



DESIGUALDADES NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS PÚBLICOS E PRIVADOS POR USUÁRIOS DO SUS DE 65-74 ANOS, SALVADOR, BAHIA

INEQUALITIES IN THE USE OF PUBLIC AND PRIVATE DENTAL SERVICES BY UNIFIED HEALTH SYSTEM USERS AGED 65-74 YEARS OLD, SALVADOR, BAHIA

Pedro Henrique Presta Dias¹
Danillo Lyrio de Oliveira²
Denise Nogueira Cruz³
Maria Cristina Teixeira Cangussu⁴
Sandra Garrido Barros⁵

Manuscrito recebido em: 19 de julho de 2021.

Aprovado em: 22 de maio de 2023.

Publicado em: 10 de julho de 2023.

Resumo

Objetivo: Caracterizar a utilização dos serviços odontológicos pela população de 65-74 anos do município de Salvador, Bahia, utilizando os dados do Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal realizado em 2015. **Método:** Trata-se de estudo transversal usando a base de dados do Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal do município de Salvador em 2015, utilizando variáveis sociodemográficas, de uso dos serviços e morbidade referida. Foi realizada análise descritiva, para o município e por Distrito Sanitário. As diferenças de proporção entre os eventos foram comparadas utilizando o teste do qui-quadrado ajustado, com um nível de significância de 5%. **Resultados:** Observou-se uma maior utilização dos serviços por parte de idosos do sexo feminino, pardos e com baixa escolaridade. A maior parte dos indivíduos participantes do estudo (54,51%) afirmou não ter utilizado qualquer serviço odontológico nos últimos 12 meses; a exodontia configurou-se como o procedimento mais utilizado por este grupo etário, o acesso ao cirurgião-dentista ($p=0,02$), as restaurações ($p<0,00$) e serviços especializados de cirurgia/periodontia ($p<0,00$) foram mais utilizados na rede pública, enquanto serviços especializados de endodontia ($p=0,02$) e prótese ($p<0,00$) ocorreram em maior proporção na rede privada. **Conclusão:** Faz-se necessária a realização de investigações em profundidade que possam explicar o baixo uso dos serviços odontológicos no município pela população idosa apesar dos avanços na cobertura destes. Este estudo pode subsidiar o planejamento da atenção à saúde bucal do idoso em Salvador e conformar-se, para a equipe técnica dos Distritos Sanitários, numa ferramenta para o planejamento local em saúde bucal.

¹ Mestrando em Políticas Públicas e Especialista em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS pela Fundação Oswaldo Cruz - Brasil

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7066-1969> E-mail: pedropresta@hotmail.com

² Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação de Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Cirurgião-dentista na Prefeitura Municipal de Jaguaripe.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6365-2098> E-mail: danillolyrio@hotmail.com

³ Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Professora na Universidade Federal da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9523-9561> E-mail: dcnogueira@hotmail.com

⁴ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora no Programa de Pós-graduação em Odontologia e Biotecnologia da Universidade Federal da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9295-9486> E-mail: cangussu@ufba.br

⁵ Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Docente no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8255-1230> E-mail: sgb@ufba.br



Palavras-chaves: Uso de serviços de saúde; Serviços odontológicos; Serviços de saúde; Idoso.

Abstract

Objective: It aims to characterize the use of dental services by the 65-74-year-old population in the city of Salvador, Bahia, using data from the Epidemiologic Oral Health Survey held in 2015. **Methods:** This is a cross-sectional study using the Epidemiological Survey on Oral Health database in the city of Salvador in 2015, using sociodemographic variables, use of services and reported morbidity. A descriptive analysis was carried out, for the municipality and by Sanitary District. Differences in proportion between events were compared using the adjusted chi-square test, with a significance level of 5%. **Results:** There was greater use of services by elderly females, brown and with low education. Most individuals participating in the study (54.51%) said they had not used any dental service in the last 12 months; extraction was configured as the most used procedure by this age group, access to dental surgeons ($p=0.02$), restorations ($p<0.00$) and specialized services in surgery/periodontics ($p<0.00$) were more used in the public network, while specialized services of endodontics ($p=0.02$) and prosthesis ($p<0.00$) occurred in greater proportion in the private network. **Conclusion:** It is necessary to carry out in-depth investigations that can explain the low use of basic and specialized dental services in the city by the elderly population, despite advances in their coverage. This study can support the planning of oral health care for the elderly in Salvador and constitute, for the technical team of the Health Districts, a tool for local planning in oral health.

Keywords: Use of health services; Dental services; Health services; Aged.

O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO E O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA

O processo de envelhecimento representa para o indivíduo um desgaste das suas capacidades fisiológicas globais, seja de um modo progressivo discreto ou grave¹. Esse processo implica além de modificações somáticas, mudanças psicossociais, incluindo aquelas do nível da memória, do intelecto, do comportamento, da personalidade, das relações sociofamiliares e das finanças¹.

A Organização Mundial de Saúde² considera o indivíduo idoso aquele que possui 60 anos ou mais. No Brasil, o grupo de idosos será, até 2030, maior que o grupo de indivíduos com até 14 anos³, portanto, o país caminha para se tornar uma nação com população majoritariamente idosa. Neste sentido, o aumento crescente da demanda pelos serviços de saúde por parte da população idosa é previsível.

No âmbito da saúde bucal, o envelhecimento da população merece uma abordagem especial, visto que, historicamente, os serviços odontológicos priorizaram um modelo de atenção focado nos escolares⁴. O modelo de atenção incremental, em parte, ajuda a compreender os altos níveis de edentulismo, prevalência de cárie e doença periodontal na população idosa brasileira⁵ bem como o baixo uso dos serviços públicos odontológicos por este grupo etário.



Dados da Pesquisa Nacional em Saúde Bucal⁶ (SB Brasil/2010) apontaram um alto número de idosos, com idade entre 65 e 74 anos, com perdas dentárias, sendo que 63,1% utilizavam prótese total superior, 37,5% prótese dentária inferior e apenas 7,3% não necessitava de algum tipo de prótese dentária⁶. A proporção do componente perdido no índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) entre idosos brasileiros representava naquela pesquisa 91,9%. A análise da condição periodontal no grupo etário de 65-74 anos, limitada pela proporção elevada de sextantes excluídos (90,5%), revelou que 4,2% dos sextantes apresentavam cálculo dental e 3,3% bolsas periodontais como resultado do avanço da doença periodontal⁶. No que diz respeito à utilização dos serviços odontológicos, 14,7% dos idosos brasileiros nunca consultaram um dentista e para 46,2% dos idosos da região Norte e 40,4%, da região Nordeste o motivo da última consulta odontológica foi a extração dentária⁶.

O acesso precoce aos serviços odontológicos pode ser determinante para uma melhor condição de saúde bucal para o indivíduo⁷. O conceito de acesso expressa um conjunto de características da oferta que podem aumentar ou dificultar a capacidade dos indivíduos utilizarem o serviço⁸. Já utilização corresponde ao uso do serviço, possibilitando que o indivíduo obtenha resposta para os seus problemas de saúde⁹.

No estudo da utilização dos serviços de saúde, o modelo teórico mais frequente é aquele desenvolvido por Andersen¹⁰. Para este autor, o ambiente externo, identificado com os ambientes físico, político e econômico, interfere diretamente no uso do serviço de saúde, assim como as práticas pessoais como dieta, exercício e o autocuidado também interferem nos resultados em saúde¹⁰.

O acesso é uma medida relativamente complexa e definida de forma multidimensional, composta por duas variáveis: potencial e realizado¹⁰. O acesso potencial refere-se à disponibilidade de recursos que permitam proporcionar os meios para o uso do serviço, aumentando assim a probabilidade para sua utilização. Já o acesso realizado refere-se ao uso efetivo daquele serviço¹⁰.

