

diferença estatística entre os grupos o Grupo A, com maior prevalência (27,8%) de respondentes que atendiam idosos quando comparados com os grupos C (3,3%) e D (1,8%) que não ofertavam este tipo de atendimento ($p=0,013$ e $p<0,001$ respectivamente).

Tabela 3. Distribuição da frequência relativa (percentuais) para as sub-regiões

Cidade que atua	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sub-região 1	5	27,8%	13	61,9%	17	56,7%	34	60,7%
Sub-região 2	4	22,2%	1	4,8%	7	23,3%	10	17,9%
Sub-região 3	4	22,2%	4	19,0%	4	13,3%	11	19,6%
Sub-região 4	5	27,8%	2	9,5%	1	3,3%	1	1,8%
Sub-região 5	0	0,0%	1	4,8%	1	3,3%	0	0,0%

Tabela 4. P-valores da Tabela 3

		Grupo A	Grupo B	Grupo C
Sub-região 1	Grupo B	0,033		
	Grupo C	0,052	0,708	
	Grupo D	0,015	0,924	0,716
Sub-região 2	Grupo B	0,104		
	Grupo C	0,929	0,073	
	Grupo D	0,681	0,144	0,543
Sub-região 3	Grupo B	0,807		
	Grupo C	0,424	0,581	
	Grupo D	0,813	0,953	0,462
Sub-região 4	Grupo B	0,139		
	Grupo C	0,013	0,355	
	Grupo D	<0,001	0,118	0,650
Sub-região 5	Grupo B	0,348		
	Grupo C	0,434	0,796	
	Grupo D	- x -	0,100	0,169

A Tabela 5 apresenta a distribuição da frequência relativa para a "faixa etária" e a Tabela 6 apresenta os p-valores desta distribuição. A faixa etária entre 37 e 42 anos foi a mais prevalente para todos os grupos com exceção do grupo B com a faixa entre 31 a 36 anos em maior número, mas não houve diferenças estatísticas entre os grupos para a faixa etária como observado na tabela 6.

Tabela 5. Distribuição da frequência relativa (percentuais) para a idade

Idade	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D	
	N	%	N	%	N	%	N	%
20 a 25 anos	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	4	7,1%
26 a 30 anos	1	5,6%	2	9,5%	4	13,3%	6	10,7%
31 a 36 anos	5	27,8%	7	33,3%	6	20,0%	9	16,1%
37 a 42 anos	5	27,8%	4	19,0%	7	23,3%	16	28,6%
43 a 48 anos	2	11,1%	3	14,3%	7	23,3%	6	10,7%
49 a 54 anos	1	5,6%	0	0,0%	1	3,3%	7	12,5%
55 a 60 anos	3	16,7%	3	14,3%	3	10,0%	4	7,1%
61 a 66 anos	1	5,6%	2	9,5%	1	3,3%	4	7,1%

Tabela 6. P-valores da Tabela 5

		Grupo A	Grupo B	Grupo C
20 a 25 anos	Grupo B	- x -		
	Grupo C	0,434	0,398	
	Grupo D	0,244	0,208	0,472
26 a 30 anos	Grupo B	0,643		
	Grupo C	0,393	0,678	
	Grupo D	0,515	0,879	0,718
31 a 36 anos	Grupo B	0,708		
	Grupo C	0,535	0,282	
	Grupo D	0,270	0,096	0,647
37 a 42 anos	Grupo B	0,519		
	Grupo C	0,731	0,714	
	Grupo D	0,948	0,396	0,601
43 a 48 anos	Grupo B	0,768		
	Grupo C	0,294	0,423	
	Grupo D	0,962	0,664	0,119
49 a 54 anos	Grupo B	0,274		
	Grupo C	0,709	0,398	
	Grupo D	0,409	0,089	0,163
55 a 60 anos	Grupo B	0,837		
	Grupo C	0,499	0,640	
	Grupo D	0,230	0,332	0,644
61 a 66 anos	Grupo B	0,643		
	Grupo C	0,709	0,355	
	Grupo D	0,815	0,728	0,472

A Tabela 7 apresenta a distribuição da frequência relativa para "tempo de formado" dos respondentes e a Tabela 8 apresenta os p-valores das comparações entre os grupos desta distribuição. O período de formação entre 12 e 17 anos foi o mais

prevalente para todos os grupos, mas não houve diferenças estatísticas entre os grupos como observado na tabela 8.

Tabela 7. Distribuição da frequência relativa (percentuais) para o tempo de formado

Tempo de formado	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1 a 5 anos	1	5,6%	2	9,5%	5	16,7%	9	16,1%
6 a 11 anos	4	22,2%	4	19,0%	4	13,3%	7	12,5%
12 a 17 anos	6	33,3%	6	28,6%	10	33,3%	21	37,5%
18 a 23 anos	2	11,1%	3	14,3%	2	6,7%	3	5,4%
24 a 29 anos	1	5,6%	1	4,8%	5	16,7%	7	12,5%
30 a 35 anos	3	16,7%	1	4,8%	3	10,0%	5	8,9%
36 a 41 anos	0	0,0%	1	4,8%	0	0,0%	0	0,0%
37 a 42 anos	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
acima 35 anos	0	0,0%	3	14,3%	1	3,3%	4	7,1%

Tabela 8. P-valores da Tabela 7

		Grupo A	Grupo B	Grupo C
1 a 5 anos	Grupo B	0,643		
	Grupo C	0,260	0,466	
	Grupo D	0,256	0,465	0,943
6 a 11 anos	Grupo B	0,807		
	Grupo C	0,424	0,581	
	Grupo D	0,313	0,465	0,912
12 a 17 anos	Grupo B	0,748		
	Grupo C	1,000	0,718	
	Grupo D	0,749	0,465	0,701
18 a 23 anos	Grupo B	0,768		
	Grupo C	0,590	0,368	
	Grupo D	0,398	0,193	0,805
24 a 29 anos	Grupo B	0,911		
	Grupo C	0,260	0,194	
	Grupo D	0,409	0,322	0,595
30 a 35 anos	Grupo B	0,222		
	Grupo C	0,499	0,493	
	Grupo D	0,358	0,544	0,870
36 a 41 anos	Grupo B	0,348		
	Grupo C	- x -	0,227	
	Grupo D	- x -	0,100	- x -
37 a 42 anos	Grupo B	0,274		
	Grupo C	0,192	- x -	
	Grupo D	0,076	- x -	- x -
acima 35 anos	Grupo B	0,095		
	Grupo C	0,434	0,152	
	Grupo D	0,244	0,332	0,472

A tabela 9 apresenta a distribuição da frequência relativa para "especialidade" dos respondentes e a Tabela 10 apresenta os p-valores das comparações entre os grupos desta distribuição. Um maior número de respondentes eram clínicos-gerais, mas uma diferença estatística entre os grupos foi observada somente na distribuição da especialidade "Pacientes Especiais", com maior prevalência de respondentes do Grupo A 27,8% ($p=0,047$; $p=0,002$; $p<0,001$) para esta especialidade.

Tabela 9. Distribuição da frequência relativa (percentuais) para especialidade.

Especialidade	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Endodontia	3	16,7%	3	14,3%	3	10,0%	14	25,0%
Prótese	2	11,1%	1	4,8%	5	16,7%	7	12,5%
Periodontia	0	0,0%	1	4,8%	4	13,3%	4	7,1%
Dentística	0	0,0%	0	0,0%	3	10,0%	6	10,7%
Odontogeriatría	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Implantodontia	0	0,0%	4	19,0%	5	16,7%	4	7,1%
Clínica Geral	4	22,2%	6	28,6%	5	16,7%	12	21,4%
Paciente especiais	5	27,8%	1	4,8%	0	0,0%	0	0,0%
Outros	4	22,2%	5	23,8%	5	16,7%	9	16,1%

Tabela 10. P-valores da Tabela 9

		Grupo A	Grupo B	Grupo C
Endodontia	Grupo B	0,837		
	Grupo C	0,499	0,640	
	Grupo D	0,465	0,313	0,096
Prótese	Grupo B	0,458		
	Grupo C	0,598	0,194	
	Grupo D	0,875	0,322	0,595
Periodontia	Grupo B	0,348		
	Grupo C	0,106	0,311	
	Grupo D	0,244	0,706	0,346
Dentística	Grupo B	- x -		
	Grupo C	0,166	0,135	
	Grupo D	0,147	0,118	0,918
Odontogeriatría	Grupo B	- x -		
	Grupo C	- x -	- x -	
	Grupo D	- x -	- x -	- x -
Implantodontia	Grupo B	0,051		
	Grupo C	0,067	0,826	
	Grupo D	0,244	0,127	0,169
Clínica Geral	Grupo B	0,651		
	Grupo C	0,633	0,309	
	Grupo D	0,943	0,510	0,597
Paciente especiais	Grupo B	0,047		
	Grupo C	0,002	0,227	
	Grupo D	<0,001	0,100	- x -
Outros	Grupo B	0,907		
	Grupo C	0,633	0,527	
	Grupo D	0,551	0,433	0,943

Em todas as análises observadas, basicamente não houve diferença estatística entre os grupos, ou seja, os mesmos são homogêneos. Exceção feita na comparação para as sub-regiões 1 e 4 onde houve diferença do Grupo A em comparação aos demais e na comparação da “especialidade” com diferença estatística entre os grupos para a distribuição de “Pacientes Especiais” para o Grupo A.

5.2 Análise das percepções e pontos de vista

As percepções e pontos de vista dos respondentes foram analisados individualmente e posteriormente comparadas utilizando o teste ANOVA (*Analysis of variance*). A tabela 11 apresenta a comparação entre os grupos sobre o "Qual o sentimento em realizar atendimento odontológico para pessoas idosas?".

Tabela 11. Sentimento sobre realizar atendimento ao idoso. (nível de significância: 95%); ^acom Comparação Múltipla de Tukey (Post Hoc); *média das respostas; equivalente aos valores atribuídos à escala Likert.

COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS GRUPOS Sentimento sobre realizar atendimento odontológico ao idoso

Percepção	GRUPOS (média* e IC +/-)				p valor (ANOVA ^a)
	Grupo A (n=18)	Grupo B (n=21)	Grupo C (n=30)	Grupo D (n=56)	
Realizar atendimento odontológico ao idoso pode ser uma experiência gratificante (1)	1,61 (0,28)	1,48 (0,22)	1,30 (0,17)	1,70 (0,21)	0,067
A idade do paciente não influencia na minha decisão em realizar atendimento (2)	1,39 (0,32)	1,90 (0,52)	2,63 (0,69)	2,41 (0,44)	0,037
Pacientes idosos raramente seguem as recomendações dos dentistas (3)	4,50 (0,68)	3,86 (0,73)	4,67 (0,53)	4,11 (0,42)	0,236
É difícil melhorar a saúde bucal de pacientes idosos (4)	4,00 (0,94)	4,57 (0,83)	4,47 (0,70)	4,07 (0,45)	0,602
Realizar atendimento odontológico de idosos é difícil devido aos problemas médicos/e ou demência associada (5)	4,06 (0,85)	3,81 (0,84)	3,73 (0,65)	3,39 (0,43)	0,502

Os respondentes de todos os grupos tenderam a concordar que a idade do paciente não influencia na decisão deles em realizar atendimento ao idoso, com diferenças estatísticas significantes ($p=0,044$ - Comparação Múltipla de Tukey) entre o Grupo A (média: 1,39) e o Grupo C (média: 2,69). Concordaram também que realizar atendimento ao idoso pode ser uma experiência gratificante, mas sem diferenças estatísticas entre os grupos. Foram mais neutros para os itens “pacientes idosos raramente seguem as recomendações dos dentistas” e “é difícil melhorar a saúde bucal de pacientes idosos”. Os respondentes do Grupo B, C e D tenderam a concordar que “realizar atendimento odontológico de idosos é difícil devido aos problemas médicos/e ou demência associada”, sendo que os dos Grupos A foram mais neutros para este item, mas não houve diferenças estatísticas entre os grupos.

A comparação entre os grupos sobre a importância de cada padrão e indicador na "decisão em realizar o atendimento ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais" é apresentada na Tabela 12. As respostas foram baseadas na escala Likert com cinco itens.

Tabela 12. Importância dos fatores na decisão em realizar atendimento ao idoso. (nível de significância: 95%); *média das respostas; equivalente aos valores atribuídos à escala Likert.

COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS GRUPOS Decisão em realizar o atendimento ao idoso

Fatores	GRUPOS <small>(média* e IC + -)</small>				p valor (ANOVA)
	Grupo A (n=18)	Grupo B (n=21)	Grupo C (n=30)	Grupo D (n=56)	
O tempo que eu tenho disponível para o meu consultório (1)	2,00 (0,59)	2,19 (0,50)	1,53 (0,24)	1,86 (0,24)	0,112
O meu tempo pessoal disponível (2)	1,78 (0,41)	1,86 (0,56)	1,67 (0,32)	1,82 (0,26)	0,901
A facilidade de acesso que eu teria até o local do atendimento (3)	2,00 (0,59)	2,43 (0,64)	1,87 (0,38)	1,80 (0,25)	0,187
Quanto seria a remuneração para este tipo de atendimento (4)	2,50 (0,53)	2,24 (0,45)	2,17 (0,38)	2,00 (0,26)	0,349
Como seriam as condições de infra-estrutura, equipamentos e materiais no local do atendimento (5)	1,67 (0,48)	1,76 (0,38)	1,37 (0,22)	1,45 (0,21)	0,264
A sua satisfação pessoal para este tipo de atendimento (6)	1,39 (0,45)	1,19 (0,22)	1,17 (0,19)	1,32 (0,15)	0,542
A sua experiência e treinamento para este tipo de atendimento (7)	1,39 (0,36)	1,52 (0,35)	1,13 (0,16)	1,21 (0,15)	0,113

Os respondentes foram bem homogêneos e os grupos tenderam a considerar importante todos os sete fatores apresentados sobre a decisão em realizar atendimento ao idosos, não havendo diferenças estatísticas entre eles.

A Tabela 13 apresenta os resultados sobre "Por quê realizar atendimento odontológico aos idosos em domicílio, ILP ou hospitais?" com respostas baseadas na escala Likert com sete itens.

Os grupos tenderam a concordar com as razões 2, 4, 6, 7 e 8. Não houve diferenças estatísticas entre os grupos para a razão 2. A razão 4 foi mais relevante para os Grupos A e C, com diferenças estatísticas significantes entre os Grupos A e D ($p=0,001$ - Comparação Múltipla de Tukey; médias 1,67 e 2,96 respectivamente), entre os Grupos C e B ($p=0,001$ - Comparação Múltipla de Tukey; médias 1,57 e 3,00 respectivamente) e entre os Grupos C e D ($p<0,001$ - Comparação Múltipla de Tukey; médias 1,57 e 2,96 respectivamente). A razão 6 foi mais relevante para o Grupo C com diferenças estatísticas significantes entre o Grupos B ($p=0,019$ - Comparação Múltipla de Tukey; médias 2,53 e 3,86 respectivamente) e o Grupo D ($p=0,002$ - Comparação Múltipla de Tukey; médias 2,53 e 3,82 respectivamente). Para as razões 7 e 8, houve concordância entre os grupos, mas não houve diferenças estatísticas.

Para a razão 1, o Grupo A foi mais neutro e os Grupos B, C e D tenderam a concordar, mas não houve diferenças estatísticas entre os grupos.

Para a razão 3, os Grupos A e C tenderam a concordar e os Grupos B e D foram mais neutros, mas não houve diferenças estatísticas entre os grupos.

Tabela 13. Por quê realizar atendimento ao idoso? (nível de significância: 95%); ^acom Comparação Múltipla de Tukey (Post Hoc); *média das respostas; equivalente aos valores atribuídos à escala Likert.

COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS GRUPOS Por quê realizar atendimento odontológico ao idoso?

Razão	GRUPOS (média* e IC + -)				p valor (ANOVA ^a)
	Grupo A (n=18)	Grupo B (n=21)	Grupo C (n=30)	Grupo D (n=56)	
Devido a oportunidade em aumentar o número de meus atendimentos (1)	4,56 (0,80)	3,90 (0,78)	3,27 (0,59)	3,70 (0,38)	0,063
Estar com pessoas idosas é recompensador (2)	1,94 (0,43)	2,00 (0,41)	1,83 (0,34)	2,25 (0,27)	0,268
Porque pretendo ingressar em serviço público, onde este tipo de atendimento é realizado (3)	3,78 (0,96)	4,67 (0,77)	3,83 (0,67)	4,27 (0,43)	0,299
Acredito que este tipo de atendimento faz parte de minhas responsabilidades profissionais (4)	1,67 (0,32)	3,00 (0,80)	1,57 (0,29)	2,96 (0,35)	<0,0001
Estou aposentado e esta é uma oportunidade para ocupar meu tempo livre com ação social (5)	5,06 (0,94)	5,52 (0,83)	5,03 (0,65)	4,88 (0,43)	0,576
Quero diversificar minhas atividades na prática clínica (6)	3,56 (0,83)	3,86 (0,83)	2,53 (0,45)	3,82 (0,39)	0,003
Realizaria somente se fosse solicitado para este tipo de atendimento (7)	3,22 (1,06)	3,29 (0,78)	3,60 (0,65)	2,88 (0,37)	0,312
Realizaria se um paciente, amigo ou familiar me solicitasse este tipo de atendimento (8)	2,33 (0,82)	2,33 (0,59)	2,20 (0,55)	2,14 (0,26)	0,925

Os resultados para as cinco afirmações referentes aos aspectos do atendimento odontológico ao idoso foram apresentados com respostas baseadas na escala Likert com sete itens e os resultados da comparação entre os grupos estão na Tabela 14.

Os grupos foram homogêneos em concordar com todos os cinco aspectos apresentados. Não houve diferenças estatísticas significantes entre os grupos para os aspectos 1, 2, 3 e 5, mas o aspecto 4 foi mais relevante para o Grupo C em comparação com o Grupo B ($p=0,020$ - Comparação Múltipla de Tukey; médias 1,60 e 2,67 respectivamente).

Tabela 14. Aspectos do atendimento odontológico ao idoso. (nível de significância: 95%); ^acom Comparação Múltipla de Tukey (Post Hoc); *média das respostas; equivalente aos valores atribuídos à escala Likert.

COMPARAÇÃO DA PERCEPÇÃO DOS GRUPOS
Afirmações referentes ao atendimento odontológico ao idoso

Aspecto do atendimento	GRUPOS (média* e IC +/-)				p valor (ANOVA ^a)
	Grupo A (n=18)	Grupo B (n=21)	Grupo C (n=30)	Grupo D (n=56)	
Higienistas dentais são membros importantes da equipe odontológica que realiza atendimento odontológico ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais (1)	1,89 (0,42)	2,43 (0,86)	2,03 (0,47)	1,71 (0,27)	0,188
Assistentes odontológicas são membros importantes da equipe odontológica que realiza atendimento odontológico ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais (2)	1,89 (0,57)	2,81 (0,94)	2,17 (0,52)	1,82 (0,28)	0,057
Cursos de aperfeiçoamento, extensão e pós-graduação em Odontogeriatría influenciariam positivamente na minha decisão em realizar o atendimento odontológico ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais (3)	2,06 (0,86)	2,48 (0,82)	1,63 (0,44)	1,79 (0,25)	0,146
Termos de consentimento esclarecido ou outros documentos são importantes na minha decisão em realizar atendimento odontológico ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais (4)	1,72 (0,52)	2,67 (0,86)	1,60 (0,32)	1,93 (0,30)	0,027
A disciplina de Odontogeriatría, como parte da grade curricular da graduação, influenciaria positivamente na minha decisão em realizar atendimento odontológico ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais (5)	3,33 (0,53)	2,86 (0,73)	2,40 (0,50)	2,38 (0,35)	0,057

As principais razões citadas pelos 21 respondentes que excluíram o atendimento ao idoso da sua prática clínica (Grupo B) e pelos 56 respondentes que não tinham a intenção em inserir este tipo de atendimento (Grupo D) estão demonstradas na Figura 14.

Razões^a	nº (%) de respondentes
Para excluir o atendimento ao idoso (Grupo B)	21 (100)
O número de atendimentos era pequeno	9 (42,9)
O meu tempo livre era escasso	6 (28,6)
Este tipo de atendimento tornou-se profissionalmente insatisfatório	5 (23,8)
Os honorários eram insuficientes	1 (4,8)
Aumentei o tempo para o meu consultório particular	1 (4,8)
Eu tinha dificuldades em gerenciar os pacientes	0 (0)
Para não ofertar atendimento ao idoso (Grupo D)	56 (100)
Não tenho experiência e/ou treinamento para este tipo de atendimento	34 (60,7)
Nunca fui solicitado para este tipo de atendimento	32 (57,1)
Não tenho equipamento adequado para este tipo de atendimento	22 (39,3)
Estou muito ocupado em meu consultório	17 (30,4)
A ausência de condições adequadas no local do atendimento	15 (26,8)
Considero os honorários recebidos insuficientes	6 (10,7)
A burocracia das instituições impede um tratamento adequado	4 (7,1)
Não ofereço este tipo de atendimento por causa da burocracia das instituições	2 (3,6)

Figura 14. Razões auto-relatadas pelos dentistas do Grupo B para excluir o atendimento ao idoso de sua rotina de trabalho e do Grupo D para não ofertar o atendimento ao idoso (^a mais de um item poderia ser selecionado)

A avaliação do questionário é apresentada na tabela 15. As respostas foram baseadas em três itens e tabuladas em valores: completamente (1), parcialmente (2) e não entendi (3). A maior parte dos respondentes entendeu completamente o questionário.

