

## A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal

Oral health of Brazilian elderly: a systematic review of epidemiologic status and dental care access

Rafael da Silveira Moreira <sup>1</sup>  
 Lucélia Silva Nico <sup>1</sup>  
 Nilce Emy Tomita <sup>2</sup>  
 Tânia Ruiz <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, Brasil.

### Correspondência

R. S. Moreira  
 Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. C. P. 549, Distrito de Rubião Júnior s/n, Botucatu, SP  
 18618-970, Brasil.  
 moreirars@bol.com.br

### Abstract

*Population aging and declining birth rate have significantly altered the Brazilian age structure pyramid. In parallel with demographic transition, epidemiological transition is altering morbidity-mortality profiles, without adequate health support for the elderly population group. By searching databases, the objective of this study was a systemic literature review from 1986 to 2004 concerning the most prevalent oral problems experienced by elderly Brazilians, aimed at revealing the main obstacles for accessing health services. Mean DMFT index values in this study ranged from 25 to 31. Most articles reported a high percentage of edentulism. The main barriers for access to dental services were poor education, low income, and scarcity of public oral health services. Brazilian elderly oral health is thus precarious, with high edentulism rates, periodontal problems, decayed teeth, and great need for prostheses, reflecting the historical inefficacy of public dental services, limited to serial extractions and emergency services, based on the curative model.*

*Oral Health; Health Services Accessibility; Aged*

### Introdução

As transições demográfica e epidemiológica produzem como cenário uma população com elevado número de indivíduos idosos. Diferentemente de outros países, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, estas transformações nem sempre vêm acompanhadas de modificações no atendimento às necessidades de saúde desse grupo populacional.

Juntamente com o envelhecimento populacional, a transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento de doenças crônico-degenerativas em detrimento das infecto-contagiosas, resulta no aumento da demanda dessa população por serviços de saúde. Dentre os vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece atenção especial pelo fato de que, historicamente, os serviços odontológicos não possuem como prioridade a atenção a esse grupo populacional, que, da mesma forma que a população adulta, possui altos níveis de edentulismo e alta prevalência de cárie e de doenças periodontais.

Foi realizado recentemente o *Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no Ano 2000* (Projeto SB BRASIL 2003) <sup>1</sup>. Operacionalizado pelo Ministério da Saúde em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia (ABO nacional), o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e várias faculdades de odontologia (públicas e privadas), o Projeto SB BRASIL 2003 visava a uma amostra representativa em

nível macrorregional. O índice CPO-D (referente ao número de dentes cariados, perdidos ou obturados) para o grupo etário de 65 a 74 anos foi de 27,93. Isto significa que cada pessoa desse grupo possuía apenas quatro dentes livres de cárie e de suas conseqüências (obturação/extração). No caso dos idosos, ressaltou-se uma maior participação do componente “perdido” (92,16%) na composição porcentual do índice CPO-D. Quanto à necessidade do uso de prótese, 56,0% e 32,4% necessitavam de próteses inferior e superior, respectivamente, sendo a prótese total a que apresentava maior necessidade, entre os procedimentos de reabilitação oral, indicando a alta prevalência de edentulismo <sup>1</sup>.

Conhecer o quadro epidemiológico da saúde bucal desses indivíduos e seu acesso aos serviços de atenção odontológica é o objetivo deste estudo, que buscará contribuir para a discussão desses aspectos ancorados na realidade expressada pela evidência científica.

## Método

Este estudo teve como metodologia a busca ativa de informações nas bases de dados do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), MEDLINE, LILACS e BBO, além da biblioteca virtual SciELO. Buscou-se realizar a pesquisa bibliográfica sobre os dois temas centrais deste trabalho: a epidemiologia da saúde bucal e o acesso aos serviços de saúde.

Com a finalidade de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação para a realidade que se pretende apreender, optou-se por selecionar apenas produções na forma de artigos publicados em periódicos nacionais, tendo considerado o ano de 1986 como o período de início para tal levantamento. Esta opção se faz devido ao fato de ter ocorrido nesse ano a *VIII Conferência Nacional de Saúde*, que ditou a base da *Constituição Federal* de 1988, no que diz respeito à saúde, conferindo-lhe os princípios de universalidade de acesso, integralidade e igualdade de assistência à saúde.

Os descritores de assunto utilizados para a busca de artigos sobre “epidemiologia da saúde bucal” foram: *idoso, saúde bucal, epidemiologia, levantamentos de saúde bucal e odontologia*, utilizando a interseção dos conjuntos (descritores do assunto, tipo de publicação, país e ano de publicação). Para a localização de artigos sobre o assunto “acesso aos serviços de saúde”, realizou-se o agrupamento dos descritores: *acesso aos serviços de saúde, garantia de acesso a serviços de saúde, acesso universal,*

*acesso igualitário, acesso regular a serviços de saúde e acesso universal a serviços de saúde* com a interseção dos outros conjuntos (tipo, país e ano de publicação).

A seleção baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos deste trabalho, desconsiderados aqueles que, apesar de aparecerem no resultado da busca, não abordavam o assunto sob o ponto de vista da epidemiologia e do acesso aos serviços.

Os artigos selecionados foram caracterizados segundo o tipo de estudo realizado, o local da realização da pesquisa, o ano de publicação, a revista escolhida para publicação, a origem institucional dos autores, o financiamento do estudo, o uso de programas estatísticos, a metodologia utilizada e os resultados encontrados.

## Resultados

### Características epidemiológicas da saúde bucal de idosos

Foram analisados 18 artigos sobre epidemiologia da saúde bucal. A Tabela 1 mostra a sua distribuição segundo o ano, local do estudo, revista em que foi publicado, origem institucional dos autores e análise estatística.

O Estado de São Paulo foi o que apresentou o maior número de estudos publicados (n = 13) <sup>2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14</sup>. Os outros Estados foram o Rio de Janeiro (n = 2) <sup>15,16</sup>, Santa Catarina (n = 2) <sup>17,18</sup> e Rio Grande do Sul (n = 1) <sup>19</sup>.