Para além do debate conceitual em torno do acesso aos serviços de saúde apresentado na literatura⁸, entende-se a necessidade de implantar sistemas de saúde que garantam acesso de maneira equânime. No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) formulou as proposições para criação de um sistema de saúde universal, público, integral e descentralizado que foram incorporadas na Constituição de 1988¹¹.



No que se refere à reorientação, reorganização e reformulação dos modelos assistenciais em saúde é preciso destacar o modelo da vigilância da saúde enquanto forma de estruturação das ações e serviços de saúde e que, também, revela a potencialidade da atenção primária na superação do modelo médico assistencial privatista¹². Cabe ainda destacar a capacidade da Estratégia da Saúde da Família (ESF) na organização da atenção primária em saúde. Reconhecida a partir de 2006 não mais com um programa, a ESF aumentou de modo expressivo no país, particularmente nos municípios de menor porte populacional, de modo que se estima que a cobertura populacional cresceu de 44,88% de janeiro de 2006 para 63,99% em fevereiro de 2016¹³.

Particularmente no âmbito da saúde bucal, a Portaria GM/MS nº1444 de 2000 que estabeleceu incentivos financeiros para a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) e o documento Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal de 2004¹⁴ – que reforça a importância das ESB e dá início ao repasse financeiro para implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas/CEO - revelaram-se como instrumentos normativos que fomentariam a reorganização da atenção à saúde bucal e, conseqüentemente, o aumento no acesso e na utilização equânime dos serviços odontológicos.

Contudo, estudos apontam que o resultado da implantação das ESB na ESF nos indicadores de saúde ficou abaixo do esperado, com fraco desempenho na incorporação das ESB¹⁵ e que, especialmente, a população idosa nas regiões Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e Norte, em comparação aos residentes da Região Sul apresentaram menor frequência de visitas ao dentista e maior chance de jamais terem ido ao dentista¹⁶.

Identifica-se na literatura lacunas sobre as condições de saúde bucal da população idosa brasileira¹⁷ e boa parte dos estudos estão focados em um modelo de investigação centrada no problema, em uma visão mais biologicista e fragmentada desse indivíduo¹⁸. Estudos sobre a utilização de serviços odontológicos pela população maior de 60 anos têm sido realizados em diversos municípios¹⁹⁻²⁴ e estados²⁵, assim como estudos de abrangência nacional²⁶⁻²⁸ e indicam desigualdades.

Não foram identificados estudos que tratem da utilização dos serviços odontológicos pela população idosa de Salvador. A análise das potenciais diferenças no uso destes serviços entre os Distritos Sanitários pode revelar desigualdades ao interior do município, subsidiando o planejamento de ações e serviços de saúde bucal no âmbito local.



Desta forma, este trabalho teve como objetivo caracterizar a utilização dos serviços odontológicos pela população de 65-74 anos do município de Salvador, Bahia, no ano de 2015, mais especificamente, descrever os principais serviços utilizados, seu tipo de financiamento e a utilização segundo Distritos Sanitários (DS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido a partir dos dados do Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal (IESB) realizado pela Secretaria de Saúde do município de Salvador em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (FOUFBA) no ano de 2015.

O Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal de Salvador baseou-se em uma amostra representativa para cinco grupos etários investigados (5 anos, 12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos) para cada um dos 12 Distritos Sanitários do município. Para a população adulta (35-44 anos) e idosa (65-74 anos) o cálculo amostral baseou-se na ocorrência do fenômeno mais raro: a presença de bolsa periodontal, que foi de 15,1% na população de 65 a 74 anos em 2010⁶. Considerando uma variação possível de 8% e cálculo de tamanho da amostra de proporção simples por Distrito Sanitário (DS), definiu-se o número de 120 exames em cada um dos dois grupos etários para cada DS.

Os exames com finalidade epidemiológica em adultos e idosos foram realizados em Unidades Básicas de Saúde da rede SUS, com e sem ESF, previamente sorteadas, em indivíduos que estivessem nestas Unidades para atendimento não odontológico, constituindo-se uma amostra de conveniência.

A equipe de examinadores foi composta por dentistas da rede municipal de Salvador, Residentes do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA e discentes da FOUFBA devidamente padronizados.

Os exames epidemiológicos foram realizados sob iluminação natural, adotando as normas de biossegurança e conforme os critérios preconizados pelo SB Brasil 2010²⁹. O exame foi precedido de uma entrevista, com aplicação de um questionário estruturado, para identificação de dados demográficos, utilização dos serviços odontológicos e morbidade referida. Os indivíduos participaram do Inquérito mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.



Para a população de 65-74 anos foram utilizados índices para avaliação da doença cárie, a partir da média de dentes permanentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) (Índice CPO-D), doença periodontal (Índice Periodontal Comunitário - IPC) e uso e necessidade de prótese dentária, recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na publicação *Oral Health Surveys: basic methods*, quarta edição³⁰ e o Manual do examinador do SB Brasil 2010²⁹.

Para o presente estudo foram utilizados os dados referentes a todos os indivíduos do grupo etário de 65-74 anos que participaram do *Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal* do município de Salvador, realizado em 2015.

As variáveis utilizadas na presente investigação avaliaram três dimensões: sociodemográfica, uso dos serviços odontológicos e morbidade referida. As variáveis analisadas em cada dimensão e os critérios adotados estão descritos no Quadro 1.

Todos os dados originados do Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal de Salvador foram digitados em planilha eletrônica e processados no programa Minitab Versão 15.

Os dados foram analisados de forma descritiva a partir da obtenção das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e números absoluto e relativo para as variáveis categoriais, para o município e por Distrito Sanitário. As diferenças de proporção entre os eventos foram comparadas utilizando o teste do qui-quadrado ajustado, com um nível de significância de 5%.

O Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal (IESB) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA) através do parecer número 1.278.789/2015 (CAAE 43000615.7.0000.5030). Para a realização deste estudo foi obtido Termo de Concessão da Coordenação de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador para a utilização da base de dados do IESB.

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para análise do uso dos serviços odontológicos pela população idosa de Salvador, Bahia, no ano de 2015.

Dimensão	Variáveis	Critérios
SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	Idade	Idade em anos
	Sexo	Masculino (M) Feminino (F)
	Grupo Étnico	Branco Pardo Preto Indígena Amarelo



	Escolaridade	Analfabeto 1º grau incompleto 1º grau completo 2º grau incompleto 2º grau completo ou mais
	Benefício de Programa Social	Sim (S) Não (N)
USO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	Uso de serviços odontológicos nos últimos 12 meses	Sim (S) Não (N)
	Tipo de serviço odontológico utilizado nos últimos 12 meses	Consulta odontológica Procedimento de urgência Realização de exodontia Realização de restauração Participação em atividade educativa em saúde bucal Realização de endodontia Realização de prótese Realização de cirurgia/periodontia
	Tipo de prestador do serviço odontológico utilizado nos últimos 12 meses	Público Privado por desembolso direto Privado por plano de saúde
MORBIDADE REFERIDA	Necessidade de tratamento odontológico	Sim (S) Não (N)
	Dor de origem dentária nos últimos 12 meses	Sim (S) Não (N)

RESULTADOS

Participaram do Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal (IESB) do município de Salvador 1268 idosos com idade entre 65 e 74 anos (média de 68,81 anos), sendo 67,61% do sexo feminino (Tabela 1). Em todos os Distritos Sanitários (DS) o percentual de idosos do sexo feminino foi maior que 60% com exceção do DS Centro Histórico onde o percentual de indivíduos de ambos os sexos foi de 50%.