Tabela 15. Avaliação do questionário; *média das respostas; equivalente aos valores atribuídos à escala Likert.

Avaliação Questionário					
GRUPOS (média* e IC +-)					
Avaliação	Grupo A (n=18)	Grupo B (n=21)	Grupo C (n=30)	Grupo D (n=56)	p valor (ANOVA)
Você entendeu as questões apresentadas neste questionário?	1,11 (0,32)	1,29 (0,46)	1,13 (0,35)	1,20 (0,41)	0,4517

O cálculo do coeficiente de Alpha de Cronbach resultou em um valor de 0,72.

6 DISCUSSÃO

Este trabalho avaliou as percepções e barreiras dos cirurgiões-dentistas da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte no atendimento ao idoso em ILP, domicílio e hospitais. Um link para web foi elaborado para um questionário, de forma a avaliar as características pessoais, demográficas, padrões e atitudes dos respondentes no que diz respeito a este tipo de atendimento. A frequência relativa, Teste de Igualdade de duas proporções e o teste ANOVA foram empregados para determinar as associações entre os padrões de atitudes e percepções dos dentistas e as variáveis de interesse.

6.1 Forma de envio e Taxa de resposta

A taxa de resposta deste trabalho foi de 3,65% e pode ser comparada com outros estudos na Figura 15. A taxa de resposta foi baixa quando comparada com os estudos apresentados, com exceção de Nitschke et al., 2005 com uma taxa de 2%. A forma empregada pelos autores para a aplicação dos questionários foi diversa. Moreira et al., (2012) contataram os dentistas por telefone e aqueles que concordaram em participar da pesquisa receberam a visita do pesquisador no local de trabalho deles, que entregou o questionário e o TCLE e retornou após uma semana para o recolhimento. Chowdhry et al., 2011 enviaram pelo correio e solicitaram o reenvio por fax em um período de uma semana. Watkins et al., (2012) enviaram e solicitaram o reenvio pelo correio. Sweeney et al., (2007) e Stevens et al., (2008) enviaram pelo correio. Hally et al., 2003 postaram no correio e fizeram um contato telefônico com todas as setenta e cinco ILPs registradas com o Conselho de

Saúde (48 unidades residenciais, 19 unidades de enfermagem e 8 casas-dia). Para os autores, a importância do contato telefônico com as unidades supervisoras foi enfatizado em um estudo piloto onde a melhoria na comunicação com estas unidades aumentou a adesão ao estudo, além disto uma lembrança aos respondentes foi realizada após três semanas do envio quando necessária.

	Amostra de dentistas	número e porcentagem de respondentes
Este trabalho	4626	169 (3,65%)
Revisão Bots-VantSpijker et al., 2013	Amostra de dentistas	número e porcentagem de respondentes
MacEntee et al., 1992	603	334 (55%)
Nitschke et al., 2005	8588	180 (2%)
De Visschere and Vanobbergen, 2006	673	101 (15%)
Sweeney et al., 2007	2060	1359 (66%)
Antoun et al., 2008	677	437 (65%)
Hopcraft et al., 2008	213	122 (57%)
Chowdhry et al., 2011	800	251 (31%)
Outros trabalhos		
Bots-VantSpijker et al., (2016)	1592	593 (37%)
Moreira et al., (2012)	276	276 (100%)
Watkins et al., (2012)	1168	638 (54,6%)
Stevens et al., (2008)	89	60 (67%)
Hally et al., 2003	94	88 (93,6%)

Figura 15. Comparação da taxa de resposta

Neste trabalho os respondentes foram convidados a responder um questionário *online* (exigência do CFO) e enviado por e-mail como realizado por Bots-VantSpijker et al., (2014 e 2016). A exclusão dos respondentes odontopediatras e ortodontistas seguiu como em Watkins et al., (2012). A forma de envio dos questionários neste estudo obedeceu a resolução 03/2014 do CFO, que regulamenta o uso de dados pessoais dos inscritos no conselho para fins de pesquisa e determina a elaboração de um link para web. O link para web do questionário foi enviado ao CFO que submeteu a pesquisa aos profissionais da região solicitada. Assim, o pesquisador não tinha as informações dos dados pessoais dos sujeitos, inviabilizando o contato.

Em Moreira et al., (2012) a taxa de resposta de 100% (n=276) foi considerada excelente quando comparada com estudos similares, com questionários requisitados e enviados por e-mail. Segundo os autores, isto provavelmente ocorreu devido ao fato de que um pesquisador visitou pessoalmente os respondentes para deixar o questionário e posteriormente buscá-lo.

Este trabalho apresentou uma taxa de resposta baixa quando comparada com estudos similares e apesar do número de respondentes final (n=125) estar dentro de um erro amostral entre 8,5 e 9%, como demonstrado no cálculo amostral (Anexo IV), as diferenças entre o número de dentistas que participaram do estudo e aqueles que não participaram poderiam enfraquecer as associações estudadas, como citado por Bots-VantSpijker et al., (2016).

Com relação a alguns estudos que apresentaram taxas de respostas altas, como em Stevens et al., 2008 (67%) e Hally et al., 2003 (94%), vale ressaltar que estes estudos foram realizados em áreas em que o número de profissionais eram

mais restritos o que poderia ter facilitado o controle de postagem e reenvio. Hally et al., 2003, por exemplo, enviaram para todos os dentistas atuando nas *Highlands*, que compreendiam um total de 94 e os autores realizaram um contato telefônico com todas as setenta e cinco unidades registradas com o Conselho de Saúde. No caso Stevens et al., 2008, a região norte e oeste de Belfast apresentava um total de 89 respondentes.

Um outro fator que poderia exercer influência na taxa de resposta diz respeito ao próprio cirurgião-dentista, como citado em Sweeney et al., (2007). O estudo demonstrou que na Escócia além da variação entre os serviços prestados pelos GDPs e CDOs, poucos GDPs realizavam atendimento domiciliar e a maioria não respondia pesquisas, o que poderia ser resultado do julgamento de que a odontogeriatrics fosse irrelevante para a prática odontológica. Apesar de não haver distinção na forma do exercício da odontologia no Brasil e este trabalho não ter questionado sobre a forma da atuação dos respondentes (serviço público, privado ou Programa de Saúde da Família), pode-se inferir que a despeito do Brasil ter sido o primeiro país a reconhecer a odontogeriatrics como especialidade em 2001 (Ettinger, 2010) a especialidade ainda apresenta certa irrelevância para nossos profissionais (somente 14,4% dos respondentes ofertavam atendimento ao idoso).

Quando se observa o fato de que, segundo Saintrain et al., 2006 e 2006b, a odontogeriatrics ainda encontrava-se em fase de implantação nas faculdades de odontologia de determinadas regiões do Brasil há dez anos e de acordo com Moreira et al. 2012 ainda está ausente em dois terços dos cursos de odontologia do país, pode-se inferir que os respondentes deste trabalho (12 a 17 anos de formados) não tiveram um contato efetivo com a odontogeriatrics na graduação e apresentavam uma possível baixa percepção em relação a odontologia e o idoso. Fabiano et al., 2005,

citaram que apresentar a odontogeriatria aos estudantes de odontologia pode ser um crucial elemento para desenvolver positivos avanços na oferta de cuidados para este grupo etário e que estudantes de odontologia que não tiveram contato com a odontogeriatria tendem a considerar o atendimento ao idoso menos importante. Já Moreira et al. 2012, relataram que a instituição de formação, tipos de modalidade de serviço, período após a graduação, participação em cursos de odontogeriatria e número de pacientes tratados por semana não tiveram influência nas atitudes dos dentistas.

No trabalho de Bots-VantSpijker et al., (2016), a boa taxa de repostas deu-se devido ao fato de que uma parte do grupo total de participantes consistia de dentistas que regularmente participavam de outras pesquisas dos autores além do contato realizado com os dentistas que não tinham respondido o questionários após duas ou cinco semanas.

Outros fatores a serem considerados no que diz respeito à baixa taxa de resposta, referem-se aos elementos citados pelos respondentes no trabalho de Kaner et al. 1998: "o questionário tinha se perdido no papéis de trabalho" (34%); "estava muito ocupado com outros afazeres" (21%); "o questionário estava "armazenado" (esquecido) em uma caixa" (16%). Transferindo estes fatores para a atualidade, pode-se citar os "*spams*", "*recebi no celular, mas respondo em um computador quando chegar em casa*", dentre outros.

De certa forma, o contato realizado com os respondentes após o envio dos questionários via aplicativos como o Messenger® e Whatsapp®, teve uma influência positiva na taxa de repostas, considerando que o número de total de respondentes aumentou consideravelmente, como citado por Moreira et al., (2012).

6.2 Análise dos fatores gênero e idade

Não houve diferença estatística entre idade, tempo de formado e de prática ou gênero comparando respondentes que ofertavam atendimento e os que não ofertavam. Este resultado assemelhou-se aos de Watkins et al., 2012.

A comparação dos fatores gênero e faixa etária dos respondentes deste trabalho com outros artigos é apresentada na Figura 16.