A *Revista de Saúde Pública*, a *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas* e a *Revista Brasileira de Odontologia* foram as revistas em que se localizou maior número de artigos sobre esse tipo de estudo <sup>2,4,5,9,11,12,15,16,19</sup>. Os periódicos *Cadernos de Saúde Pública* e *Revista Gaúcha de Odontologia* vieram a seguir, com dois artigos em cada periódico <sup>3,6,14,17</sup>. No entanto, observa-se uma distribuição uniforme entre os demais periódicos quanto ao número de artigos publicados, levando a crer que não há um periódico preferido entre os pesquisadores para divulgação de estudos epidemiológicos sobre saúde bucal.

Com relação à origem institucional dos autores, há predominância de universidades públicas. A maioria dos autores é proveniente da Universidade de São Paulo (USP) <sup>2,3,4,11,13</sup>, em primeiro lugar, seguidos pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) <sup>5,6,7,9</sup> e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) <sup>10,12,14</sup>. Dos 18 artigos analisados, apenas três citaram fonte de financiamento (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq –,

Tabela 1

Características dos estudos sobre epidemiologia das doenças bucais segundo o ano, local, revista, origem dos autores e uso de programa estatístico.

Artigo	Ano de publicação	Cidade, Estado	Revista	Origem do primeiro autor	Programa estatístico
Rosa et al. <sup>2</sup>	1992	São Paulo, São Paulo	<i>Rev Saúde Pública</i>	Universidade de São Paulo	–
Rosa et al. <sup>3</sup>	1993	São Paulo, São Paulo	<i>Rev Gaúch Odontol</i>	Universidade de São Paulo	–
Frare et al. <sup>19</sup>	1997	Pelotas, Rio Grande do Sul	<i>Rev Assoc Paul Cir Dent</i>	Universidade Federal de Pelotas	–
Fernandes et al. <sup>4</sup>	1997	São Paulo, São Paulo	<i>Rev Bras Odontol</i>	Universidade de São Paulo	–
Saliba et al. <sup>5</sup>	1999	Araçatuba, São Paulo	<i>Rev Assoc Paul Cir Dent</i>	Universidade Estadual Paulista	–
Saliba et al. <sup>6</sup>	1999	Araçatuba, São Paulo	<i>Rev Gaúch Odontol</i>	Universidade Estadual Paulista	Epi Info
Meneghim & Saliba <sup>7</sup>	2000	Piracicaba, São Paulo	<i>RPG Rev Pos-Grad</i>	Universidade Estadual Paulista	Excel
Chagas et al. <sup>15</sup>	2000	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro	<i>Rev Bras Odontol</i>	Forças Armadas (Marinha)	–
Cangussu et al. <sup>8</sup>	2001	Itatiba, São Paulo	<i>Rev Odontol UNESP</i>	Universidade Federal da Bahia	Epi info e Excel
Scelza et al. <sup>16</sup>	2001	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro	<i>Rev Bras Odontol</i>	Universidade Federal Fluminense	Epi Info
Silva & Fernandes <sup>9</sup>	2001	Araraquara, São Paulo	<i>Rev Saúde Pública</i>	Universidade Estadual Paulista	Epi Info e NCSS
Meneghim et al. <sup>10</sup>	2002	Piracicaba, São Paulo	<i>Pesqui Odontol Bras</i>	Universidade Estadual de Campinas	Excel
Colussi & Freitas <sup>17</sup>	2002	Florianópolis, Santa Catarina	<i>Cad Saúde Pública</i>	Universidade Federal de Santa Catarina	–
Tomita et al. <sup>11</sup>	2002	Bauru, São Paulo	<i>Rev Saúde Pública</i>	Universidade de São Paulo	Epi Info, Excel e Statistical
Silva et al. <sup>12</sup>	2002	Piracicaba, São Paulo	<i>Rev Assoc Paul Cir Dent</i>	Universidade Estadual Paulista	–
Tomita et al. <sup>13</sup>	2003	Bauru, São Paulo	<i>J Appl Oral Sci</i>	Universidade de São Paulo	Epi Info
Silva et al. <sup>14</sup>	2004	Rio Claro, São Paulo	<i>Cad Saúde Pública</i>	Universidade Estadual Paulista	–
Colussi et al. <sup>18</sup>	2004	Biguaçu, Santa Catarina	<i>Rev Bras Epidemiol</i>	Universidade Federal de Santa Catarina	Epi Info

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP – e Ministério da Saúde – MS) <sup>2,3,11</sup>.

Quanto ao delineamento amostral, observou-se que as amostras de conveniência (institucionalizados, usuários de centros de saúde e freqüentadores de centros de convivência) <sup>4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16</sup> foram predominantes para se estudar as condições de saúde bucal dos idosos. Apenas quatro artigos descreveram amostras domiciliares <sup>2,3,18,19</sup> e dois trabalhos abordaram as condições de um grupo específico <sup>11,13</sup>. Estes dados podem ser observados na Figura 1. A escassez de dados sobre a população rural é evidente para esse grupo etário, visto que somente um trabalho focou esta população <sup>18</sup>.

Foi observada uma predominância de utilização dos critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para realização de levantamentos epidemiológicos, sendo que os principais índices utilizados foram o CPO-D, o índice comunitário de necessidade de tratamento periodontal (ICNTP) e uso e necessidade de prótese. Apenas dois trabalhos utilizaram outras formas de avaliação, como a obser-

vação sistemática das condições bucais <sup>19</sup> e das condições auto-referidas pelos idosos <sup>6</sup>.

Dez estudos realizaram procedimentos de padronização entre os examinadores <sup>5,7,8,9,10,11,12,14,18,19</sup>. Um estudo citou que os exames foram realizados por cirurgiões-dentistas experientes, porém não citou a realização de padronização prévia <sup>4</sup>. Nove estudos mencionaram o uso de testes estatísticos <sup>6,7,8,9,10,11,13,16,18</sup>.