Em relação à etnia, 44,95% dos participantes do inquérito declararam-se como pardos e 38,55% como pretos. O DS Liberdade foi o que apresentou maior percentual de idosos pretos (53,91%), O DS Boca do Rio apresentou maior proporção de pardos (56,96%), e o DS Brotas foi aquele com maior percentual de etnia branca (32,14%) (Tabela1).

No que diz respeito às outras variáveis sociodemográficas verificou-se, de modo geral, uma baixa escolaridade entre os idosos que participaram do Inquérito considerando o elevado percentual daqueles com ensino fundamental incompleto (41,24%) e analfabetos (11,90%). O DS Centro Histórico foi o que apresentou maior percentual de idosos com 2º grau ou mais (33,33%) e o DS São Caetano/Valéria foi o que apresentou o maior percentual de analfabetos (21,49%).

Em relação ao recebimento de benefício social, quase 80% declararam não receber qualquer tipo de benefício. O DS que apresentou o maior percentual de idosos que declararam não receber benefício foi o DS Itapuã (92,54%). Por outro lado,



destacaram-se os DS de Itapagipe, Liberdade e Pau da Lima como aqueles que apresentaram maior percentual de idosos beneficiários de programas sociais, 38,36%, 36,97% e 35,63% respectivamente (Tabela 1).

Apesar de 67,38% dos idosos perceberem alguma necessidade de tratamento odontológico, a maior parte dos participantes (54,51%) afirmou não ter utilizado serviços odontológicos (acesso ao cirurgião-dentista) nos últimos 12 meses (Tabela 2).

A análise da utilização dos serviços odontológicos por DS revela que o DS Centro Histórico e DS Pau da Lima foram aqueles que apresentaram maior percentual de idosos que utilizaram serviços odontológicos nos últimos 12 meses (63,93% e 55,43% respectivamente) enquanto os menores percentuais de utilização foram observados nos DS de São Caetano/Valéria, Boca do Rio e Barra/Rio Vermelho (Tabela 2).

Com relação aos serviços de Atenção Primária, a exodontia configurou-se como o procedimento odontológico mais utilizado nos últimos 12 meses pela população de 65-74 anos (24,04%), seguido de restauração (18,39%) e atividade educativa (17,99%) (Tabela 2).

Particularmente sobre a realização de exodontias e restaurações, os DS que concentraram o maior percentual de idosos que fizeram uso destes procedimentos foram os DS de Pau da Lima e Centro Histórico. Ainda no que concerne aos procedimentos odontológicos básicos, a participação dos idosos em atividades educativas relacionadas à saúde bucal foi maior no DS Centro Histórico (31,15%) e no DS Subúrbio Ferroviário (35,16%).

O uso do serviço odontológico de urgência foi referido por 9,41% dos idosos do município participantes do IESB. Este serviço foi mais utilizado pelos idosos do DS Itapuã (18,38%) e o menor uso ocorreu entre os idosos do DS Boca do Rio (9,84%) (Tabela 2).

Quanto à utilização dos serviços odontológicos especializados entre a população idosa participante do IESB, foram analisados os dados relativos à endodontia, prótese e cirurgia/periodontia. O uso dos serviços de prótese ocorreu entre 17,61% dos idosos, enquanto a utilização das especialidades endodontia e cirurgia/periodontia foi muito pequena, 5,66% e 3,20% respectivamente (Tabela 2).



O uso do serviço de prótese pela população idosa foi acentuadamente maior no DS Pau da Lima (52,17%), seguido do DS Cabula/Beiru com 31,25%. Os DS Barra/Rio Vermelho e Boca do Rio foram aqueles com menor utilização dos serviços de prótese entre os idosos (6,15% e 6,98% respectivamente) (Tabela 2).

Particularmente em relação ao tratamento endodôntico, o DS que apresentou maior percentual de utilização desta especialidade foi o DS Pau da Lima (15,38%), seguido pelo DS Centro Histórico (11,48%) (Tabela 2).

Dentro do uso dos procedimentos especializados de cirurgia/periodontia, o maior percentual de utilização entre os idosos foi verificado no DS Boca do Rio (9,3%) enquanto no DS Barra/Rio Vermelho nenhum dos idosos participantes do IESB declarou ter utilizado tais especialidades.

Em relação ao tipo de prestador, foi possível identificar que a rede pública foi a que mais viabilizou o uso dos serviços odontológicos por parte da população idosa com relação a acesso ao cirurgião-dentista ($p=0,02$), realização de restauração ($p<0,00$) e serviços especializados de cirurgia/ periodontia ($p<0,00$), enquanto obteve-se maior utilização de serviços especializados de endodontia ($p=0,02$) e prótese ($p<0,00$) na rede privada (Tabela 3). Este aspecto ressalta a importância do SUS para a manutenção da saúde bucal da população brasileira.

Dentre os idosos participantes do IESB que foram ao dentista nos últimos 12 meses, 56,05% relataram ter realizado o acesso ao serviço odontológico na rede pública de saúde, e 43,95% tiveram acesso por meio de serviços privados, sendo 33,89% através de desembolso direto e 10,06% por planos odontológicos. Esta diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,02$) (Tabela 3).

O maior percentual de utilização de serviços odontológicos públicos foi entre os idosos dos DS de Itapagipe (69,33%) e Itapuã (68,33%), já os serviços privados por desembolso direto foram mais utilizados entre aqueles indivíduos dos DS de Boca do Rio (57,69%) e Cajazeiras (56,25%). O uso de serviços de planos odontológicos ocorreu em maior percentual no DS Brotas (36,2%).

Analisando o tipo de prestador segundo procedimento realizado, percebe-se que, com exceção dos DS Cabula/Beiru e São Caetano/Valéria, o uso de procedimentos de urgência ocorreu fundamentalmente nos serviços públicos de



saúde (Tabela 3). Também foi possível identificar que em 8 Distritos a maior parte da realização de exodontias se deu em serviços públicos, sendo que o maior percentual foi no DS Itapagipe (82,61%). Por outro lado, nos DS Boca do Rio (80,00%), Cajazeiras (62,50%) e Barra- Rio Vermelho (57,14%) foi onde ocorreu a maior utilização de serviços privados para realização de exodontias. As diferenças em relação a utilização de serviços de urgência ($p=0,24$) e exodontias ($p=0,12$) na rede pública e privada não apresentaram significância estatística.

Em relação às restaurações, observou-se que o DS Liberdade apresentou maior uso de serviço público para este procedimento (80,00%) enquanto nos DS Boca do Rio e Cajazeiras a maior parte dos idosos realizaram restaurações em serviços privados por desembolso direto (75,00% e 71,43%, respectivamente).

Cabe destacar o baixo percentual de idosos que referiram ter participado de atividades educativas em serviços públicos no DS Brotas (37,93%) - nos demais DS esse percentual foi igual ou superior a 75% (Tabela 3). De modo geral, pode-se afirmar que, em relação aos procedimentos básicos ambulatoriais, apresentaram maior percentual de uso nos serviços públicos os DS de Itapagipe, Liberdade, Centro Histórico e Subúrbio Ferroviário.

A análise da utilização de endodontia entre os participantes do IESB, segundo tipo de prestador, revela que, apesar dos avanços na conformação da atenção especializada na rede SUS municipal, a maior parte dos idosos realizou o tratamento endodôntico em serviços particulares, seja por desembolso direto, seja por meio de planos odontológicos.

O DS que teve o maior número de idosos que fizeram uso do serviço de endodontia foi o Centro Histórico, onde 64,28% dos idosos realizaram o procedimento por meio de planos odontológicos (Tabela 3).

O maior número de idosos que fizeram uso do serviço de prótese dentária também foram os DS Centro Histórico, assim como os do DS Pau da Lima. Nestes Distritos, como evidenciado nos demais, o maior percentual de uso de prótese dentária foi nos serviços privados (desembolso direto e plano odontológico).



Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da população de 65 – 74 anos participante do Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal do município de Salvador – Ba, 2015.

DISTRITOS SANITÁRIOS	BRV	BR	BRO	CB	CAJ	CH	ITG	ITP	LBD	PL	SCV	SF	TOTAL													
VARIÁVEIS	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)		
Sexo	65	100,00	86	100,00	124	100,00	64	100,00	54	100,00	122	100,00	153	100,00	137	100,00	120	100,00	92	100,00	121	100,00	128	100,00	1266	100,00
Feminino	53	81,54	61	70,93	85	68,55	54	84,37	34	62,96	61	50,00	103	67,32	92	67,15	73	60,83	76	82,61	83	68,60	81	63,28	856	67,61
Masculino	12	18,46	25	29,07	39	31,45	10	15,63	20	37,04	61	50,00	50	32,68	45	32,85	47	39,17	16	17,39	38	31,40	47	36,72	410	32,39
Etnia	63	100,00	79	100,00	112	100,00	60	100,00	52	100,00	115	100,00	147	100,00	123	100,00	115	100,00	81	100,00	117	100,00	124	100,00	1188	100,00
Branco	6	9,52	9	11,39	36	32,14	5	8,33	3	5,77	26	22,61	22	14,96	16	13,00	13	11,31	6	7,41	8	6,84	16	12,90	166	13,97
Pardo	29	46,03	45	56,96	34	30,36	31	51,67	29	55,77	52	45,22	62	42,18	53	43,09	37	32,17	36	44,44	60	51,28	66	53,22	534	44,95
Preto	28	44,45	25	31,65	41	36,61	24	40,00	20	38,46	35	30,43	62	42,18	49	39,84	62	53,91	27	33,34	47	40,18	38	30,65	458	38,55
Indígena	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,74	1	0,68	3	2,44	2	1,74	12	14,81	1	0,85	4	3,23	25	2,10
Amarelo	-	-	-	-	1	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,63	1	0,87	-	-	1	0,85	-	-	5	0,42
Escolaridade	62	100,00	86	100,00	121	100,00	64	100,00	54	100,00	120	100,00	136	100,00	132	100,00	116	100,00	89	100,00	121	100,00	126	100,00	1227	100,00
2º grau ou mais	6	9,68	22	25,58	38	31,40	16	25,00	13	24,07	40	33,33	19	13,97	30	22,73	17	14,66	10	11,24	10	8,26	16	12,70	237	19,32
2º Grau incomp.	5	8,06	6	6,98	20	16,53	3	4,69	-	-	15	12,50	19	13,97	14	10,61	13	11,21	15	16,86	7	5,79	16	12,70	133	10,84
Fund. comp.	9	14,52	14	16,28	27	22,31	8	12,50	9	16,67	11	9,17	28	20,59	24	18,18	20	17,24	8	8,99	24	19,83	23	18,25	205	16,71
Fund. Incomp.	33	53,23	36	41,86	29	23,97	35	54,69	27	50,00	52	43,33	44	32,35	41	31,06	54	46,55	51	57,30	54	44,63	50	39,68	506	41,24
Analfabeto	9	14,52	8	9,30	7	5,79	2	3,12	5	9,26	2	1,67	26	19,12	23	17,42	12	10,34	5	5,62	26	21,49	21	16,67	146	11,90
Benefício Social	63	100,00	85	100,00	118	100,00	61	100,00	51	100,00	114	100,00	146	100,00	134	100,00	119	100,00	87	100,00	120	100,00	127	100,00	1225	100,00
Não	48	76,19	71	83,53	114	96,61	46	75,41	47	92,16	98	85,96	90	61,64	124	92,54	75	63,03	56	64,37	109	90,83	97	76,38	975	79,59
Sim	15	23,81	14	16,47	4	3,39	15	24,59	4	7,84	16	14,04	56	38,36	10	7,46	44	36,97	31	35,63	11	9,17	30	23,62	250	20,41



Tabela 2 – Autopercepção da condição de saúde bucal e tipo de serviço odontológico utilizado pelos idosos participantes do Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal do município de Salvador – Ba, 2015.

VARIÁVEIS		DISTRITO SANITÁRIO													
		BRV	BR	BRO	CB	CAJ	CH	ITG	ITP	LBD	PL	SCV	SF	TOTAL	
Necessidade de tratamento odontológico	Sim	(n)	38	64	7	14	30	92	23	74	57	77	23	96	595
		%	88,37	74,42	38,89	51,85	55,56	76,67	56,10	57,36	47,90	84,62	85,19	75,00	67,38
	Não	(n)	5	22	11	13	24	28	18	55	62	14	4,00	32	288
		%	11,63	25,58	61,11	48,15	44,44	23,33	43,90	42,64	52,10	15,38	14,81	25,00	32,62
Dor de origem dentária	Sim	(n)	19	12	5	17	13	25	45	45	18	47	18	29	293
		%	29,23	13,95	4,03	26,56	24,07	20,83	29,03	33,09	15,13	51,09	15,00	22,66	23,20
	Não	(n)	46	74	119	47	41	95	110	91	101	45	102	99	970
		%	70,77	86,1	95,97	73,44	75,93	79,17	70,97	66,91	84,87	48,91	85,00	77,34	77,34
Consulta odontológica	Sim	(n)	24	31	60	30	21	78	73	66	44	51	41	56	575
		%	36,92	36,05	48,39	46,88	38,89	63,93	47,71	48,53	36,97	55,43	33,88	43,75	45,49
	Não	(n)	41	55	64	34	33	44	80	70	75	41	80	72	689
		%	63,08	63,95	51,61	53,13	61,11	36,07	52,29	51,47	63,03	44,57	66,12	56,25	54,51
Procedimento de urgência	Sim	(n)	6	1	5	8	3	10	16	25	5	15	11	14	119
		%	9,23	1,16	4,03	12,50	5,56	8,26	10,32	18,38	4,20	16,30	9,09	10,94	9,41
	Não	(n)	59	85	119	56	51	111	139	111	114	77	110	114	1146
		%	90,77	98,84	95,97	87,50	94,44	91,74	89,68	81,62	95,80	83,70	90,91	89,06	90,59
Exodontia	Sim	(n)	6	7	11	18	12	63	46	37	16	46	10	30	302
		%	9,23	8,14	8,87	28,13	22,22	51,64	29,87	27,21	13,45	50,00	8,93	23,44	24,04
	Não	(n)	59	79	113	46	42	59	108	99	103	46	102	98	954
		%	90,77	91,86	91,13	71,88	77,78	48,36	70,13	72,79	86,55	50,00	91,07	76,56	75,96
Restauração	Sim	(n)	8	10	13	10	9	57	22	27	10	27	13	25	231
		%	12,31	11,63	10,48	15,63	16,67	46,72	14,29	19,85	8,40	29,35	11,61	19,53	18,39
	Não	(n)	57	76	111	54	45	65	132	109	109	65	99	103	1025
		%	87,69	88,37	89,52	84,37	83,33	53,28	85,71	80,15	91,60	70,65	88,39	80,47	81,61
Atividade educativa em saúde bucal	Sim	(n)	6	5	30	8	12	38	22	25	6	13	16	45	226
		%	9,23	5,81	24,19	12,50	22,22	31,15	14,29	18,38	5,04	14,13	14,29	35,16	17,99
	Não	(n)	59	81	94	56	42	84	132	111	113	79	96	83	1030
		%	90,77	94,19	75,81	87,50	77,78	68,85	85,71	81,62	94,96	85,87	85,71	64,84	82,01