Este trabalho	Repondentes	Gênero	Idade
	125	75 mulheres (60%)	37-42 anos
Outros artigos	Repondentes	Gênero	Idade
Bots-VantSpijker et al., 2016	1592	595 homens (76%)	+ - 49 anos
Moreira et al., 2012	276	139 mulheres (51,5%)	não cita
Watkins et al., 2012	638	555 homens (87%)	+ - 47 anos
Chowdhry et al., 2011	251	197 homens (78,6%)	47-54 anos
Sweeney et al., 2007	1359	856 homens (63%)	25-45 anos

Figura 16 - Comparação do gênero e idade

Este trabalho assemelhou-se ao trabalho realizado em Belo Horizonte por Moreira et al., (2012), com um maior número de respondentes do gênero feminino (60%), mas não houve diferenças estatísticas entre os grupos. O oposto ocorreu nos trabalhos de Bots-VantSpijker et al., (2016) na Holanda, Chowdhry et al., 2011 na Columbia Britânica (Canadá), Watkins et al., (2012) em Iowa (USA) e Sweeney et al., (2007) nas *Highlands* (Escócia) com um maior número de respondentes do gênero masculino. Neste trabalho, tanto para o Grupo A (72,2% - n=18) como para os Grupos B, C e D (57,9% - n=107) a maioria dos respondentes eram mulheres e

os respondentes estavam inseridos em sua maior partes nas faixas etárias entre 31 a 36 e 37 a 42 anos (Grupo A: 8% e Grupos B, C e D: 39,2%) mas sem diferenças estatísticas entre os grupos para este fator, contrapondo Chowdhry et al., 2011 que relataram em seu trabalho que a maioria dos respondentes que tratavam idosos eram homens e ligeiramente mais velhos que os respondentes que não ofertavam este tipo de atendimento e Bots-VantSpijker et al., (2016) que citaram que mulheres tratam em média 10% menos pacientes que homens e desta forma, mulheres teriam menos experiência para este grupo de pacientes. Bots-VantSpijker et al., (2016) e Watkins et al., (2012) encontraram uma idade média de 49 e 47 anos respectivamente, mas não citaram uma diferenciação de gênero entre respondentes que tratavam e aqueles que não tratavam idosos, mas Bots-VantSpijker et al., (2016) citaram que a proporção de dentistas idosos encontrada em seu estudo, é um condição própria da Holanda já que dentistas que trabalham em seus próprios consultórios em média são mais velhos, considerando que neste país, a maioria dos jovens iniciam a carreira profissional em uma instituição e após alguns anos passam e exercer em local privado. Sweeney et al., (2007) apresentaram uma faixa etária mais próxima a encontrada neste trabalho e da maneira inversa uma frequência relativa de respondentes (63%) do gênero masculino.

Um fator regional poderia ser uma possível explicação para a característica da faixa etária e o gênero dos respondentes encontrados neste trabalho. Quando analisa-se a projeção da população residente na RMVP e Litoral Norte em 2016 segundo o Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo (SEAD, 2016), encontra-se um maior número de indivíduos na faixa ente 30 e 44 anos e do gênero feminino, no total geral da população, para a região estudada (Figura 17).

Faixa Etária - Quinquenal	Homem	Mulher	Total
20 a 24 anos	100.384	95.678	196.062
25 a 29 anos	102.368	99.532	201.900
30 a 34 anos	102.439	103.354	205.793
35 a 39 anos	96.339	99.569	195.908
40 a 44 anos	85.720	89.925	175.645
45 a 49 anos	78.616	83.328	161.944
50 a 54 anos	71.768	79.050	150.818
55 a 59 anos	62.921	70.026	132.947
60 a 64 anos	51.114	57.222	108.336
65 a 69 anos	37.694	43.694	81.388
70 a 74 anos	24.820	30.566	55.386
75 anos e mais	28.647	42.987	71.634
Total da Seleção	842.830	894.931	1.737.761
Total Geral da População	1.182.405	1.221.871	2.404.276

Fonte: Fundação Seade.

Figura 17. Projeção da População residente em 1º de julho na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte - 2016

6.3 Comparação dos fatores tempo de formado e sub-região em que atua

O tempo de formado entre 12 e 17 anos foi o mais prevalente (34,4% - n=125) para todos os grupos (Grupo A: 33,3% - n=18; Grupo B: 28,6% - n=21; Grupo C: 33,3% - n=30 e Grupo D: 37,5% - n=56), mas não houve diferenças estatísticas entre os grupos (Figura 16), corroborando Moreira et al., (2012) encontraram uma frequência relativa de 57,7% para o tempo de formado maior que 15 anos e relataram que o período de tempo desde a graduação não foi significativamente associado com as atitudes dos dentistas frente ao envelhecimento e de maneira interessante, esta variável não foi associada ao conhecimento no tratamento de pacientes idosos. De certa forma, o tempo de formado prevalente neste trabalho pode ser relacionado com a faixa etária mais prevalente encontrada (31 a 42 anos). Em Bots-VantSpijker et al., (2016), 15% dos respondentes tinham entre 12 e 17 anos de formação, período este justificado pelos autores pelo fato de que na Holanda dentistas que trabalham em seus próprios consultórios (objeto do trabalho) são em média mais velhos.

Em Chowdhry et al., (2011) os respondentes dos três grupos (que tratavam idosos, interromperam este atendimento e que não atendiam idosos) tinham em média mais de 20 anos de formação e os respondentes que tratavam ou tinham parado de tratar tinham mais tempo de formado que aqueles que nunca tinham ofertado este tipo de atendimento e para um tempo de formado semelhante (20 anos), este trabalho encontrou 1,6% (n=125) de respondentes do Grupo A, 2,4% (n=125) do Grupo B, 1,6% (n=125) do Grupo C e 2,4% (n=125) do Grupo D.

Este trabalho	Repondentes	Tempo de formado	%
	125	12 a 17 anos	34,4
Outros artigos	Repondentes	Tempo de formado	%
Bots-VantSpijker et al., 2016	1592	12 a 21 anos	15%
Moreira et al., 2012	276	> 15 anos	57,7
Chowdhry et al., 2011	251	+/- 20 anos	-

Figura 18. Comparação do tempo de formado dos respondentes

Na distribuição da frequência relativa para as “sub-regiões” da RMVP em que os respondentes atuavam (Figura 19), a sub-região 1 (Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos) foi mais prevalente (55,2% - n=125) para todos os grupos e a menos prevalente foi a sub-região 5 (Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba). Os Grupos B (n=21), C (n=30) e D (n=56) apresentaram respectivamente 61,9%, 56,7% e 60,7% respondentes na sub-região 1 e entre estes grupos e o Grupo A (27,8% - n=18) houve diferenças estatísticas significantes ($p=0,033$; $p=0,052$; $p=0,015$ respectivamente).

Para a sub-região 4 (Arapeí, Areias, Bananal, Cruzeiro, Lavrinhas, Queluz, São José do Barreiro e Silveiras) os Grupos B, C e D apresentaram 9,5%, 3,3% e 1,8% respectivamente de respondentes, com diferenças estatísticas significantes entre o Grupo A (27,8%), C e D ($p=0,013$; $p<0,001$ respectivamente). Na análise da frequência relativa, o Grupo A apresentou-se mais distribuído em todas as regiões (sub-região 1: 27,8%; sub-região 2: 22,2% sub-região 3: 22,2%; sub-região 4: 27,8% e sub-região 5: 0% - n=18) quando comparado aos outros grupos, mas não houve diferenças estatísticas. Destaca-se então, que a sub-região 1 apresentou um maior número de respondentes que não atendiam idosos em relação às outras regiões e

os respondentes que atendiam idosos eram mais homogêneos nas sub-regiões 1, 2, 3 e 4, sendo que houve uma distribuição relativamente homogênea entre os Grupos nas sub-regiões 2 e 3, com exceção do Grupo B para a sub-região 2 (4,8%) e Grupo C sub-região 3 (13,3%), mas sem diferenças estatísticas entre os grupos.

Cidade que atua	Grupo A		Grupo B		Grupo C		Grupo D	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sub-região 1	5	27,8%	13	61,9%	17	56,7%	34	60,7%
Sub-região 2	4	22,2%	1	4,8%	7	23,3%	10	17,9%
Sub-região 3	4	22,2%	4	19,0%	4	13,3%	11	19,6%
Sub-região 4	5	27,8%	2	9,5%	1	3,3%	1	1,8%
Sub-região 5	0	0,0%	1	4,8%	1	3,3%	0	0,0%

Figura 19. Distribuição da frequência relativa para as sub-regiões

Chowdhry et al. (2011) encontraram um total de 88% dos respondentes provenientes da área urbana e 12% de áreas rurais (n=233) e a porcentagem de dentistas respondentes de áreas rurais foi mais alta que os de área urbana dentre aqueles que ofereciam atendimento ao idoso (19% e 12% respectivamente) e dentre aqueles que tinham parado de oferecer este serviço em ILPs (30% e 18% respectivamente). Para os autores, talvez exista mais interesse entre os dentistas de áreas rurais que seus pares de áreas urbanas na questão do tratamento de idosos em ILP's. Watkins et al., (2012) citaram que muitos dos dentistas que prestavam serviços à idosos estavam localizados em comunidades mais rurais, mas não detalharam os números. Sweeney et al., (2007) demonstraram que 71% dos respondentes trabalhavam em áreas urbanas e 19% em áreas rurais e que 62% dos que respondentes que estavam em áreas urbanas tratavam idosos (Figura 20).

Este trabalho	sub-região	Grupos		
		A	B	C e D
	1	4%	10,4%	40,8%
	2	3,2%	0,8%	13,6%
	3	3,2%	3,2%	12%
	4	4%	1,6%	1,6%
	5	0	0,8%	0
Outros artigos	Rural (R)	Urbana (U)	Tratam (R/U)	Deixaram de tratar (R/U)
Chowdhry et al., 2011	12%	88%	19/12%	30/18%
Watkins et al., (2012)	+++		+++	
Sweeney et al., (2007)	19%	71%	?/62%	

Figura 20. Comparação entre as sub-regiões e regiões de atuação

Este trabalho não subdividiu os respondentes em regiões de atuação urbana e/ou rural, mas na análise da Figura 21 observa-se a distribuição populacional das sub-regiões 1 e 4. Estas sub-regiões apresentaram características antagônicas e com diferenças estatísticas significantes entres os grupos, no que diz respeito à tratar ou não tratar idosos, como visto anteriormente, e a sub-região 4 apresentou um maior número de respondentes que tratavam idosos (Grupo A). Estas sub-regiões apresentaram, de maneira geral, uma proporção da população total na área rural relativamente pequena (10,3% para a sub-região 4 e 4,89% para a sub-região 1), mas de qualquer forma não é possível estabelecer uma relação entre o atendimento ou não de idosos e os respondentes de áreas rurais ou urbana como citado em outros estudos.

Sub-região 1	População	Área Rural (%)	idosos ≥60 anos	idosos (%)
Caçapava	88.913	14,4	12.231	13,76%
Igaratá	9.122	20,7	1.353	14,83%
Jacareí	221.560	1,4	30.147	13,61%
Jambeiro	5.916	52,1	800	13,52%
Monteiro Lobato	4.120	56,8	729	17,69%
Paraibuna	17.893	69,9	2.672	14,93%
Santa Branca	14.019	11,8	2.180	15,55%
São José dos Campos	680.008	2	85.138	12,52%
Total	1.041.551	4,89	135.250	12,99%

Sub-região 4	População	Área Rural (%)	idosos ≥60 anos	idosos (%)
Arapeí	2.471	24,8	389	15,74%
Areias	3.772	33	494	13,10%
Bananal	10.468	20,2	1.696	16,20%
Cruzeiro	78.848	2,5	11.710	14,85%
Lavrinhas	6.938	8,2	753	10,85%
Queluz	12.168	18	1.471	12,09%
São José do Barreiro	4.069	29,6	633	15,56%
Silveiras	6.039	50,3	919	15,22%
Total	124.773	10,3	18.065	14,48%

Figura 21. Distribuição populacional na RMVP (sub-regiões 1 e 4). Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Um ponto a ser observado neste caso, seria a proporção de idosos destas sub-regiões (14,48% para a sub-região 4 e 12,99% para a sub-região 1), números estes semelhantes ao citado por Bots-VantSpijker et al., (2014), que em sua revisão sistemática sobre estudos representativos de países como Canadá, Alemanha, Bélgica, Escócia, Nova Zelândia e Austrália relataram que nestes países a

proporção de idosos na população geral era de 14%. Ainda, os autores citaram que as barreiras relatadas pelos respondentes nos trabalhos avaliados foram praticamente idênticas e uma questão levantada era se estas barreiras seriam específicas destes países porque os serviços para os idosos era organizado de forma diferente. Para tanto, os autores relataram uma literatura escassa sobre o assunto em outras regiões do globo e sugeriram novos estudos.