O valor do índice CPO-D encontrado nos artigos que pesquisaram esta condição pode ser observado na Tabela 2. Os valores médios variaram de 25 a 31, demonstrando a severidade da cárie e suas conseqüências entre os idosos. Os dados mostram que os indivíduos desse grupo etário possuem, em média, de 1 a 7 dentes livres de cárie.

O número de indivíduos com ausência total de dentes e que usam prótese foi bastante elevado nas diferentes populações e contextos abordados. Com exceção do estudo de Chagas et al. <sup>15</sup>, que avaliou uma amostra de idosos que freqüentavam os serviços da Odontoclínica da Marinha, os estudos que analisaram o uso e a necessidade de prótese apresentaram maior necessidade de prótese total do que par-

Figura 1

Procedência dos indivíduos participantes das amostras nos estudos epidemiológicos em saúde bucal.

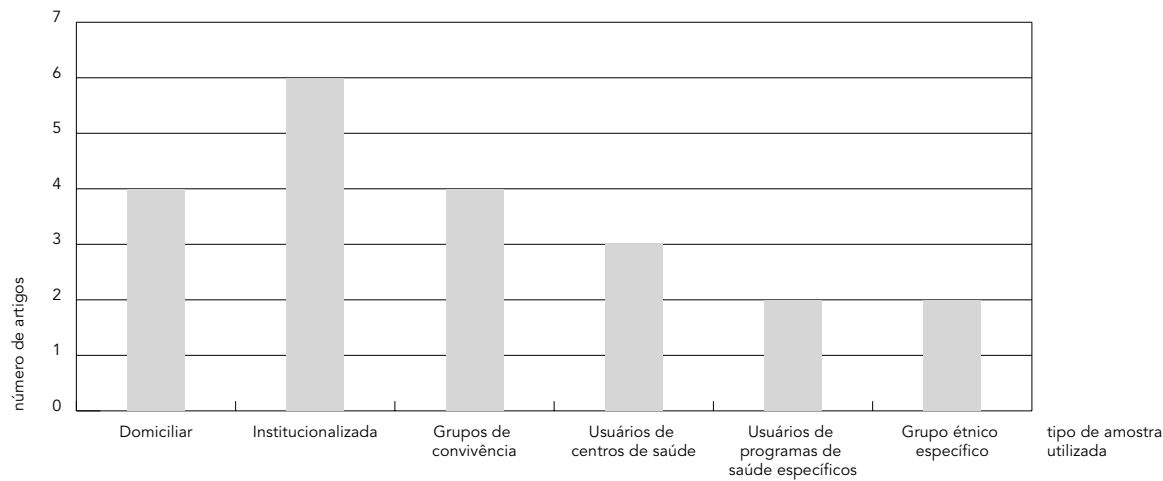


Tabela 2

Descrição dos artigos sobre epidemiologia das doenças bucais quanto ao valor CPO-D, alteração periodontal, uso de prótese e edentulismo.

Artigo	CPO-D	Alteração periodontal	Uso de prótese (%)	Edentulismo (%)
Rosa et al. 2*,**	D = 29 I = 31	Predomínio de bolsas periodontais	D = 76,0 I = 30,0	D = 65,0 I = 84,0
Rosa et al. 3*,**	30,4	20,0% – cálculo	97,0	70,0
Frare et al. 19*	–	34,0% – alteração gengival de forma e cor	73,4	64,6
Fernandes et al. 4***	–	–	69,4	47,1
Saliba et al. 5**	25,10	14,0% – cálculo	48,0 – pelo menos uma PT	69,0
Saliba et al. 6**	–	–	50,0	62,2
Meneghim & Saliba 7#	26,58	–	65,5 – PT superior 36,3 – PT inferior	–
Chagas et al. 15***	25,12	42,0% – cálculo	94,78	5,22
Cangussu et al. 8**,#	28,14	17,2% – cálculo	36,0 – PT	–
Scelza et al. 16***	27,9	–	72,8 – PT superior 33,0 – PT inferior	47,6
Silva & Fernandes 9***	26,7	34,7% – bolsas periodontais profundas	–	–
Meneghim et al. 10**,#	–	50-75 anos: 32,0% – cálculo; 44,0% – retração > 75 anos: 22,0% – sangramento; 56,0% – retração	–	90,0 – apresentaram menos de dois dentes por sextante
Colussi & Freitas 17##	26,8-31,0	–	–	68,0
Tomita et al. 11###	–	45,0% – cálculo 30,4% – perda de 4-5mm de inserção	–	–
Silva et al. 12**,#	29,54	50,0% – cálculo	80,33 – PT superior 57,38 – PT inferior	60,65
Tomita et al. 13###	–	–	–	46,0
Silva et al. 14***,#	31,09	25,9% – cálculo	52,48 – PT superior 35,64 – PT inferior	74,25
Colussi et al. (2004) 18*	28,9	–	60,3 – PT superior 27,0 – PT inferior	48,4

D = Domiciliar; I = Institucionalizada; PT = Prótese total.

\* população domiciliar; \*\* população institucionalizada; \*\*\* usuários de serviços de saúde;

# freqüentadores de centros de convivência; ## população rural; ### grupo étnico específico.

cial. Este resultado deve-se principalmente à alta prevalência de edentulismo. A necessidade de prótese total inferior foi maior que a de prótese total superior.

Quanto às condições periodontais, os estudos publicados referem um menor número de indivíduos examinados devido ao alto grau de edentulismo e ao elevado número de sextantes excluídos. A maioria dos trabalhos relatou a presença de cálculo como a principal alteração relativa à saúde periodontal, seguido de bolsas periodontais profundas e retração gengival (Tabela 2).

### Acesso aos serviços de saúde

Foram analisados 15 artigos sobre a questão do acesso aos serviços de saúde. A Tabela 3 mostra a distribuição dos artigos segundo o ano, local do estudo, revista, origem institucional dos autores e uso de programa estatístico.