Endodontia	Sim	(n)	4	1	4	3	3	14	3	10	4	14	3	8	71
		%	6,15	1,16	3,23	4,69	5,56	11,48	1,94	7,35	3,36	15,38	2,70	6,25	5,66
	Não	(n)	61	85	120	61	51	108	152	126	115	77	108	120	1184
		%	93,85	98,84	96,77	95,31	94,44	88,52	98,06	92,65	96,64	84,62	97,30	93,75	94,34
Prótese	Sim	(n)	4	6	23	20	12	31	14	20	15	48	9	19	221
		%	6,15	6,98	18,55	31,25	22,22	25,62	9,03	14,71	12,61	52,17	8,11	14,84	17,61
	Não	(n)	61	80	101	44	42	90	141	116	104	44	102	109	1034
		%	93,85	93,02	81,45	68,75	77,78	74,38	90,97	85,29	87,39	47,83	91,89	85,16	82,39
Cirurgia/ periodontia	Sim	(n)	-	8	2	4	3	6	1	4	-	5	2	5	40
		%	-	9,30	1,65	6,25	5,56	4,92	0,65	2,96	-	5,49	1,82	3,91	3,20
	Não	(n)	65	78	119	60	51	116	154	131	119	86	108	123	1210
		%	100,00	90,70	98,35	93,75	94,44	95,08	99,35	97,04	100,00	94,51	98,18	96,09	96,80

Tabela 3 – Caracterização do tipo de serviço odontológico utilizado pelos idosos participantes do Inquérito Epidemiológico em Saúde Bucal do município de Salvador – Ba, em 2015, segundo tipo de prestador e Distrito Sanitário.

Serviço	Financiamento	DS	BRV	BR	BRO	CB	CAJ	CH	ITG	ITP	LBD	PL	SCV	SF	TOTAL	P-valor
Acesso ao CD	Público	(n)	13	10	21	14	7	45	52	41	24	26	21	27	301	0,02
		%	56,52	38,46	36,21	43,75	43,75	63,38	69,33	68,33	58,54	56,52	51,22	56,25	56,05	
	Privado	DD (n)	9	15	16	15	9	20	21	16	17	12	17	15	182	
		PO (n)	1	1	21	3	-	6	2	3	-	8	3	6	54	
Urgência	Público	(n)	3	-	3	1	2	9	14	15	103	8	-	7	165	0,24
		%	60,00	-	50,00	16,67	100,0	75,00	82,35	62,50	86,55	43,80	-	77,78	76,74	
	Privado	DD (n)	2	-	2	5	-	3	3	9	16	5	1	2	48	
		PO (n)	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	
	%	-	-	16,67	-	-	-	-	-	-	-	50,00	-	0,93		



Exodontia	Público	(n)	3	1	5	11	3	39	38	21	10	24	6	14	175	0,12
		%	42,86	25,00	45,45	73,30	37,50	66,10	82,61	65,63	62,50	60,00	66,67	66,67	65,06	
	Privado	DD (n)	4	4	5	4	5	14	8	10	6	8	3	5	76	
		%	57,14	80,00	45,45	26,70	62,50	23,73	17,39	31,25	37,50	20,00	33,33	23,81	28,25	
Privado	PO (n)	-	-	1	-	-	6	-	1	-	8	-	2	18		
	%	-	-	9,10	-	-	10,17	-	3,13	-	20,00	-	9,52	6,69		
Restauração	Público	(n)	6	2	6	7	2	33	17	14	8	13	5	11	124	<0,00
		%	75,00	25,00	50,00	77,78	28,57	62,26	73,91	58,33	80,00	52,00	41,67	61,11	59,33	
	Privado	DD (n)	2	6	2	2	5	12	4	9	2	6	6	5	61	
		%	25,00	75,00	16,67	22,22	71,43	22,64	17,39	37,50	20,00	24,00	50,00	27,78	29,19	
Privado	PO (n)	-	-	4	-	-	8	2	1	-	6	1	2	24		
	%	-	-	33,33	-	-	15,10	8,70	4,17	-	24,00	8,33	11,11	11,48		
Atividade educativa	Público	(n)	2	2	11	6	4	21	17	22	6	9	12	35	147	0,53
		%	100,0	100,0	37,93	75,00	80,00	80,77	80,95	91,67	100,0	75,00	80,00	94,59	78,61	
	Privado	DD (n)	-	-	4	1	1	3	3	2	-	3	2	2	21	
		%	-	-	13,79	12,50	20,00	11,54	14,29	8,33	-	25,00	13,33	5,41	11,23	
Privado	PO (n)	-	-	14	1	-	2	1	-	-	-	1	-	19		
	%	-	-	48,28	12,50	-	7,69	4,76	-	-	-	6,67	-	10,16		
Endodontia	Público	(n)	3	-	1	4	1	-	3	2	2	2	-	3	21	0,02
		%	75,00	-	33,33	44,50	33,33	-	21,43	66,67	22,22	50,00	-	42,86	30,89	
	Privado	DD (n)	-	1	-	2	1	2	2	1	5	2	1	1	20	
		%	-	100,0	-	22,20	33,34	50,00	14,29	33,33	55,56	50,00	33,33	14,28	29,41	
Privado	PO (n)	1	-	2	3	1	2	9	-	2	-	2	3	27		
	%	25,00	-	66,67	33,30	33,33	50,00	64,28	-	22,22	-	67,33	42,86	39,70		
Prótese	Público	(n)	-	-	1	6	-	1	6	2	-	16	1	1	34	<0,00
		%	-	-	4,76	35,29	-	3,33	46,15	12,15	-	37,21	11,11	8,33	17,81	
	Privado	DD (n)	1	2	4	4	7	14	6	10	14	7	2	6	77	
		%	33,33	40,00	19,05	23,53	87,50	46,67	46,15	62,50	100,0	16,28	22,22	50,00	40,31	
Privado	PO (n)	2	3	16	7	1	15	1	4	-	20	6	5	80		
	%	66,67	60,00	76,19	41,18	12,50	50,00	7,70	25,00	-	46,51	66,67	41,67	41,88		
Cirurgia/periodontia	Público	(n)	-	2	-	2	-	5	1	1	1	3	1	2	18	<0,00
		%	-	25,00	-	50,00	-	62,50	100,0	50,00	100,0	75,00	50,00	100,0	51,43	
	Privado	DD (n)	-	5	2	-	1	-	-	1	-	1	-	-	10	
		%	-	62,50	100,0	-	100,0	-	-	50,00	-	25,00	-	-	28,57	
Privado	PO (n)	-	1	-	2	-	3	-	-	-	-	1	-	7		
	%	-	12,50	-	50,00	-	37,50	-	-	-	-	50,00	-	20,00		

Legenda: DS- Distrito Sanitário; BRV- Barra/Rio Vermelho, BR- Boca do Rio, BRO- Brotas, CB- Cabula/Beiru, CAJ- Cajazeiras, CH- Centro Histórico, ITG- Itapagipe, ITP- Itapuã, LBD- Liberdade, PL- Pau da Lima, SCV- São Caetano Valéria, SF- Subúrbio Ferroviário, DD- Desembolso direto, PO- Plano Odontológico, CD- Cirurgião-dentista.



DISCUSSÃO

Apesar da ampliação da cobertura de serviços de saúde bucal em Salvador a partir de 2013, a sua utilização pela população de 65-74 anos ainda é baixa. Este estudo revelou que mais da metade dos idosos participantes do IESB do município (54,51%) não acessou o dentista no último ano. Daqueles que utilizaram, a maior parte realizou procedimento de exodontia, em detrimento de procedimentos restauradores e preventivos, bem como ações e serviços da atenção secundária. No que tange os procedimentos especializados, especialmente endodontia e prótese, a utilização ocorreu fundamentalmente no âmbito da rede privada (desembolso direto ou planos odontológicos).