6.4 A especialidade dos respondentes

A clínica geral foi a mais citada pelos respondentes como a área da odontologia em que atuavam (21,6%), com uma distribuição relativa entre os grupos relativamente homogênea (Grupo A: 22,2% - n=18; Grupo B: 28,6% - n=21; Grupo C 16,7% - n=30; Grupo D: 21,4% - n=56). A odontogeriatrics não foi citada por nenhum grupo e aqueles que atuavam na área "pacientes especiais" representaram 4,8% do total de respondentes (n=125) e 27,8% do Grupo A (n=18) com diferenças estatísticas entre os grupos B (4,8% - p=0,047), C (0,0% - p=0,002) e D (0,0% - p=<0,001).

Moreira et al. 2012 citaram que no Brasil a odontogeriatrics não é uma disciplina obrigatória, podendo ser uma disciplina isolada ou fazer parte de outra disciplina (prótese por exemplo), sendo ausente em dois terços dos cursos de odontologia no Brasil, com a maioria dos estudantes sem nenhum treinamento teórico ou clínico durante a graduação. Neste contexto, apesar dos autores citarem que a instituição de formação e a participação em cursos de odontogeriatrics não tiveram influência nas atitudes dos dentistas em relação ao idosos, poderia de outra forma influenciar na decisão de escolha da especialidade.

Chowdhry et al., (2011) citaram que uma pequena parte dos dentistas no três grupos tinham treinamento em odontogeriatrics. Watkins et al., (2012) citaram que 91% dos respondentes eram clínicos-gerais e 7% eram cirurgiões orais. Hally et al., 2003 encontraram um nível de experiência nas especialidades dentre os diversos grupos de dentistas que variou de 85% de CDOs tendo trabalhado em clínica geral por um mínimo de seis meses e 9% de GDPs com experiência nas comunidades e o nível de cuidados domiciliares em clínica geral mais alto.

6.5 Oferta de atendimento odontológico à idosos

Para este trabalho, os resultados apresentaram um proporção de 14,4% (n=125) de respondentes que ofereciam atendimento ao idoso em ILP, domicílio e hospitais (Grupo A), 19,63% (n=125) de respondentes que excluíram este tipo de atendimento da prática clínica (Grupo B), e 80,37% (n=125) de respondentes que nunca tinham ofertado este tipo de atendimento (Grupos C e D).

Os resultados apresentaram semelhança com Chowdhry et al., 2011 com 14,7% (n=251) de respondentes que ofereciam atendimento, 20,6% que tinham parado de tratar e 71,2% que nunca tinham tratado e Moreira et al., (2012) com 73,4% dos respondentes que não tratavam idosos, confirmando que relativamente poucos dentistas decidem tratar idosos.

No estudo de Watkins et al., (2012), quando perguntados sobre prestar serviços para pacientes dependentes em domicílio, 85% dos dentistas (n=543) afirmaram que não realizavam este serviço e na percepção de 85% dos respondentes avaliados por Stevens et al., (2008), os cuidados domiciliares deveriam ser encaminhados aos postos de saúde. Em Bots-VantSpijker et al., (2016)

42% dos respondentes avaliados não estavam dispostos a atender idosos. Neste trabalho, 85,6% (n=125) dos respondentes não ofertavam atendimento ao idoso.

Em Sweeney et al. 2007, dos 1359 respondentes 914 (67%) relataram prestar algum atendimento domiciliar sendo que a maior parte era de CDO e aqueles que trabalhavam tanto nas áreas urbana e rural, contrastando com os achados deste trabalho no qual somente 14,4% dos respondentes atendiam idosos.

Oitenta e oito por cento dos GDP's no trabalho de Hally et al., 2003 providenciavam atendimento ao idoso 58 dentistas (78%) relataram disposição em viajar 10 milhas (16 Km) ou mais para ver um paciente.

6.6 Barreiras no atendimento ao idoso

As barreiras (razões) citadas para excluir o atendimento ao idoso (Grupo B) e para não ofertar atendimento ao idoso são apresentadas no Figura 22.

Razões^a	nº (%) de respondentes
Para excluir o atendimento ao idoso (Grupo B)	21 (100)
O número de atendimentos era pequeno	9 (42,9)
O meu tempo livre era escasso	6 (28,6)
Este tipo de atendimento tornou-se profissionalmente insatisfatório	5 (23,8)
Os honorários eram insuficientes	1 (4,8)
Aumentei o tempo para o meu consultório particular	1 (4,8)
Eu tinha dificuldades em gerenciar os pacientes	0 (0)
Para não ofertar atendimento ao idoso (Grupo D)	56 (100)
Não tenho experiência e/ou treinamento para este tipo de atendimento	34 (60,7)
Nunca fui solicitado para este tipo de atendimento	32 (57,1)
Não tenho equipamento adequado para este tipo de atendimento	22 (39,3)
Estou muito ocupado em meu consultório	17 (30,4)
A ausência de condições adequadas no local do atendimento	15 (26,8)
Considero os honorários recebidos insuficientes	6 (10,7)
A burocracia das instituições impede um tratamento adequado	4 (7,1)
Não ofereço este tipo de atendimento por causa da burocracia das instituições	2 (3,6)

Figura 22. Barreiras relatadas pelos Grupos B e D para o atendimento ao idoso

O Grupo D (respondentes que nunca tinham atendido e não tinham a intenção em atender idosos) representou 44,8% do total de respondentes (n=125). Para estes respondentes, as barreiras mais selecionadas para não ofertar este tipo de atendimento foram: não tenho experiência e/ou treinamento para este tipo de atendimento (60,7%); nunca fui solicitado para este tipo de atendimento (57,1%) e não tenho equipamento adequado para este tipo de atendimento (39,3%).

O Grupo B (respondentes que excluíram o atendimento ao idoso), representou 16,8% (n=125) dos respondentes e as principais razões selecionadas para excluir o atendimento foram: o número de atendimentos era pequeno (42,9%); o meu tempo livre era escasso (28,6%) e este tipo de atendimento tornou-se profissionalmente insatisfatório (23,8%).

Bots-VantSpijker et al., (2014) citaram em sua revisão sistemática que treinamento inadequado e falta de experiência representou 7% dos respondentes do trabalho de Nitschke et al., 2005 contrastando com os 60,7% citados pelo Grupo D deste trabalho o que representou 27,19% do total de respondentes. Citada por 39,3% dos respondentes do Grupo D (17,60% do total de respondentes; n=125), a falta de equipamento adequado foi semelhante (19%) à Sweeney et al., (2007) e também foi citada nos trabalhos de MacEntee et al., (1992) com 91%, Nitschke et al., (2005) com 56%, De Visschere & Vanobbergen, (2006) com 63% e Hopcraft et al., (2008) com 84%. Ainda, a insatisfação profissional foi citada no trabalho de MacEntee et al., (1992) por 85% dos respondentes e neste trabalho por 23,8% dos respondentes do Grupo B representando 3,99% do total de respondentes (n=125). Tempo livre escasso foi citado por 28,6% dos respondentes do Grupo B (4,80% do total de respondentes; n=125), contrastando com MacEntee et al., (1992) com 74%, De Visschere & Vanobbergen, (2006) com 19%, Sweeney et al., (2007) com 28%,

Antoun et al., (2008) com 75% e Hopcraft et al., (2008) com 76%. Desta forma, houve diferenças em números e nas barreiras citadas neste trabalho em comparação aos dados apresentados nos trabalhos avaliados por Bots-VantSpijker et al., 2014. As barreiras: "o número de atendimento era pequeno" e "nunca fui solicitado para este tipo de atendimento não foram citados nos outros trabalhos".

Em outro trabalho, Bots-VantSpijker et al., (2016) citaram que os 42% dos respondentes que não estavam dispostos a atender idosos relataram como barreiras a falta de equipamento adequado nas instituições e o despreparo profissional (falta de conhecimento, tempo e experiência) e novamente estes números foram superiores aos dos respondentes do Grupo D deste trabalho (17,6% e 27,2% respectivamente); n=125. Os autores citaram que o estudo acima foi representativo de países como Canadá, Alemanha, Bélgica, Escócia, Nova Zelândia e Austrália e demonstraram que há uma falta de informações, pela própria prática odontológica, a respeito de serviços ofertados pelos dentistas para comunidade de idosos. As barreiras relatadas nestes países foram praticamente idênticas e a porcentagem de idosos na população não variava muito entre eles (14%). A questão levantada pelos autores foi se estas barreiras seriam específicas daqueles países porque os serviços para os idosos era organizado de forma diferente. Como apresentado aqui, a despeito das diferenças sócio-demográficas da RMVP e os países em questão, as barreiras citadas foram relativamente semelhantes, mas com diferenças em números. Bots-VantSpijker et al., (2014) relataram que as barreiras relatadas pelos dentistas tem dois pontos: a falta de conhecimento e circunstâncias práticas.

No trabalho de Chowdhry et al., (2011) realizado na Colúmbia Britânica (Canadá), os dentistas de todos os grupos de respondentes (que tratavam pacientes idosos, aqueles que excluíram esta prática e para aqueles que nunca ofereceram este tipo de atendimento) consideraram que "tratar idosos é financeiramente insatisfatório" com a barreira mais relevante. Nos resultados desta tese, consideraram esta barreira como razão para excluir o atendimento aos idosos 4,8% dos respondentes do Grupo B (0,8% do total de respondentes; n=125) e 10,7% do Grupo D (4,8% do total de respondentes; n=125) consideraram esta barreira para não ofertar este tipo de atendimento. Isto demonstra, que neste trabalho a condição financeira não é uma barreira tão relevante quando os respondentes consideram atender idosos, comparando os resultados.