Predominam estudos realizados com base em dados secundários. A *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios* (PNAD/98), com seu

suplemento sobre saúde, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o MS, foi a fonte de dados mais utilizada pelos diferentes autores. Dos 15 estudos, nove foram artigos de análise de dados secundários<sup>22,23,24,25,26,27,28,29,30</sup> (sete utilizaram a PNAD/98) e seis utilizaram dados primários<sup>31,32,33,34,35,36</sup>, sendo que quatro foram provenientes de estudos transversais, com amostra aleatória e representativa, e dois foram estudos qualitativos. A Tabela 4 apresenta os artigos de acordo com o tipo de estudo, categoria de dados, fonte e forma de coleta dos dados, respectivamente.

Foram observados diferentes obstáculos para acesso aos serviços de saúde, assim como também foram identificadas diferentes metodologias para abordagem do tema, sendo que, baseando-se em uma mesma fonte de dados, a PNAD/98, diversificadas análises foram realizadas.

Foram listados 28 aspectos que podem influenciar o acesso e a utilização dos serviços de saúde pela população idosa brasileira. Esses

Tabela 3

Características dos estudos sobre o acesso aos serviços de saúde segundo o ano, local, revista, origem dos autores e uso de programa estatístico.

Artigo	Ano de publicação	Cidade, Estado	Revista	Origem dos autores	Programa estatístico
Mendonza-Sassi & Béria <sup>22</sup>	2001	Rio Grande, Rio Grande do Sul*	<i>Cad Saúde Pública</i>	Universidade Federal do Rio Grande	Access
Matos et al. <sup>31</sup>	2001	BambuÍ, Minas Gerais	<i>Cad Saúde Pública</i>	Universidade Federal de Minas Gerais	Stata
Barros & Bertoldi <sup>23</sup>	2002	Pelotas, Rio Grande do Sul*	<i>Ciênc Saúde Coletiva</i>	Universidade Federal de Pelotas	Stata
Pinheiro et al. <sup>24</sup>	2002	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro*	<i>Ciênc Saúde Coletiva</i>	Universidade Federal do Rio de Janeiro	SUDAAN
Sawyer et al. <sup>25</sup>	2002	Belo Horizonte, Minas Gerais*	<i>Ciênc Saúde Coletiva</i>	Universidade Federal de Minas Gerais	**
Lima et al. <sup>26</sup>	2002	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro*	<i>Saúde Debate</i>	Escola Nacional de Saúde Pública	–
Almeida et al. <sup>27</sup>	2002	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro*	<i>Saúde Debate</i>	Escola Nacional de Saúde Pública	–
Neri & Soares <sup>28</sup>	2002	Rio de Janeiro, Rio de Janeiro*	<i>Cad Saúde Pública</i>	Fundação Getúlio Vargas	**
Matos et al. <sup>32</sup>	2002	BambuÍ, Minas Gerais	<i>Rev Saúde Pública</i>	Fundação Oswaldo Cruz	Stata
Mendonza-Sassi et al. <sup>33</sup>	2003	Rio Grande, Rio Grande do Sul	<i>Rev Saúde Pública</i>	Universidade Federal do Rio Grande	Epi Info e Stata
Ramos & Lima <sup>34</sup>	2003	Porto Alegre, Rio Grande do Sul	<i>Cad Saúde Pública</i>	Secretaria Municipal de Saúde	–
Lima-Costa et al. <sup>39</sup>	2003	Belo Horizonte, Minas Gerais*	<i>Cad Saúde Pública</i>	Universidade Federal de Minas Gerais	Stata
Assis et al. <sup>35</sup>	2003	Feira de Santana, Bahia	<i>Ciênc Saúde Coletiva</i>	Universidade Estadual de Feira de Santana	–
Mendonza-Sassi & Béria <sup>36</sup>	2003	Rio Grande, Rio Grande do Sul	<i>Cad Saúde Pública</i>	Universidade Federal de Pelotas	Epi Info
Bós & Bós <sup>30</sup>	2004	Porto Alegre, Rio Grande do Sul*	<i>Rev Saúde Pública</i>	Tusculum College, Estados Unidos	**

\* Estudos que utilizaram dados secundários. O local representa apenas a origem institucional dos autores;

\*\* Estudo que apresentou análise estatística, porém não citou o programa utilizado.

Tabela 4

Descrição dos artigos sobre o acesso aos serviços de saúde quanto ao tipo de estudo, categoria de dados, fonte e forma de coleta dos dados.

Artigo	Ano de publicação	Tipo de estudo	Dados	Fonte dos dados e forma de coleta
Mendonza-Sassi & Béria <sup>22</sup>	2001	Revisão sistemática	Secundários	Bases de dados
Matos et al. <sup>31</sup>	2001	Estudo transversal	Primários	n = 654, > 18 anos (entrevista domiciliar)
Barros & Bertoldi <sup>23</sup>	2002	Artigo de análise	Secundários	PNAD/98
Pinheiro et al. <sup>24</sup>	2002	Artigo de análise	Secundários	PNAD/98
Sawyer et al. <sup>25</sup>	2002	Artigo de análise	Secundários	PNAD/98
Lima et al. <sup>26</sup>	2002	Artigo de análise	Secundários	PNAD/98
Almeida et al. <sup>27</sup>	2002	Artigo de análise	Secundários	PNAD/98, PAMS, SAI/SUS e SIH/SUS
Neri & Soares <sup>28</sup>	2002	Artigo de análise	Secundários	PNAD/98
Matos et al. <sup>32</sup>	2002	Estudo transversal	Primários	n = 656, > 18 anos (questionário estruturado)
Mendonza-Sassi et al. <sup>33</sup>	2003	Estudo transversal	Primários	n = 1.260, > 15 anos (questionário domiciliar)
Ramos & Lima <sup>34</sup>	2003	Estudo qualitativo	Primários	n = 17 (entrevista semi-estruturada com usuários de centro de saúde e observação participante)
Lima-Costa et al. <sup>29</sup>	2003	Artigo de análise	Secundários	PNAD/98
Assis et al. <sup>35</sup>	2003	Estudo qualitativo	Primários	n = 25 (entrevista focalizada com usuários de centro de saúde e observação livre)
Mendonza-Sassi & Béria <sup>36</sup>	2003	Estudo transversal	Primários	n = 1.260, > 15 anos (questionário domiciliar)
Bós & Bós <sup>30</sup>	2004	Artigo de análise	Secundários	Estudo realizado pelo CEI-RS (n = 7.920, > 60 anos, questionário)