Os achados corroboram com outros estudos que apontam um maior uso dos serviços odontológicos por idosos do sexo feminino, apesar das diferenças metodológicas^{19,23,31-33}. A baixa utilização dos serviços pelos idosos do sexo masculino pode estar relacionada a aspectos do imaginário do homem ter dificuldades nas práticas de autocuidado³⁴.

Idosos com maior escolaridade, com melhores condições socioeconômicas e que referiram ter algum problema de saúde bucal apresentaram maior probabilidade de consultar o dentista^{19,20,23}. Idosos com níveis de escolaridade mais baixos apresentavam pior estado de saúde em função de hábitos inadequados, maior exclusão, menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar serviços precocemente³⁵. Neste sentido, é preciso considerar que os idosos que participaram do IESB em questão eram usuários dos serviços públicos de saúde com baixa escolaridade e, provavelmente, enfrentaram dificuldades no acesso ao serviço odontológico em virtude do modelo de atenção, historicamente, focado nos escolares. Nesta perspectiva, o elevado percentual de uso de procedimentos mutiladores em relação aos preventivo-reabilitadores revelados no presente estudo guarda coerência com a literatura^{36,37}. Para Neri & Soares³⁸ as chances de não procurar serviços de saúde aumentam à medida que os indivíduos ganham anos de idade e não acumulam anos de estudo.



Apesar da autopercepção configurar em um indicador subjetivo da condição de saúde bucal²⁶, podendo ser útil para captar aspectos sociais e psicológicos das doenças bucais na superação da abordagem biomédica³⁹, cabe destacar o elevado percentual de idosos neste estudo (67,38%) que declararam reconhecer necessidade de tratamento odontológico.

Por outro lado, o presente estudo também revelou que a maior parte dos idosos não procurou o serviço odontológico nos últimos 12 meses. Em um estudo realizado por Bulgarelli e cols.⁴⁰ com idosos cadastrados em USF, foi identificado que a principal causa de idosos não buscarem o serviço odontológico era o fato de acreditarem que utilizando prótese total não haveria necessidade de procurarem os serviços. Em Ponta Grossa (PR), 67% dos idosos não iam ao dentista há mais de três anos, sendo que as maiores chances de haver utilizado os serviços odontológicos há mais tempo ocorreu entre indivíduos que não residiam em domicílios próprios, que realizavam higiene bucal com menor frequência e utilizavam próteses totais²⁰. A necessidade de prótese e o encaminhamento médico estão relacionados a uma maior utilização dos serviços²¹. Estudo de abrangência nacional evidenciou maiores prevalências de consulta recente entre indivíduos com necessidade de tratamento odontológico e usuários de prótese²⁶.

A exodontia foi o procedimento odontológico mais utilizado pela população idosa participante do IESB, corroborando com outros estudos^{21,41}.

Os procedimentos restauradores representaram o segundo maior percentual de utilização dos serviços odontológicos. Apesar dos altos índices de edentulismo da população apontados em levantamentos nacionais⁶, tal achado pode guardar relação com as afirmações de Brunetti & Montenegro⁴² de que, cada vez mais, a população idosa tem conseguido manter seus dentes naturais, aspecto que age de forma direta na condição geral de vida destes indivíduos.

As atividades de educação em saúde têm um papel fundamental no empoderamento e desenvolvimento do autocuidado por parte dos indivíduos, compartilhando conhecimentos que lhes permitam atingir melhor condição de saúde⁴³. Nesse sentido, entende-se como um resultado positivo as atividades educativas voltadas para a saúde bucal terem representado o terceiro serviço mais utilizado pelos idosos participantes do IESB do município de Salvador.



O DS Subúrbio Ferroviário apresentou o maior percentual de idosos participantes de atividades educativas. É importante destacar que o DS Subúrbio Ferroviário é aquele que apresenta maior número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF no município de Salvador. Apresentando 42 equipes de saúde bucal, correspondendo a uma cobertura de 41,5%. No que diz respeito aos demais procedimentos básicos odontológicos, realizáveis pelas ESB/ESF, este Distrito não apresentou resultados de utilização relevantes. Por outro lado, destaca-se o percentual de idosos do DS Centro Histórico que participaram de atividades de educação em saúde, mesmo sendo este um dos Distritos com menor número de ESB, com apenas 3 equipes implantadas. Estes fatos merecem atenção da gestão e demandam investigação mais aprofundada.

De acordo com estudo realizado por Moreira et al.²⁷, perfil de desembolso direto e planos de saúde apresenta associação com a etnia branca, enquanto a baixa escolaridade e a autopercepção negativa da sua saúde bucal como ruim apresentam associação ao perfil de usuários do SUS.

É possível que o maior percentual da utilização dos serviços de prótese por este grupo populacional tenha relação com o fato da exodontia ter sido o procedimento básico mais utilizado pelos idosos como descrito anteriormente.

Dentre os três DS que tiveram o maior percentual de uso do serviço de prótese em estabelecimentos públicos dois possuíam CEO: DS Boca do Rio e DS Centro Histórico. Por fim, cabe ainda ressaltar os resultados do DS de Pau da Lima que não possui CEO e apresentou resultados relevantes quanto à utilização de serviços odontológicos especializados no setor público.

A utilização dos serviços especializados, particularmente a endodontia e prótese, por meio de serviços privados de desembolso direto ou plano odontológico, bem como a maior utilização de exodontia no serviço público, explicitam a importância da reorientação do modelo de atenção em saúde bucal, tendo a atenção básica articulada com toda rede de serviços, pautada na epidemiologia e nas informações sobre o território como subsídio ao planejamento de ações e serviços¹⁴. É necessária, portanto, a criação e o estabelecimento de fluxos que impliquem em ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar¹⁴. Para que isto seja possível Nickel & cols.⁴⁴ relatam que é indispensável tornar disponíveis serviços de referência e contrarreferência atualizados para o atendimento da



população, contratar profissionais concursados para assegurar sua qualificação e manter o número pré-estabelecido de equipes de acordo com o número de famílias adscritas, evitando o excesso de demanda e queda na qualidade dos serviços prestados.

O uso do serviço de prótese pela população idosa foi acentuadamente maior no DS Pau da Lima (52,17%) fato que merece ser explorado e explicado em outros estudos.

Na perspectiva da integralidade da atenção, para que a comunicação entre os diferentes níveis de atenção seja efetiva, os serviços devem ser estruturados por arranjos produtivos, conformados segundo densidades tecnológicas variando do nível de menor densidade ao de densidade tecnológica intermediária, a exemplo do CEO, até a maior densidade tecnológica⁴⁵.

Um sistema de referência é eficiente quando os encaminhamentos são realizados de forma adequada, sendo os indivíduos após conclusão do tratamento referenciados para o estabelecimento de saúde de origem⁴⁶.

Por outro lado, também é possível atribuir o maior uso de serviço a partir de planos odontológicos às falhas na articulação entre a atenção primária ou mesmo no elevado tempo de espera para obtenção do tratamento sendo este aspecto observado por Chaves & cols.⁴⁷.

O estudo demonstrou que os indivíduos participantes do inquérito utilizaram os serviços de endodontia e prótese principalmente por meio de planos de saúde. É preciso considerar que a compra de serviços odontológicos, conveniados ou por desembolso direto, é algo oneroso e limitador para a população idosa^{26,48}. O uso dos serviços odontológicos públicos está associado a idosos com menor nível escolar ou sem estudos, não brancos, com menor renda e com dor ou necessidade de exodontia²⁵. Idosos com necessidade de algum tipo de prótese (superior ou inferior) e com autopercepção positiva da condição de saúde bucal usam menos os serviços públicos, de modo que o uso de serviços privados por desembolso direto ou planos de saúde é maior entre idosos²⁵. Na Suécia, a avaliação da utilização do serviço odontológico através das diferenças socioeconômicas, de diferentes faixas etárias, revelou que parte significativa da população idosa não possuía uma boa condição bucal devido à baixa condição financeira, diferentemente daqueles indivíduos com mais recursos que avaliaram favoravelmente a sua saúde bucal⁴⁹.