Stevens et al., (2008) relataram que as razões citadas pelos respondentes para não prestar serviços odontológicos em domicílio foram falta de tempo, a percepção de que os pacientes seriam muito difíceis de tratar e não ter equipamento apropriado. Neste trabalho, a falta de tempo foi citada por Grupo B e não ter equipamento apropriado pelo Grupo D.

Hally et al., 2003, demonstraram que as razões dos respondentes para não prestar cuidados domiciliares incluíam falta de tempo, demanda insuficiente, equipamento domiciliar precário, Outras barreiras citadas incluíam a falta de suporte de emergência, preocupações em relação à qualidade do tratamento ou que a responsabilidade deste procedimento seria dos CDOs. Semelhante ao trabalho, tempo livre escasso (28,6%) além da demanda insuficiente (42,9%) foram barreiras citadas pelo Grupo B. Equipamento inadequado para este tipo de atendimento foi citado pelo Grupo D (39,3%).

6.7 Percepções e pontos de vista no atendimento ao idoso

Quando na análise das percepções entre os respondentes, padrões comuns tais como o sentimento, razões e aspectos relacionados no atendimento aos idosos foram considerados.

6.7.1 Sentimento sobre realizar atendimento odontológico ao idoso

Nas análises realizadas sobre o sentimento em realizar atendimento odontológico ao idoso, os respondentes de todos os grupos tenderam a concordar que a idade do paciente não influenciava na decisão deles em realizar o atendimento e que realizar atendimento ao idoso poderia ser uma experiência gratificante e foram mais neutros para o item “pacientes idosos raramente seguem as recomendações dos dentistas”, corroborando os achados de Chowdhry et al., (2011) e Bots-VantSpijker et al., (2014).

Em Chowdhry et al., (2011), a percepção de que paciente idosos raramente seguem as recomendações dos dentistas e tratar idosos é financeiramente insatisfatório foram os padrões mais relevantes para o respondentes que tratavam idosos, contrapondo este trabalho em que os respondentes do Grupo A consideraram como mais relevantes os padrões: realizar atendimento odontológico ao idoso uma experiência gratificante, a satisfação pessoal e experiência e treinamento para este tipo de atendimento.

Para o item “é difícil melhorar a saúde bucal de pacientes idosos” os respondentes de todos os grupos (A, B, C e D) foram mais neutros, contrapondo os respondentes de Chowdhry et al., (2011) que concordaram com este item.

Os respondentes do Grupo B, C e D tenderam a concordar que "realizar atendimento odontológico a idosos é difícil devido aos problemas médicos/e ou demência associada", sendo que os dos Grupos A foram mais neutros para este item. Em Chowdhry et al., (2011), para este item os respondentes que tinham excluído o atendimento ao idoso foram neutros e aqueles que tratavam idosos ou nunca tinham tratado concordaram com esta afirmação.

Em Chowdhry et al., (2011), os respondentes que nunca tinham tratado idosos deram mais importância à idade do paciente em comparação àqueles que tinham tratado ou excluído este tipo de atendimento, de forma semelhante a encontrada para os Grupos C e D, A e B respectivamente neste trabalho.

Realizar atendimento odontológico ao idoso pode ser uma experiência gratificante foi o padrão em que ocorreu uma diferença mais significativa no trabalho de Chowdhry et al., (2011), com respondentes que tratavam idosos considerando esta percepção mais relevante e os que não tratavam ou excluíram este tipo de atendimento menos relevante. Neste trabalho, para os respondentes de todos os grupos este padrão de percepção foi relevante, mas de forma interessante o Grupo C apresentou uma média (considerando a tabulação da escala Likert) mais próxima de "concordo totalmente" em relação aos outros grupos.

6.7.2 Decisão em realizar atendimento odontológico ao idoso

Neste trabalho, os respondentes foram homogêneos e todos os grupos tenderam a considerar importante os sete fatores apresentados (Tabela 12 - Discussão) sobre a decisão em realizar atendimento ao idosos, não havendo diferenças estatísticas entre eles.

Na decisão em tratar ou não idosos, Chowdhry et al., (2011) relataram que os respondentes consideraram mais importante o tempo pessoal disponível, a remuneração e a distância do local de atendimento. A satisfação pessoal foi o item considerado menos importante. Neste trabalho, apesar da homogeneidade nas respostas, dentre os itens apresentados três apresentaram uma média que mais se aproximou do "muito importante" (considerando a tabulação da escala Likert), para os padrões: a experiência e treinamento para este tipo de atendimento, a satisfação pessoal, as condições de infra-estrutura, equipamentos e materiais no local do atendimento. Bots-VantSpijker et al., (2016) e Watkins et al., (2012) também citaram a experiência e treinamento para este tipo de atendimento como pontos relevantes para os respondentes na intenção em tratar ou não idosos.

O tempo pessoal disponível foi o quarto item com a média das respostas mais próxima do "muito importante", seguido pelo "tempo disponível para o meu consultório" e "facilidade de acesso até o local do atendimento", corroborando o estudo de Sweeney et al., (2007) e Hally et al., 2003. A remuneração para este tipo de atendimento apresentou uma média mais próxima do "pouco importante", contrapondo Hally et al., 2003. Estes resultados se apresentam diferentes àqueles encontrados por Chowdhry et al., (2011) e Watkins et al., (2012).

Os respondentes que tinham parado de atender e aqueles que nunca tinham tratado idosos, no trabalho de Chowdhry et al., (2011), consideraram o padrão mais relevante a insatisfação financeira. Neste trabalho, os respondentes do Grupo B consideraram a satisfação pessoal para este tipo de atendimento mais relevante e os do Grupo C e D a experiência e treinamento para este tipo de atendimento.

6.7.3 Razão para realizar atendimento odontológico ao idoso

Em Chowdhry et al., (2011) os respondentes concordaram que aumentar o número de atendimentos, a oportunidade em diversificar o tipo de atendimento e a solicitação para este tipo de atendimento como as razões mais relevantes para tratar ou não idosos. De outra forma, os respondentes concordaram que o atendimento ao idoso como parte das responsabilidades profissionais e caso um paciente ou um familiar estivesse em uma ILP como as razões menos relevantes.

Neste trabalho, as razões que alcançaram as médias mais próximas de “concordo totalmente” (considerando a tabulação da escala Likert) nas respostas foram: este tipo de atendimento faz parte de minhas responsabilidades profissionais, realizaria se um paciente, amigo ou familiar me solicitasse e estar com pessoas idosas é recompensador. Neste aspecto, nos resultados deste trabalho, as razões consideradas mais relevantes estão em desacordo com Chowdhry et al., (2011).

Na análise do item "aumentar o número de atendimentos", o Grupo A foi mais neutro e os Grupos B, C e D tenderam a concordar, como em Chowdhry et al., (2011). Para o item "oportunidade em diversificar o tipo de atendimento" todos grupos tenderam a concordar, sendo esta razão mais relevante para o Grupo C.

Na análise do item “se fosse solicitado para este tipo de atendimento”, Os respondentes de todos os grupos concordaram que esta seria uma razão relevante para tratar ou não idosos, corroborando Chowdhry et al., (2011), mesmo que não tenha sido considerada a razão mais relevante dentre as outras.

Os grupos A, B, C e D concordaram que o atendimento ao idoso faz parte das responsabilidades profissionais, sendo esta razão mais relevante para os grupos A e C e estes resultados contrapõe os respondentes do trabalho Chowdhry et al., (2011) que consideraram esta razão menos relevante. Para todos os grupos, a segunda razão considerada importante para tratar ou não idosos foi que estar com pessoas idosas é recompensador, item não citado por Chowdhry et al., (2011).

6.7.4 Aspectos do atendimento odontológico ao idoso

Em Chowdhry et al., (2011) os respondentes concordaram que, no que diz respeito aos aspectos do atendimento odontológico ao idoso os cursos de aperfeiçoamento, extensão e pós-graduação em odontogeriatrics influenciariam positivamente, bem como higienistas dentais e assistentes odontológicas são membros importantes da equipe odontológica. Termos de consentimento esclarecido ou outros documentos (TCLE) foram considerados menos importantes na decisão em realizar atendimento odontológico ao idoso em domicílio, ILP ou hospitais.

Neste trabalho, os aspectos que alcançaram as médias mais próximas de “concordo totalmente” (considerando a tabulação da escala Likert) nas respostas foram: termos de consentimento esclarecido ou outros documentos são importantes na decisão em realizar atendimento odontológico ao idoso, sendo este aspecto mais relevantes para o Grupo C, contrapondo os achados de Chowdhry et al., (2011) em que os respondentes consideraram este aspecto menos relevante.

Higienistas dentais e assistentes odontológicas como membros importantes da equipe odontológica também foram os aspectos que alcançaram as médias mais próximas de “concordo totalmente” (considerando a tabulação da escala Likert) nas respostas, corroborando os achados de Chowdhry et al., (2011).

Apesar de não ter sido considerada por Chowdhry et al., (2011), a influência positiva da disciplina de odontogeriatrics como parte da grade curricular da graduação na decisão em realizar atendimento odontológico ao idoso foi contemplada neste trabalho e os respondentes de todos os grupos concordaram com a relevância positiva deste aspecto.

Moreira et al., (2012) consideraram importante que o desenvolvimento de atitudes otimistas frente à pacientes idosos pode ser a chave para estabelecer um comportamento profissional mais positivo e isto pode depender das experiências vividas durante a graduação com aqueles professores que demonstraram empatia com este grupo de pacientes. Entretanto, os autores citaram que estudos conduzidos na Bélgica em faculdades onde programas para socialização de estudantes com idosos foram implantados, a atitude negativa dos recém-formados pareceu não ter sido alterada.

Os resultados deste trabalho podem também ser comparados aos relatos de Watkins et al., (2012) em que a influência do ensino sobre a prestação de serviços à idosos dependentes e o ensino na graduação e treinamento clínico foram significativamente relacionados e fortemente associados ao atendimento ao idoso em consultório ou em domicílio. Os autores citaram que os dentistas que tiveram a experiência em treinamento clínico para este tipo de serviço durante a graduação estavam mais aptos em ofertá-lo. Aperfeiçoamento direcionado para atendimento

fora do consultório foi menos relatado, mas treinamento em clínica geral (não para cuidados especiais) foi positivamente associado ao atendimento fora do consultório.

É importante ressaltar, além dos resultados deste trabalho, as barreiras dos profissionais citadas por Kiyak et al., (2005) em que as crenças dos dentistas, estereótipos e nível de conforto com pacientes idosos podem encorajar ou desencorajar o uso de serviços odontológicos por este grupo etário e mesmo afastar pacientes potenciais. Para os autores, parece que os profissionais superestimam a relutância dos pacientes para o tratamento, criando mais barreiras do que aquelas habituais. Um outro ponto citado pelos autores foi sobre a dificuldade em interpretar as respostas dos dentistas para uma pesquisa, quando se pergunta se eles na verdade providenciariam cuidados à idosos frágeis ou institucionalizados se fossem solicitados para isto. Esta interpretação torna-se mais problemática quando as taxas de respostas para a pesquisa são baixas.