PNAD/98 = Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (1998); PAMS = Programa de Assistência Médica; SAI/SUS = Sistema Ambulatorial de Informações/Sistema Único de Saúde; SIH/SUS = Sistema de Internações Hospitalares/Sistema Único de Saúde; CEI-RS = Conselho Regional do Idoso do Rio Grande do Sul.

aspectos foram agrupados nas quatro categorias seguintes:

- Aspectos sócio-demográficos: (1) variáveis relacionadas ao indivíduo (sexo, faixa etária, escolaridade); (2) variáveis sócio-econômicas; (3) composição familiar; (4) renda; (5) acesso aos serviços públicos de água, esgoto, coleta de lixo e luz elétrica; e (6) características ocupacionais do indivíduo.
- Aspectos indicadores de saúde geral em idosos: (7) capacidade funcional do indivíduo e (8) auto-avaliação da saúde.
- Aspectos comportamentais/culturais: (9) necessidades em saúde (percebida ou diagnóstica); (10) suporte social; (11) tipo de tratamento preferido; (12) crenças pessoais; (13) eventos estressantes.
- Organização e planejamento das ações de saúde: (14) tipo de serviço oferecido e articulação entre os serviços que compõem a rede (atenção primária, secundária ou terciária); (15) falta de vaga/senha para ser atendido (coerência entre a oferta e a demanda de serviços); (16) forma de pagamento do serviço (desembolso direto, plano de saúde ou pelo SUS); (17) local procurado para o atendimento (posto/centro de saúde, consultório particular ou hospital);

(18) presença suficiente de recursos humanos (médico ou dentista, principalmente); (19) existência de um local regular de atendimento; (20) ter um médico regular (de referência); (21) localização geográfica do serviço de saúde (formas e custos de deslocamento); (22) padrão tecnológico, resolubilidade e qualidade dos serviços; (23) obtenção de medicamentos; (24) horário de atendimento e forma de marcação das consultas – tempo de espera para ser atendido (agendamento ou ordem de chegada); (25) acolhimento do usuário pelos serviços de saúde; (26) flexibilidade de rotinas; (27) infra-estrutura dos serviços; e (28) distribuição de recursos (humanos, financeiros e materiais).

É importante ressaltar que alguns aspectos que influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde podem estar profundamente imbricados, como a escolaridade e a renda. No entanto, a baixa escolaridade esteve associada com o menor uso de serviços de saúde<sup>31,30,33,36</sup> em vários trabalhos. Porém, Neri & Soares<sup>28</sup> relatam que as chances de procurar serviços de saúde aumentam à medida em que os indivíduos ganham anos de idade e não acumulam anos de estudo, ou seja, pessoas idosas com baixa escolaridade apesar de usarem menos os

serviços de saúde, têm maiores chances de necessitarem desses serviços.

Quanto ao acesso a serviços odontológicos, dez artigos consideraram este tema. Matos et al.<sup>31</sup> observaram que 75,4% dos sujeitos entrevistados eram usuários ocasionais de serviços odontológicos e que o uso regular estava inversamente associado à idade acima de 60 anos. As variáveis escolaridade, restauração como tratamento preferido à extração, acreditar que ir ao cirurgião-dentista evita cárie e doença gengival, renda familiar maior que quatro salários mínimos e não perceber necessidade atual de tratamento odontológico, estavam diretamente associadas ao uso regular de serviços odontológicos.

Outro estudo que avaliou a mesma população<sup>32</sup>, mostra que 87,3% dos entrevistados foram atendidos pelos serviços odontológicos privados e que uma maior satisfação com a mastigação e com a aparência dos dentes, menor percepção de necessidade atual de tratamento, ser do sexo feminino, maior de 60 anos e maior escolaridade estavam associados ao uso mais freqüente de serviços odontológicos privados.

Dificuldade de acesso à consulta odontológica foi um dos problemas levantados por cinco dos 17 entrevistados do estudo qualitativo de Ramos & Lima<sup>34</sup> sobre o acesso e o acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Nesse estudo, os usuários relataram a necessidade de permanecer em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento, à exceção dos escolares, que tinham prioridade nas consultas. Utilizando uma abordagem qualitativa, Assis et al.<sup>35</sup> observaram que as pessoas apresentavam queixas da falta ao trabalho dos cirurgiões-dentistas, apesar de considerarem satisfatória a qualidade do atendimento. Observou-se uma oferta de serviços focalizados e seletivos, tecnologicamente atrasados e dirigidos ao usuário de baixa renda, conformando uma espécie de segmentação dos usuários, em oposição à universalização da assistência odontológica no sistema de saúde.

Distingue-se o estudo de Barros & Bertoldi<sup>23</sup>, que buscaram analisar de forma específica as desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos. Sua análise, com base na PNAD/98, mostrou que 19,0% dos brasileiros declararam nunca terem consultado um cirurgião-dentista, 69,0% dos atendimentos ocorreram em serviços particulares, com 47,0% destes envolvendo pagamento pelo cliente. Constatou-se que o principal motivo de não-atendimento pelo serviço público foi a falta de va-

ga/senha (43,3%) e que 52,0% dos atendimentos não-odontológicos são realizados pelo SUS, comparados a apenas 24,0% dos atendimentos odontológicos.