No Brasil, em 2002/2003, a avaliação negativa entre idosos que acessaram os serviços odontológicos foi baixa, ainda que maior entre usuários de serviços públicos e filantrópicos em comparação a usuários de serviços privados⁵⁰.

No estudo realizado por Frazão & Narvai⁵¹, apenas 3,3% dos atendimentos realizados nos CEOs eram efetivamente de média ou alta complexidade demonstrando a necessidade de avançar na estruturação do sistema de referência para esses estabelecimentos. Muitas vezes, uma referência inadequada ou incorreta acarreta sobrecarga da rede de serviço de saúde e pode resultar na falta de resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde. Neste sentido, Chaves & cols.⁴⁷ afirmam que as implantações dos CEOs só deveriam ocorrer nos municípios em que a atenção básica seja estruturada para que a atenção especializada não configure como porta de entrada do sistema de atenção.

Acrescenta-se, ainda, que o elevado percentual de idosos deste estudo que fizeram uso de serviços de prótese dentária na rede privada pode ter relação com a incompatibilidade entre a necessidade da população idosa do município e a oferta de serviços da rede especializada. Ou seja, é possível que a demanda dos idosos seja por outros tipos de próteses (parcial ou unitária) em detrimento da prótese total. A ampliação do acesso ao serviço de prótese dentária no SUS é uma necessidade real e de grande relevância já que o edentulismo ainda é um problema grave entre os idosos⁵².

Por fim, é preciso ressaltar que o presente estudo tem limites, especialmente no que diz respeito ao plano amostral. Foram investigados idosos usuários dos serviços públicos de saúde (indivíduos que estavam em Unidades de Saúde para uso de serviços que não o odontológico) e não foram identificados indivíduos que não conseguiram chegar às Unidades de Saúde. Além disso não foram investigadas as barreiras de acesso ao serviço. O número total de idosos que realizaram procedimentos especializados, em especial, endodontia, foi pequeno o que, em parte, exige cautela na análise dos dados obtidos a partir da frequência relativa.

Estudo realizado a partir de dados do Sistema de Vigilância de fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2009 identificou que na faixa etária de 60 anos e mais, 32,8% necessitaram de atendimento odontológico e destes, 6,9% não conseguiram atendimento. Entre os que utilizaram serviços odontológicos, a maioria usou serviços particulares, seja por desembolso direto (72,8%), seja por meio de planos de saúde (14,9%)²⁸.



Em um município brasileiro de grande porte, 31,2% dos idosos utilizaram serviços odontológicos provenientes do SUS, sendo que o uso desses serviços aumentou à medida que diminuíram a renda per capita e a escolaridade dos idosos, sendo seu uso predominante entre os idosos que vivem sob condições de vulnerabilidade²².

Possuir acesso regular a um dentista foi identificado como fator de proteção para a utilização de serviços de saúde bucal por adultos e idosos²⁰. Outros estudos que analisaram a acessibilidade aos serviços de saúde bucal evidenciaram a importância da regularidade da oferta de cuidados odontológicos como facilitador para a utilização recente dos serviços⁵³. Assim, faz-se necessária a ampliação do acesso da população idosa a ações e serviços de saúde bucal, em especial na rede pública.

A realização de estudos que orientem o planejamento de ações para esse grupo populacional contribui para o aprimoramento do modelo de atenção à saúde disponível e orientam a implementação de ações intersetoriais para buscar reduzir as desigualdades de educação e renda que podem configurar barreiras de acesso aos serviços odontológicos²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito ainda precisa se discutir acerca da odontologia pública a respeito da população idosa de modo que possibilite a este grupo uma maior utilização dos serviços preventivos e reabilitadores trazendo como consequência uma melhora na qualidade de vida. O presente estudo aponta a necessidade de reorientação das ações de saúde bucal voltadas a este público, pois ainda predomina, de modo geral, uma prática centrada na exodontia em detrimento de ações preventivas e restauradoras.

Destaca-se ainda a necessidade de aprofundar o debate acerca da necessidade de melhorar a articulação entre a atenção primária e atenção especializada em saúde bucal, pois os resultados deste estudo apontam que boa parte da população idosa ao necessitar de serviços especializados recorre àqueles privados ou conveniados.



Ainda na perspectiva da integralidade da atenção à saúde bucal, cabe ressaltar que particularmente em relação à prótese dentária, apesar da implantação deste serviço na rede SUS do município, boa parte dos idosos não fez uso deste procedimento no CEO, recorrendo aos serviços privados para ter de volta a sua reabilitação e sua estética.

São necessários outros estudos que analisem em profundidade a utilização dos serviços odontológicos pela população idosa do município de Salvador, para que seja possível compreender questões como, por exemplo, o maior uso dos serviços pelos idosos do sexo masculino no DS Centro Histórico e percentual elevado (em relação aos demais DS) de utilização pela população idosa do DS de Pau da Lima.

Espera-se, por fim, que os resultados aqui apresentados possam vir a subsidiar o planejamento e a programação das ações de saúde bucal específicas para a população idosa do município de Salvador, tornando possível a redução das desigualdades no acesso e utilização dos serviços e, conseqüentemente, a modificação, a médio ou longo prazo, do perfil epidemiológico deste grupo etário.

REFERÊNCIAS

1. Costa, E.M.S. (1998). *Gerontodrama: a velhice em cena - Estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento na terceira idade*. São Paulo: Ágora.
2. World Health Organization. (2007). *Global Report on Falls Prevention in Older Age*. Geneva: WHO.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE.
4. Pucca, G.A.J., Lucena, E.H.G., & Cawahisa, P.T. (2010). Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz. Oral Res.*, 24 (Supl.1), 26-32. DOI: 10.1590/S1806-83242010000500005
5. Moreira, R.S., Nico, L.S., Tomita, N.E., & Ruiz, T. (2005). A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública*, 21(6), 1665-1675. DOI: 10.1590/S0102-311X2005000600013
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012). *SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde.



7. Kramer P.F., Arddenghi, T.M., Ferreira, S., Fischer, L.A., Cardoso, L., & Feldens, C.A. (2008). Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 24(1), 150-156. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100015
8. Travassos, C., & Martins, M. (2004) Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, vol.20, Sup2, p.S190-S198, 2004. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000800014
9. Travassos, C., & Castro, M. (2008). Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de Saúde. In: Giovanella, L. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. (215-243). Rio de Janeiro: Fiocruz.
10. Andersen, R.M. (1995) Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
11. Paim, J.S. (2013). A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 29(10), 1927-1953. DOI: 10.1590/0102-311X00099513
12. Teixeira, C.F., Paim, J.S., & Vilasbôas, A.L. (1998). SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS*, 7(2), 7-28.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2016). *Histórico de cobertura Saúde da Família*. (2016). Recuperado em 10 de maio, 2021, de http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
14. Brasil. (2004). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 de maio, 2021, de https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
15. Pereira, C.R.S., Roncalli, A.G., Cangussu, M.C.T., Noro, L.R.A., Patrício, A.A.R., & Lima, K.C. (2012). Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad. Saúde Pública*, 28(3), 449-462. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000300005
16. Matos, D.L, & Costa, M.F.L. (2007). Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cad. Saúde Pública*, 23(11), 2740-2748. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001100021
17. Floriano, F.R., Costa, M.C.N., & Mota, E. (2004). Condição de saúde bucal de idosos em Salinas da Margarida-BA, 2002. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA*, 29(2), 5-10.