Bots-VantSpijker et al., (2016), citaram algo semelhante quando analisaram a taxa de reações para as opiniões expostas no estudo. Os autores observaram uma uma larga proporção de respondentes (28 a 39%) que escolheram a opção “neutro” ou “não-aplicável”. Para os autores, seria possível que esta situação representasse um certo grau de respostas socialmente corretas. Outro ponto que deve ser levado em consideração refere-se aos termos utilizados no questionário que, de acordo com os autores, podem estar abertos para interpretação ou não definidos detalhadamente e desta forma também poderiam influenciar os resultados.

Neste aspecto, de acordo com Hally et al., (2003), como acontece com todos os estudos psicométricos (ex.: questionário) pode-se argumentar que os resultados

são baseados em atitudes e comportamentos e para que os estudos representem a realidade, os resultados necessitam de validação com pesquisas adicionais.

De qualquer maneira, este estudo coletou e analisou os pontos de vistas obtidos a partir de uma amostra de profissionais e identificou as barreiras e percepções em ofertar tratamento odontológico à idosos em domicílio, ILP e hospitais e demonstrou que dentre os dentistas da RMVP algumas barreiras e percepções foram similares a outros estudos, o que pode ser considerado um início para pesquisas futuras.

Estas pesquisas serão extremamente importantes quando se observa a proporção de idosos das sub-regiões estudadas. Os dados das projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação (IBGE, 2016) apresentou em 02 de Dezembro de 2016 para o Brasil e o estado de São Paulo, um total de 206.744.126 (um nascimento a cada 20 segundos) e 44.912.744 indivíduos (um nascimento a cada 1 minuto e 32 segundos) respectivamente. A proporção de idosos (65 anos ou mais) na população brasileira era de 8,17% em 2016, com projeções para 2025 de 11,3% e 2030 de 13,44%. No estado de São Paulo, a proporção de idosos (65 anos ou mais) na população era de 9,09% em 2016, com projeções para 2025 de 12,95% e em 2030 de 15,38%. Neste ponto, as sub-regiões 1 e 4 atualmente apresentam uma proporção de idosos na população geral maior que a atual e a estimada para o Brasil e São Paulo (Figura 21) e estes valores se aproximam, ou mesmo ultrapassam aqueles dos países desenvolvidos citados por Bots-VantSpijker et al., (2014).

Ainda, na análise do Índice de Envelhecimento (IE) do Brasil, este aumentará de 36 em 2016 para 76,39 em 2030 e em São Paulo de 44,72 para 96,23. Em em

contrapartida, a taxa de crescimento no Brasil que foi de 1,40 em 2001 está projetada para 0,38 em 2030 e em São Paulo de 1,39 em 2001 está projetada para 0,36 em 2030 (IBGE 2016).

Closs e Schwanke, (2012) citaram que o IE é um fator que avalia o processo de crescimento do grupo etário idoso na população total em relação à variação relativa no grupo etário jovem, sendo calculado por meio da razão entre a população idosa (com 60 anos ou mais) e a população jovem (menor de 15 anos). Desta forma, o grupo etário idoso representará um grupo populacional expressivo em termos absolutos, com constante e crescente importância no âmbito da sociedade brasileira, o que resultará em uma série de novas exigências e especificidades em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social.

Kiyak et al., (2005) citaram que mais pessoas estão mantendo seus dentes e a evidência descrita em estudos de muitos países, é que idosos dentados são muito mais prováveis que seus pares desdentados em utilizar os serviços odontológicos. Embora a promoção da saúde tenha se tornado um importante meio de melhorar o comportamento de idosos em várias áreas, infelizmente a odontologia tem recebido menos atenção, exceto por alguns esforços e a despeito dos rápidos avanços em métodos e materiais para higiene oral e técnicas na prática odontológica, é tão importante quanto, educar a população geral continuamente.

Por fim, com um menor crescimento populacional e um aumento da proporção de idosos, no âmbito odontológico a avaliação das barreiras e percepções dos cirurgiões-dentistas no atendimento ao idoso torna-se ainda mais relevante tanto na RMVP como no restante do Brasil.

7 CONCLUSÃO

- Poucos respondentes (14,4%) da RMVP prestavam atendimento odontológico ao idoso em domicílio, ILP e hospitais e um número bem maior (85,6%) decidiu excluir ou nunca ofertou este tipo de atendimento. Não ter experiência e/ou treinamento foi a principal barreira para não atender idosos relatada pelo Grupo D e a baixa demanda foi a principal barreira para excluir o atendimento aos idosos relatada pelo Grupo B
- A experiência e treinamento, a satisfação pessoal, as condições de infraestrutura, equipamentos e materiais no local do atendimento foram fatores considerados importantes na decisão em tratar idosos em todos os grupos.
- O atendimento ao idoso como parte das responsabilidades profissionais, realizaria o atendimento se solicitado e estar com pessoas idosas é recompensador foram razões importantes consideradas por todos os grupos, para tratar idosos.
- Higienistas dentais e assistentes odontológicas como membros importantes da equipe odontológica no atendimento ao idosos também foram os aspectos considerados importantes para todos os grupos.
- Todos os grupos concordaram que a disciplina de odontogeriatrics como parte da grade curricular do curso de Odontologia seria uma influência positiva na decisão em realizar atendimento odontológico ao idoso.

Referências

1. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso; 2003. Disponível em URL:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm Acesso em 11 de dezembro de 2014.
2. 3ª Conferência Internacional sobre o Idoso, 2014. Disponível em URL:
www.brasilidoso.wordpress.com/estatisticas/ Acesso em 2 de dezembro de 2014.
3. Diário Oficial do Estado de São Paulo. Lei complementar. 122(6), São Paulo, 2012. Disponível em URL: [http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx DataPublicacao=20120110&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1lei complementar 1166](http://dobuscadireta.imprensaoficial.com.br/default.aspx>DataPublicacao=20120110&Caderno=DOE-I&NumeroPagina=1lei%20complementar%201166). Acesso em 13 de dezembro de 2014.
4. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Sala de imprensa: estimativas populacionais dos municípios em 2014. Disponível em URL:
<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=2704>. Acesso em 13 de dezembro de 2014.
5. SEAD (Portal de Estatísticas do Estado de São Paulo). Projeções populacionais – SSPP. Disponível em URL:
<http://produtos.seade.gov.br/produtos/projpop/index.php>. Acesso em 16 de Agosto de 2016.
6. CFO (Conselho Federal de Odontologia). Dados estatísticos. Disponível em URL:
<http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/>. Acesso em 13 de dezembro de 2014.

7. Bortolini S; Natali A; Franchi M; Coggiola A; Consolo U. Implant-retained removable partial dentures: an 8-year retrospective study. J Prosthodont. 2011 Apr; 20(3):168-72.
8. Grossmann Y; Nissan J; Levin L. Clinical effectiveness of implant-supported removable partial dentures: a review of the literature and retrospective case evaluation. J Oral Maxillofac Surg. 2009 Sep; 67(9):1941-6.
9. Sá, IPC; Almeida Jr. LR; Corvino, MPF; Sá, SPC. Oral health conditions of the elderly in the Lar Samaritano long-term care facility in São Gonçalo - RJ. Ciência & Saúde Coletiva. 2012,17(5):1259-1265.
10. UNFPA (United Nations Population Fund). Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge, 2012. Disponível em URL: <http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>. Acesso em 16 de dezembro de 2014.
11. WHO (World Health Organisation). Oral Health in ageing Societies - Integration of oral health and general health. WHO publications, Geneva; 2006, 59p.
12. WHO (World Health Organisation). Oral Health Day 2012 - Ageing and Health. WHO publications. Disponível em URL: <http://www.who.int/world-health-day/2012/en/>. Acesso em 6 de março de 2015.
13. Marchini, L; Montenegro, FLB. As populações idosas na transição populacional: Uma análise mundial. In: Odontogeriatrics: uma visão gerontológica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013, p.1-11.

14. World Health Organisation (WHO). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment, 1996. Disponível em URL: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf. Acesso em 6 de março de 2015.
15. Ahluwalia, KP; Bin Cheng; Philip K. Josephs; Evanthia Lalla; Ira B. Lamster. Oral disease experience of older adults seeking oral health services. *Gerodontology* 2010; 27: 96–103.
16. Yao, CS; Michael I. MacEntee. Inequity in Oral Health Care for Elderly Canadians: Part 2. Part 1. Oral Health Status. *J Can Dent. Assoc* 2013; 79: d114.
17. Cornejo, Marco; Glòria Pérez; Kenio-Costa de Lima; Elías Casals-Pedro; Carme Borrell. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 Mar 1;18 (2):e285-92.
18. Enoki, K; IKEBE, K; MATSUDA, K.-I; YOSHIDA, M; MAEDA, Y; THOMSON, WM. Determinants of change in oral health-related quality of life over 7 years among older Japanese. *Journal of Oral Rehabilitation* 2013 40; 252–257.
19. Rodakowska, PE; Mierzyńska, K; Bagińska, J; Jamiołkowski, J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east. *BMC Oral Health* 2014, 14:106.
20. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990, 54:680–687.
21. Kotzer, RD; Lawrence, HP; Clovis, JB; Matthews, DC. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health and Quality of Life Outcomes* 2012, 10:50.

22. Astrøm AN; Ekback G; Ordell S; Nasir E. Long-term routine dental attendance: influence on tooth loss and oral health-related quality of life in Swedish older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 460–469.
23. Tsakos G; Sheiham A; Iliffe S; Kharicha K; Harari D; Swift CG; Gillman G; Stuck AE. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 286–292.
24. Wennström, A; Ahlqwist, M; Ulrika Stenman; Cecilia Björkelund; Magnus Hakeberg. Trends in tooth loss in relation to socio-economic status among Swedish women, aged 38 and 50 years: repeated cross-sectional surveys 1968-2004. *BMC Oral Health* 2013, 13:63.
25. Oliveira, T.C.; da Silva, D.A.; Freitas, Y.N.L.; da Silva, R.L.; Pegado, C.P.C.; Lima, K.C. Socio-demographic factors and oral health conditions in the elderly: A population based study. *Archives of Gerodontology and Geriatrics*. 2013 (57): 389-397.
26. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente: A saúde Bucal levada a sério, 2010. Disponível em URL:
http://dab.saude.gov.br/cnsb/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf. Acesso em 16 de dezembro de 2014.
27. Al-Haboubi, M; Klass C; Jones K; Bernabe E; Gallagher, JE. Inequalities in the use of dental services among adults in inner South East London. *Eur J Oral Sci* 2013; 121: 176–181.
28. Palencia 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: 97–105.