No que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde pelos idosos, poucos estudos focalizaram especificamente esse público<sup>29,30</sup>. Bós & Bós<sup>30</sup> observaram que 56,0% dos idosos utilizam a rede pública de serviços de saúde. Mulheres idosas têm 15,0% mais chances de usar a rede privada que os homens idosos, aumentando-se as chances com o aumento da idade, da escolaridade, da renda individual e familiar. O aumento do tamanho da família mostrou-se associado ao aumento das chances de uso da rede pública de serviços de saúde.

Lima-Costa et al.<sup>29</sup> referiram que uma menor renda está associada à pior condição de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde. Porém, o custo não parece ser a principal barreira para o uso de serviços odontológicos, estando mais associado à escolaridade, tipo de tratamento preferido e percepção da necessidade de tratamento<sup>31</sup>.

Em todos os estudos que analisaram a influência do gênero sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, as mulheres apresentaram uma pior auto-avaliação da saúde e maior procura e consumo de serviços de saúde. Entretanto, com relação aos problemas odontológicos, o estudo de Pinheiro et al.<sup>24</sup> mostrou que os homens apontam os problemas de saúde bucal como motivo de saúde que gerou restrição de atividades em maior proporção que as mulheres, embora estas tenham consultado o cirurgião-dentista com maior freqüência que os homens. Na faixa de 65 anos ou mais, os homens relataram um maior número de consultas e, entre os idosos, apenas cerca de 11,0% referiram ao menos uma consulta odontológica.

## Discussão

O fato de o Estado de São Paulo ter apresentado maior número de estudos sobre epidemiologia das doenças bucais pode ser explicado pela alta concentração de faculdades de odontologia no Estado, abrigando cerca de 30,0% do total de instituições de ensino superior no Brasil (Tabela 1). O predomínio do Estado de São Paulo na produção científica nacional também foi encontrado por Narvai & Almeida<sup>20</sup> em um estudo que analisou 386 artigos em 19 periódicos nacionais sobre pesquisas na área de Odontologia Preventiva e Social.

A predominância de universidades públicas na origem institucional dos autores reflete,

para este assunto e no período histórico abordado, a escassez da produção científica gerada fora do eixo da universidade pública. A ausência de universidades particulares na produção científica brasileira pode ser resultado das políticas acadêmicas que resultam em baixo incentivo à pesquisa. Esta discussão envolve alguns fatores determinantes desta realidade como, por exemplo, o incentivo e o financiamento para pesquisas variando de um Estado para outro. No estudo de Cormack & Silva Filho <sup>21</sup>, a FAPESP foi a segunda agência que mais financiou as pesquisas odontológicas brasileiras.

A escassez de fontes de financiamento para pesquisas na área de saúde bucal coletiva corrobora o estudo de Cormack & Silva Filho <sup>21</sup>, que constatou a baixa produção de pesquisas na área da Odontologia Social, assim como o escasso financiamento de pesquisas dessa área, quando comparado às que envolviam as ciências biológicas básicas, estudo de materiais e equipamentos odontológicos ou estudos descritivos de técnicas e procedimentos.

No que se refere à média dos componentes do índice CPO-D podemos observar, mediante análise dos dados do Projeto SB BRASIL 2003 <sup>1</sup>, que a faixa etária compreendida entre 65 e 74 anos, na Região Sudeste, apresenta o valor médio de 28,61. Ao comparar este achado com os estudos relacionados na Tabela 2, para a mesma região, observam-se resultados com valores médios inferiores nos estudos de Saliba et al. <sup>5</sup>, Meneghim & Saliba <sup>7</sup>, Chagas et al. <sup>15</sup>, Scelza et al. <sup>16</sup>, Silva & Fernandes <sup>9</sup> e Colussi & Freitas <sup>17</sup>. Já o trabalho que obteve um valor aproximado do referencial de comparação foi o de Cangus et al. <sup>8</sup>. A média encontrada no Projeto SB BRASIL 2003 <sup>1</sup> para a Região Sul foi de 27,33, porém o estudo de Colussi et al. <sup>18</sup> apresenta valores médios superiores.

No que se refere ao uso de prótese, analisando este aspecto para a Região Sudeste e para os idosos, o Projeto SB BRASIL 2003 <sup>1</sup> mostrou que 64,73% e 26,78% dos idosos usam, respectivamente, prótese total superior e prótese total inferior. Os achados de Meneghim & Saliba <sup>7</sup>, Scelza et al. <sup>16</sup>, Silva et al. <sup>12,14</sup> mostram valores superiores para os usos de próteses superior e inferior. Para a Região Sul, o referencial comparativo encontrou valores de 68,20% e 25,91% para o uso de prótese total superior e inferior no que tange à população idosa. O trabalho de Colussi et al. <sup>18</sup> encontrou valor inferior quanto ao uso de prótese total superior (60,3%) e valor superior para o uso de prótese total inferior (27,0%).

Um aspecto importante a ser considerado nos estudos sobre pesquisas epidemiológicas

em saúde bucal é a menção de testes de concordância inter e intra-examinadores, um requisito importante na avaliação da confiabilidade e fidedignidade dos achados. O mesmo ocorre com relação à análise com uso de programas estatísticos que, além de servirem para apresentação e descrição dos achados, permitem a realização de testes de significância, importantes para confirmar, em termos de precisão estatística, os resultados verificados empiricamente. Tais aspectos foram observados na maioria dos trabalhos analisados, o que valoriza a interpretação dos achados (Tabelas 1 e 3).

Com relação aos artigos que tiveram como objeto de investigação a acessibilidade aos serviços de saúde, a elevada quantidade de variáveis que influenciam o acesso e os diferentes referenciais teóricos adotados sugerem que o tema é bastante complexo e pluralista, impossível de ser apreendido por uma única perspectiva metodológica. Este aspecto ressalta a necessidade da utilização de diferentes abordagens, a fim de contribuir para o conhecimento da realidade local, com a visão focada sobre quais aspectos do objeto o sujeito realizará sua pesquisa.