18. Girondi, J.B.R., & Santos, S.B.R. (2011). Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.*, 32(2), 378-384. DOI: 10.1590/S1983-14472011000200023
19. Araújo, C.S., Lima, R.C., Peres, M.A., & Barros, A.J.D. (2009). Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25(5), 1063-1072. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000500013
20. Baldani, M.H., Brito, W.H., Lawder, J.A.C., Mendes, Y.B.E., Silva, F.F.M., & Antunes, J.L.F. (2010). Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 13(1), 150-162. DOI: 10.1590/S1415-790X2010000100014
21. Benedetti, T.R.B., Mello, A.L.S.F., & Gonçalves, L.H.T. (2007). Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12(6), 1683-1690. DOI: 10.1590/S1413-81232007000600029
22. Oliveira, R.F.R., Souza, J.G.S., Haikal, D.S., Ferreira, E.F., & Martins, A.M.E.B.L. (2016). Equidade no uso de serviços odontológicos provenientes do SUS entre idosos: estudo de base populacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(11), 3509-3523. DOI: 10.1590/1413-812320152111.22532015
23. Schroeder, F.M.M., Mendonza-Sassi, R.A., & Meucci, R.D. (2020). Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 25(6), 2093-2102. DOI: 10.1590/1413-81232020256.25422018
24. Sória, G.S., Nunes, B.P., Bavaresco, C.S, Vieira, L.S., & Facchini, L.A. (2019). Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 35(4), e00191718. DOI: 10.1590/0102-311X00191718
25. Fonseca, E.P., Fonseca, S.G.O., & Meneghim, M.C. (2017). Fatores associados ao uso de serviços odontológicos por idosos residentes no estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Geront.*, 20(6), 790-801. DOI: 10.1590/1981-22562017020.170095
26. Ferreira, C.O., Antunes, J.L.F., & Andrade, F.B. (2013). Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev. Saúde Pública*, 47 (Supl. 3), 90-72. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004721
27. Moreira, R.S., Mauricio, H.A., Monteiro, I.S., & Marques, M.M.M.R. (2021). Utilização de serviços odontológicos por idosos brasileiros: análise de classes latentes. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 24, E210024. DOI: 10.1590/1980-549720210024



28. Peres, M.A., Iser, B.P.M., Boing, A.F., Yokota, R.T.C., Malta, D.C., & Peres, K.G. (2012). Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad. Saúde Pública*, 28(Sup.), S90-S100. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001300010
29. Brasil. Ministério da Saúde. (2010). *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde.
30. World Health Organization. (1997). *Oral health surveys: basic methods*. 4ª ed. Geneva: ORH/EPID.
31. Martins, A.M.E.B.L., Barreto, S.M., & Pordeus, I.A. (2008b). Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 81-92. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100008
32. Nascimento, G.G., Weber, C.M., & Silva, D.D.F. (2011). Perfil de Utilização dos Serviços Odontológicos na Atenção Primária à Saúde: Experiência de Duas Unidades de Saúde do Município de Porto Alegre – Rio Grande do Sul. *Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre*, 52(1/3), 19-24.
33. Pinto, R.S., Matos, D.L., Loyola Filho, A.I. (2012). Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(2), 531 – 544. DOI: 10.1590/S1413-81232012000200026
34. Gomes, R., Nascimento, E.F., & Araújo, F.C. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, 23(3), 565-574. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000300015
35. Louvison, M.C.P., Lebrão, M.L., Duarte, Y.A.O., Santos, J.L.F., Malik, A.M., & Almeida, E.S. (2008). Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 42(4), 733-740. DOI: 10.1590/S0034-89102008000400021
36. Freitas, M.I., & Leite, I.C.G. (2007). Utilização dos indicadores da atenção básica em saúde bucal para avaliação da assistência odontológica no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, no período de 2002 a 2005. *Revista APS*, 10(1), 36-45.
37. Martins, A.M.E.B.L., Haikal, D.S., Pereira, S. M., & Barreto, S.M. (2008c). Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(7), 1651- 1666. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000700020
38. Neri, M., & Soares, W. (2002). Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(Sup.), 77-87. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000700009



39. Martins, A.M.E.B.L., Barreto, S.M., & Pordeus, I.A. (2008a). Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 42(3), 487-496. DOI: 10.1590/S0034-89102008000300014
40. Bulgarelli, A.F., Mestriner, S.F., & Pinto, I.C. (2012). Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 15(1), 97-107. DOI: 10.1590/S1809-98232012000100011
41. Xavier, A.F.C., Santos, J.A., Alencar, C.R.B., Andrade, F.J.P., Clementino, M. A., Menezes, T.N., & Cavalcanti, A.L. (2013). Uso dos Serviços Odontológicos Entre Idosos Residentes no Município de Campina Grande, Paraíba. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr.*, 13(4), 371-376.
42. Brunetti, R.F., & Montenegro, F.L.B. (2003). Odontogeriatrics: uma nova opção de trabalho no século XXI. In Cardoso, J.A., Machado, M.E.L. (Ed.) *Odontologia: arte e conhecimento*. (440-453). São Paulo: Artes Médicas.
43. Carvalho, L.R., Mesas, A.E., & Andrade, S.M. (2006). Aplicação e análise de uma atividade de educação em saúde bucal para idosos. *Revista Espaço para a Saúde*, 7(2), 1-7.
44. Nickel, D.A., Lima, F.G., & Silva, B.B. (2008). Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 24(2), 241-246. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000200002
45. Mendes, E.V. (2011). *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
46. Morris, A.J., & Burke, F.J.T. (2001). Primary and secondary dental care: how ideal is the interface? *British Dental J.*, 191(12), 666-70. DOI: [10.1038/sj.bdj.4801263](https://doi.org/10.1038/sj.bdj.4801263)
47. Chaves, S.C.L., Barros, S.G., Cruz, D.N., Figueiredo, A.C.L., Moura, B.L.A., & Cangussu, M.C.T. (2010). Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev. Saúde Pública*, 44(6), 1-9. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000041
48. Araújo, S.S.C., Freire, D.B.L., Padilha, D.M.P., & Baldisseroto, J. (2006). Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface-Comunic., Saúde, Educ.*, 10(19), 203-2016. doi: 10.1590/S1414-32832006000100014
49. Molarius, A., Engström, S., Flink, H., Simonsson, B., & Tegelberg, A. (2014). Socioeconomic Differences in Self-rated Oral Health and Dental Care Utilisation After the Dental Care Reform in 2008 in Sweden. *BMC Oral Health*, 14(134), 1-8. DOI: 10.1186/1472-6831-14-134
50. Martins, A.M.E.B.L., Jardim, L.A., Souza, J.G.S, Rodrigues, C.A.Q., Ferreira, R.C., & Pordeus, I.A. (2014). A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? *Rev. Bras. Epidemiol.*, 17(1), 71-90. DOI: 10.1590/1415-790X201400010007



51. Frazão, P., & Narvai, P.C. (2009). Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*, 3(81), 64-71.
52. Murakami, A.M.U., Moyses, S.J., & Moyses, S.T. (2007). Prêmio de incentivo ao desenvolvimento e à aplicação da epidemiologia no sus 1º lugar especialização. Equidade frente à necessidade de prótese dentária na população de 65 a 74 anos de idade em Curitiba. *Epidemiologia & Serviços de Saúde*, 16(2), 139-141. DOI: 10.5123/S1679-49742007000200014
53. Austregésilo, S.C., Leal M.C.C., Marques, A.P.O., Vieira, J.C.M, & Alencar, D.L. (2015). Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. *Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.*, 18(1), 189-199.