29. Moreira, RS, Lucélia Silva NICO, Nilce Emy TOMITA. Oral health conditions among the elderly in southeastern São Paulo state. *J Appl Oral Sci.* 2009; 17(3): 170-8.
30. Preshaw, PM; Walls, AWG; Jakubovics, NSPJ; Moynihan, NJA; Jepson, ZL. Association of removable partial denture use with oral and systemic health. *Journal of dentistry* 39 (2011) 711–719.
31. Fontanive V; Abegg C; Tsakos G; Oliveira M. The association between clinical oral health and general quality of life: a population-based study of individuals aged 50–74 in Southern Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41: 154–162.
32. Yen, Yea-Yin; Huey-Er Lee; Yi-Min Wu; Shou-Jen Lan, Wen-Chen Wang; Je-Kang Du; Shun-Te Huang; Kun-Jung Hsu. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan. *BMC Oral Health* 2015, 15:1.
33. Aida, J; Katsunori, K; Hiroshi, H; Miyo Nakade; Tatsuo Yamamoto; Tomoya Hanibuchi, Ken Osaka, Aubrey Sheiham, Georgios Tsakos, Richard G. Watt. Association Between Dental Status and Incident Disability in an Older Japanese Population. *J Am Geriatr Soc* 60:338– 343, 2012.
34. Moriya, S; Kanchu, T; Yamazaki, Y; Hironobu Hata; Yoshimasa Kitagawa; Nobuo Inoue; Hiroko Miura. Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviors in community-dwelling older adults. *Gerodontology* 2013; 30: 133–140.
35. Naorungroj, S; Slade, GD; J.D. Beck, T.H. Mosley, R.F. Gottesman, A. Alonso, G. Heiss. Cognitive decline and Oral health in Middle-aged Adults in the Arlc study. *J Dent Res* 92(9):795-801, 2013.

36. Tsakos, G; Watt, RG; Patrick L. Rouxel, Cesar de Oliveira, Panayotes Demakakos. Tooth Loss Associated with Physical and Cognitive Decline in Older Adults .J Am Geriatr Soc 63:91–99, 2015.
37. Zuhair S. Natto, Majdi Aladmawy, Mohammed Alasqah, Athena Papas. Factors contributing to tooth loss among the elderly: A cross sectional study. Singapore Dental Journal 35 (2014) 17–22.
38. Matthews, DC; Joanne B. Clovis; Martha G.S. Brilliant; Mark J. Filiaggi; Mary E. McNally; Robert D. Kotzer; Herenia P. Lawrence. Oral Health Status of Long-Term Care Residents—A Vulnerable Population. J Can Dent Assoc 2012;78: c3.
39. Gluzman, R; H. Meeker; P. Agarwal; S. Patel; G. Gluck; L. Espinoza; K. Ornstein; T. Soriano; R.V. Katz. Oral health status and needs of homebound elderly in an urban home-based primary care service. Spec Care Dentist 33(5): 218-226, 2013.
40. Amerine, C; Boyd, L; Bowen, DM; Neill, Karen; SANE-A; Johnson, T; Teri Peterson. Oral health champions in long-term care facilities—a pilot study. Spec Care Dentist 34(4): 164-170, 2014.
41. Piuvezam, G; Kenio Costa de Lima. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. Gerodontology 2013; 30: 141–149 141.
42. van der Putten, GJ; Luc De Visschere, Jos Schols, Cees de Baat, Jacques Vanobbergen. Supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in (residential) care homes: a cluster randomized controlled clinical trial. BMC Oral Health 2010, 10:17. Disponível em: URL: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/10/17>.

43. van der Putten, GJ, L. De Visschere, C. van der Maarel-Wierink, J. Vanobbergen, J. Schols. The importance of oral health in (frail) elderly people – a review. *European Geriatric Medicine* 4 (2013) 339–344.
44. Kiyak, H. Asuman, MA; Reichmuth, M. Barriers to and Enablers of Older Adults' Use of Dental Services. *Journal of Dental Education*, v.69, n.9, sep. 2005.
45. Bots-VantSpijker, PC; Vanobbergen, JNO; Schols, JMGA; Schaub, RMH; Bots CP; de Baat C. Barriers of delivering oral health care to older people experienced by dentists: a systematic literature review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42: 113–121.
46. Bots-VantSpijker, PC; Bruers, JJ; Bots, CP; Vanobbergen, JN; De Visschere, LM; de Baat C; Schols JM. Opinions of dentists on the barriers in providing oral health care to community-dwelling frail older people: a questionnaire survey. *Gerodontology* 2016; 33: 268-274.
47. Moreira, AN; Rocha ES; Popoff, DAV; Vilaça EL; Castilho, LS; de Magalhães, CS. Knowledge and attitudes of dentists regarding ageing and the elderly. *Gerodontology* 2012; 29: e624–e631.
48. Chowdhry, N; Aleksejuniene J; Chris Wyatt; Ross Bryant. Dentists' Perceptions of Providing Care in Long-Term Care Facilities. *J Can Dent Assoc* 2011;77:b21.
49. Silva, AER; Langlois, COI; Feldens, CA. Use of dental services and associated factors among elderly in southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(4): 1005-16.
50. Watkins, C; Ettinger, RL; Cowen, H; Qian, F; Dawson, DV. Iowa dentists' involvement in care for patients who are homebound. *Spec Care Dentist* 32(6) 2012.

51. Sweeney, MP; Manton, S; Kennedy, C; Macpherson, LMD; S, Turner. Provision of domiciliary dental care by Scottish dentists: a national survey. *British Dental Journal* 2007; 202: E23
52. Stevens A; Crealey, GE; Murray, AM. Provision of domiciliary dental care in North and West Belfast. *Prim Dent Care*. 2008 Jul;15(3):105-11.
53. Hally, J; Clarkson, JE; Newton, JP. Continuing dental care for Highlands elderly: Current practice and attitudes of dental practitioners and home supervisors. *Gerodontology*. 2003 Dec; 20(2):88-94.
54. Rocha, DA; Miranda, AF. Atendimento odontológico domiciliar aos idosos: uma necessidade na prática multidisciplinar em saúde: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2013; 16(1):181-189
55. Ettinger RL. The Development of Geriatric Dental Education Programs in Canada: An Update. *J Can Dent Assoc* 2010;76:a1
56. Saintrain MV, Souza EHA, Caldas Jr AF. Teaching of geriatric dentistry in Brazilian universities current situation the South and Western. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*, v. 21, n. 53, jul./set. 2006.
57. Saintrain MV, Souza EHA, Caldas Jr AF. Teaching of Geriatric Dentistry at Dentistry Colleges of the Brazilian North-Northeast. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v.10, n.1 pag. 41-52, 2006b.
58. Fabiano JA, Waldrop DP, MSW, Nochajski TH, Davis E L, Goldberg LJ. Understanding Dental Students' Knowledge and Perceptions of Older People: Toward a New Model of Geriatric Dental Education. *Journal of Dental Education*, v. 69, n.4, April 2005.

59. Kaner EFS, Haighton CA, McAvoy BR. So much post, so busy with practice - so, no time!': A telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. *British Journal of General Practice*, March 1998, 48, 1067-1069.
60. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Sala de imprensa: sinopse dos resultados censo 2010. Disponível em URL: http://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=35&cod2=353350&cod3=35&frm=urb_rur. Acesso em 24 de Novembro de 2016.
61. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação. Disponível em URL: <http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>. Acesso em 02 de Dezembro de 2016.
62. Closs VE e Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2012; 15(3):443-458.

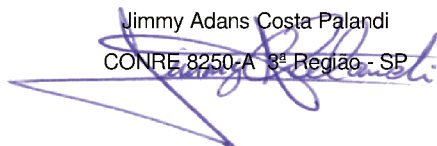
Anexos

Anexo A – Parecer estatístico

São José dos Campos, 26 de Novembro de 2014.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a disposição e barreiras relatadas pelos cirurgiões-dentistas da mesorregião do Vale do Paraíba Paulista no atendimento de pacientes idosos em domicílio ou institucionalizados, com a aplicação de um questionário. Desta forma, utilizando a fórmula mostrada no anexo I para calcular o tamanho amostral com um erro amostral estatístico de 10,0%, e considerando que existe um total de 4.485 profissionais que estejam aptos a responder o questionário, temos uma amostragem de 98 entrevistados que devem ser proporcionalizados pelas macro regiões de: Vale Histórico e Serra da Mantiqueira (Bananal, Campos do Jordão e Guaratinguetá), Litoral Norte e Serra do Mar (Caraguatatuba e Paraibuna) e São José dos Campos. Essa quantidade amostral foi definida conforme a metodologia expressa no anexo I, onde com base no Teorema do Limite Central e a Leis dos Grandes Números, esse tamanho amostral garante que análises estatísticas serão fidedignas. Após a coleta das informações nós iremos caracterizar a distribuição da frequência relativa (percentuais) do questionário através do Teste de Igualdade de Duas Proporções. Sendo necessária uma análise de correlação entre covariáveis quantitativas, será utilizado a Correlação de Pearson. Para a comparação (medição do efeito) das covariáveis qualitativas em funções de variáveis quantitativas, será utilizado o teste de ANOVA. Podemos utilizar também o Alfa de Cronbach para medir a consistência interna do questionário aplicado.

Jimmy Adans Costa Palandi
CONRE 8250-A 8ª Região - SP



(anexo I – parecer estatístico)

A especificação do erro amostra tolerável deve ser feita sobre o enfoque probabilístico, pois por maior que seja a amostra, existe o risco de o sorteio gerar uma amostra com características bem diferentes das características da população de onde ela está sendo extraída. No caso onde conhecemos a priori o tamanho da população, nós utilizamos a seguinte fórmula.

$$n_0 = \frac{1}{E_0^2}, \text{ onde}$$

- n_0 = primeira aproximação para o tamanho da amostra
- E_0^2 = erro amostral tolerável

Se a população for muito grande (digamos, mais de vinte vezes o valor calculado n_0), então n_0 já pode ser adotado como tamanho da amostra ($n = n_0$).

Caso contrário é sugerido a seguinte sugestão:

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

Novos tamanhos amostrais, com base em novos erros amostrais.

Erro Amostral	
AVE	Tamanho
4,5%	445
5,0%	367
5,5%	308
6,0%	262
6,5%	225
7,0%	195
7,5%	171
8,0%	151
8,5%	134
9,0%	120
9,5%	108
10,5%	89
11,0%	81