Deve-se salientar que outros estudos que abordaram a questão do acesso a serviços odontológicos <sup>23,24,25,26,28,29</sup> tiveram por base os dados da PNAD/98 em seu suplemento sobre saúde. Com base nesses dados foram empregados diferentes tratamentos estatísticos e abordagens metodológicas, com a finalidade de verificar a associação de informações obtidas pela PNAD/98 e outras fontes de dados secundários do SUS.

Os dados obtidos na PNAD constituem importante referencial para uma leitura do quadro sócio-demográfico da população brasileira, oferecendo subsídios valiosos enquanto instrumento de vigilância em saúde, o que traz ganhos para a compreensão do quadro de saúde (bucal), particularmente de idosos, um grupo não alcançado pela atuação odontológica programática vigente.

Abordagens sobre as desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos <sup>23</sup> podem propiciar aos formuladores de políticas públicas de atenção à saúde bucal a informação necessária para uma reflexão sobre o acúmulo de doenças bucais não tratadas que resulta no elevado contingente de edêntulos no Brasil.

A histórica escassez de atenção odontológica para grupos não-escolares requer que políticas públicas de promoção de saúde bucal para as pessoas idosas sejam formuladas, para que elas possam viver essa época da vida com qua-



lidade. Contudo, a acumulação de cárie e doença periodontal não tratada e o elevado edentulismo, que demanda por reabilitação protética, requerem maior interesse em modificar o quadro de desatenção para com a saúde bucal do idoso brasileiro, e não apenas nos centros urbanos.

O acesso aos serviços de saúde bucal envolve a consideração de diversos fatores que podem estar facilitando ou dificultando seu caráter de universalidade. Esta constatação colabora com a idéia de que tal assunto é bastante complexo e necessita de estudos que contemplem diferentes perspectivas, de forma a apreender a realidade localmente observada.

A atenção à saúde bucal, durante muitas décadas, caracterizou-se pela assistência aos escolares por meio de programas com ênfase na cárie e doença periodontal, tendo como modelo hegemônico o sistema incremental. Os demais grupos populacionais eram assistidos apenas em situações de urgência odontológica<sup>37</sup>. Roncalli<sup>38</sup> ressalta o papel que esse modelo excludente exerceu, e ainda exerce, na atual organização da atenção à saúde bucal. A preferência por modelos prontos e implantados acriticamente reflete a deficiência histórica dos municípios em resolver seus problemas de assistência à saúde bucal de “dentro para fora”.

Para compreender o atual quadro em que se encontram as condições de saúde bucal dos idosos, torna-se necessário considerar que esse grupo populacional carrega a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas e mutiladoras. Lima-Costa<sup>39</sup> caracteriza esta herança como “efeito de coorte”, ou seja, o perfil de saúde dos idosos é determinado parcialmente por exposições passadas a certas condições.

No entanto, a transformação das práticas de saúde bucal com a superação do modelo assistencial, paternalista e viciado, e percorrendo em direção a um modelo de atenção em saúde, com co-responsabilidade, ou seja, participante e democrático, constitui-se em uma tarefa bastante complexa. Por outro lado, tal mudança é necessária, uma vez que o enfoque curativo representa uma visão estreita da realidade, imprópria e pouco econômica, considerando o caráter essencialmente sócio-político do processo saúde-doença bucal<sup>40</sup>. As estratégias desta mudança requerem abordagens intersetoriais e uma concepção pluralista do trabalho em saúde bucal coletiva, na qual a população assume um papel transformador, e não se vê mais como um objetivo de um programa de assistência odontológica.

Cordón<sup>41</sup>, discutindo sobre a consolidação da saúde bucal no SUS, enfatiza que a questão

operacional mais importante recai na identificação dos grupos populacionais não privilegiados pela desigual distribuição da renda social, e que merecem prioridade na elaboração da política de saúde bucal. Problemas como a miséria, pobreza, desnutrição e baixa escolaridade foram apontados como os principais riscos à saúde bucal. Neste sentido, a compreensão da realidade, por meio de estudos epidemiológicos, resultará no estabelecimento de prioridades e necessidades que deverão, por sua vez, definir o modelo organizacional com ênfase na integralidade, equidade e universalidade, em consonância com a realidade técnico-administrativa de cada município.

Roncalli<sup>38</sup> destaca que a assistência com base no domicílio introduz uma nova lógica assistencial, rompendo com a prática histórica de uma odontologia mutiladora. Entretanto, é necessário que tais experiências tenham como meta uma mudança qualitativa na abordagem das doenças bucais, reordenando a prática odontológica, e não apenas transferindo linearmente o espaço de trabalho do cirurgião-dentista, em estratégias como a saúde da família.

A reorientação do modelo assistencial do SUS também encontra grandes possibilidades de concretização na perspectiva da “vigilância da saúde”, uma vez que aponta caminhos para a superação da crise do sistema de saúde, considerando a realidade de cada município, tanto do ponto de vista político e cultural, quanto do ponto de vista social, epidemiológico e sanitário<sup>42</sup>.

### Considerações finais

Os resultados das condições bucais de idosos variam de acordo com o tipo de amostra abordada (institucionalizada, domiciliar ou usuários de serviços de saúde). A realização de pesquisas que primem pelo uso de amostras representativas de determinada população ainda é pouco presente na literatura científica nacional. Tais delineamentos metodológicos são mais escassos quando consideramos a população rural brasileira, uma vez que a maioria dos estudos concentra-se em áreas urbanas.

Não há uma padronização da classificação do idoso quanto à idade, assim como não há uma padronização na apresentação dos resultados, principalmente quanto ao edentulismo, uso e necessidade de prótese, dificultando a comparação de achados entre os diversos trabalhos analisados.

Quanto às barreiras de acesso aos serviços odontológicos, os trabalhos analisados permi-

tem sugerir que as principais barreiras são a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal voltados à população idosa brasileira. A dificuldade em determinar os pesos que cada um dos fatores acima apresentam na equação *demanda reprimida x acesso* reflete-se no desafio de planejar, executar e avaliar ações de atenção à saúde bucal de idosos.

Enfim, a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade longínqua. Apesar dos avanços do SUS, principalmente com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), o acesso à atenção odontológica necessita ser ampliado para grupos populacionais que têm como porta de entrada apenas os planos de saúde ou consultórios particulares, opções economicamente determinadas e socialmente excludentes.

## Resumo

*O envelhecimento populacional, evento concomitante à queda da taxa de fecundidade, alterou significativamente a estrutura da pirâmide etária brasileira. Paralelamente à transição demográfica, a transição epidemiológica vem alterando os padrões de morbimortalidade, sem que haja, no entanto, adequada oferta de atenção à saúde para esse grupo populacional. Por meio de busca em bases de dados, objetivou-se realizar uma revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004, sobre os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros e conhecer os principais obstáculos no acesso aos serviços de saúde. Os valores médios do índice CPO-D encontrados nos artigos pesquisados foram de 25 a 31. Verificou-se grande porcentagem de indivíduos edêntulos. As principais barreiras quanto ao acesso aos serviços odontológicos foram a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal. Diante desses fatores, a saúde bucal do idoso brasileiro encontra-se em situação precária, com elevados índices de edentulismo, refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitado a extrações em série e serviços de urgência, baseados no modelo curativista.*

*Saúde Bucal; Acesso aos Serviços de Saúde; Idoso*

## Colaboradores

R. S. Moreira realizou parte da busca bibliográfica, a discussão e considerações do artigo. L. S. Nico colaborou com a pesquisa nas bases de dados e formatação do artigo. N. E. Tomita e T. Ruiz contribuíram na discussão dos resultados e considerações finais.

## Agradecimentos

Aos pareceristas *ad hoc* pelas contribuições e sugestões. Este trabalho teve o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – processo n. 04/03629-8).

## Referências

1. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública 1992; 26:155-60.
3. Rosa AGF, Castellanos RA, Pinto VG. Saúde bucal na terceira idade. Rev Gaúcha Odontol 1993; 41: 97-102.
4. Fernandes RAC, Silva SRC, Watanabe MGC, Pereira AC, Martildes MLR. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos que demandam um centro de saúde. Rev Brasileira Odontol 1997; 54:107-10.
5. Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. Rev Assoc Paul Cir Dent 1999; 53:279-82.
6. Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Auto-avaliação de saúde na 3ª idade: sobre saúde bucal através de um inquérito. Rev Gaúcha Odontol 1999; 47:127-30.
7. Meneghim MC, Saliba NA. Condições de saúde bucal da população idosa de Piracicaba. RPG Rev Pos-Grad 2000; 7:7-13.
8. Cangussu MCT, Coelho EO, Fernandez RAC. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em

- Itatiba/SP, Brasil – 2000. *Rev Odontol UNESP* 2001; 30:245-56.
9. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:349-55.
  10. Meneghim MC, Pereira AC, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba-SP. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16:50-6.
  11. Tomita NE, Chinelatto LEM, Pernambuco RA, Lauris JR, Franco RJ, Grupo de Estudo de Diabetes em Nipo-brasileiros. Condições periodontais e diabetes mellitus na população nipo-brasileira. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:607-13.
  12. Silva DD, Souza MLR, Toledo R, Lisboa CM. Condições de saúde bucal em idosos na cidade de Piracicaba. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2002; 56:183-7.
  13. Tomita NE, Chinelatto LEM, Franco RJ, Iunes M, Freitas JAS, Lopes ES, et al. Condições de saúde bucal e diabetes mellitus na população nipo-brasileira de Bauru-SP. *J Appl Oral Sci* 2003; 11:15-20.
  14. Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:626-31.
  15. Chagas IJ, Nascimento A, Silveira MM. Atenção odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. *Rev Bras Odontol* 2000; 57:332-5.
  16. Scelza MFZ, Rodrigues C, Silva VS, Faria LCM, Câmara V, Neto PS. Saúde bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. *Rev Bras Odontol* 2001; 58:351-4.
  17. Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1313-20.
  18. Colussi CF, Freitas SFT, Calvo MCM. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7:88-97.
  19. Frare SM, Limas PA, Albarello FJ, Pedot G, Régio RAS. Terceira idade: quais os problemas bucais existentes? *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1997; 51:573-6.
  20. Narvai PC, Almeida ES. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:513-21.
  21. Cormack EF, Silva Filho CF. A pesquisa científica odontológica no Brasil. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 2000; 54:242-7.
  22. Mendonza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.
  23. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:709-17.
  24. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:687-707.
  25. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:757-76.
  26. Lima JC, Azoury EB, Bastos LHC, Coutinho MM, Pereira NN, Ferreira SCC. Desigualdades no acesso e utilizações de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2002; 26:62-70.
  27. Almeida PF, Giovanella L, Mattos M. Sistema de saúde brasileiro: dilemas da universalização. *Saúde Debate* 2002; 26:137-54.
  28. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:77-87.
  29. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:745-57.
  30. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:113-20.
  31. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenés W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:661-8.
  32. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenés W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:237-43.
  33. Mendonza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:372-8.
  34. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:27-34.
  35. Assis MMA, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:815-23.
  36. Mendonza-Sassi R, Béria JU. Prevalence of having a regular doctor, associated factors, and the effect on health services utilization: a population-based study in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1257-66.
  37. Ministério da Saúde. A reorganização da saúde bucal na atenção básica. *Divulg Saúde Debate* 2000; 21:68-73.
  38. Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva* 1999; 2:9-14.
  39. Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho N, organizadores. *Epidemiologia & saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 499-513.
  40. Córdón J. A construção de uma agenda para a saúde bucal coletiva. *Cad Saúde Pública* 1997; 13:557-63.
  41. Córdón J. A saúde bucal e a municipalização da saúde. *Saúde Debate* 1991; 32:60-5.
  42. Teixeira CF, Paim JS, Villasbôas AL. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7:7-28.

Recebido em 14/Dez/2004

Versão final reapresentada em 23/Mai/2005

Aprovado em 06/Jun/2005