

Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos

Accessibility of dental services for Brazilian elderly

Ana Amélia de Faria Viana*

Maria José Gomes**

Raquel Baroni de Carvalho***

Elizabete Regina Araújo de Oliveira****

Resumo

A transição epidemiológica e demográfica no Brasil pode ser traduzida no aumento da terceira idade e nas dificuldades assistenciais: doenças transmissíveis e não transmissíveis coexistindo entre a população. Direcionar o olhar para a terceira idade e identificar as barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal se faz necessário para melhor organização e planejamento da atenção ao idoso. Objetivo: O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão crítica sobre as condições ou razões que podem interferir na acessibilidade dos idosos nos serviços odontológicos. Revisão de literatura: Foi realizada a busca ativa em periódicos nacionais publicados no período de 1986 a 2008, nas bases de dados eletrônicos indexados na Bireme, utilizando os descritores de assunto saúde bucal, serviços de saúde bucal e acesso aos serviços de saúde, entre outros. Considerações finais: O acesso aos serviços de saúde bucal pode ser influenciado por diferentes razões, entre as quais a acessibilidade econômica, cultural e funcional. Os fatores sociodemográficos, a percepção da necessidade, bem como crenças e a importância atribuída à saúde bucal podem também exercer forte influência sobre a utilização de serviços odontológicos. A superação das iniquidades sociais e da escassa oferta de serviços foi sugerida nessa revisão como forma de redução das barreiras e de permitir o aumento da demanda aos serviços de saúde bucal.

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

Introdução

A transição demográfica e epidemiológica produz como cenário uma população com elevado número de indivíduos idosos¹. Diferentemente de outros países, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essas transformações nem sempre vêm acompanhadas de modificações no atendimento às necessidades de saúde desse grupo populacional^{2,3}.

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 saúde⁴. 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 populacional¹. O conceito de prioridade por grupo etário, pelo qual maior ênfase é dada a criança e ao jovem, na prática, é aplicado incorretamente, de modo especial em relação às pessoas de maior idade⁴. Esses indivíduos muitas vezes são dependentes da assistência pública prestada em instituições de longa permanência⁵ ou da assistência privada, devendo pagar pelos cuidados de que necessitam com os seus próprios recursos⁶.

Assim, a saúde bucal é componente essencial da higidez do indivíduo. Quando discutidas as condições de saúde da terceira idade⁷, observa-se que, nas últimas décadas, a perda total dos dentes era aceita pela sociedade, pelos cirurgiões-dentistas e por pes-

* Aluna do curso de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica-UFES, Vitória, ES, Brasil.

** Professora Associada do curso de Odontologia e do Programa de Pós Graduação em Clínica Odontológica-UFES, Vitória, ES, Brasil.

*** Professora Adjunta do curso de graduação em Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica-UFES, Vitória, ES, Brasil.

**** Professora Associada do curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES, Vitória, ES, Brasil.

soas adultas como algo natural e normal ao avanço da idade¹. As extrações em série, a cárie dentária e a doença periodontal são as razões que culminam na maciça mutilação dos indivíduos, que chegam à terceira idade com elevada perda dentária⁵.

A observação da elevada prevalência do edentulismo na terceira idade⁸ retrata a ineficiência e ineficácia dos programas de saúde bucal propostos para esse estrato populacional, que encerra em si características excludentes de acesso e estáticas de controle e acompanhamento¹; ainda, reflete o perfil iatrogênico-mutilador da assistência oferecida pelos serviços odontológicos ao longo da vida desses indivíduos^{4,5}.

O perfil epidemiológico da faixa etária acima de sessenta anos é bastante crítico, mas não se pode ignorar a gradual mudança na saúde bucal. Apesar dos altos índices de edentulismo ainda presentes⁸, há uma tendência, na maior parte do mundo, à retenção dos dentes naturais pela população que está envelhecendo, o que aumenta a complexidade de cuidados pessoais e de atenção profissional com a pluralidade de quadros clínicos⁹. O papel da odontologia em relação a essa faixa populacional é o de mantê-la em condições de saúde bucal que não comprometam a alimentação normal, nem gerem repercussões negativas na saúde geral e no estado psicológico de cada indivíduo¹⁰.

Diante do atual contexto epidemiológico e demográfico exibido no Brasil, este estudo teve o objetivo de conhecer as razões que podem interferir na acessibilidade aos serviços odontológicos pela terceira idade. Isso se faz necessário para melhor organização e planejamento dos serviços atualmente ofertados.

Materiais e método

Este estudo teve como metodologia a busca ativa de informações científicas 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. Foi realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema central deste trabalho: a epidemiologia da saúde bucal e as barreiras ao acesso aos serviços odontológicos encontradas pela terceira idade.

Com a finalidade de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação para a realidade que se pretendeu apreender, optou-se por selecionar apenas produções na forma de artigos publicados em periódicos nacionais entre 1986-2008. Foi considerado o ano de 1986 como o período de início para tal levantamento pelo fato de ter ocorrido nesse ano a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ditou a base da Constituição Federal de 1988¹¹ 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 e palavras-chaves utilizados para a busca de artigos sobre “epidemiologia da saúde bucal” foram: idoso, saúde bucal, epidemiologia, levantamentos de saúde bucal e odontologia. Para a localização de artigos sobre o assunto: “acesso aos serviços de saúde bucal”, foi necessária a realização de outro agrupamento de descritores e palavras chave: acesso aos serviços de saúde, garantia de acesso aos serviços de saúde, acesso universal, acesso igualitário, acesso regular aos serviços de saúde, acesso universal a serviços de saúde e barreiras de acesso aos serviços de saúde; saúde bucal”.

A seleção baseou-se na conformidade dos limites dos assuntos aos objetivos deste trabalho: as publicações foram sintetizadas e analisadas de forma conceitual e crítica, quanto aos principais aspectos e razões determinantes do acesso aos serviços de saúde bucal. Desconsideraram-se aquelas que, apesar de aparecerem no resultado da busca, não abordavam o assunto do ponto de vista da epidemiologia bucal e do acesso aos serviços odontológicos.

Base legal para a política de atenção prioritária ao idoso

Do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, havendo diretrizes a serem seguidas e que podem assim ser representadas: pela Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8080/1990) – dentre os seus princípios se destacam a preservação da autonomia, da integridade física e moral da pessoa, a integralidade da assistência e a fixação de prioridades com base na epidemiologia¹²; a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa está fundamentada na Política Nacional de Saúde do Idoso (lei nº 8842/1994), tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida¹³.

O Estatuto do Idoso (lei nº 10741/2003) garante ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas. Permite a adoção e aplicação de normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização por gestores do SUS; possibilita estudos para detecção do caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à criação de serviços alternativos de saúde integral da terceira idade¹⁴.

As Diretrizes do Pacto pela Saúde de 2006 (portaria nº 399/2006) norteiam o pacto pela vida. Trata-se de um compromisso acordado entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Das seis prioridades definidas, a saúde

do idoso é uma¹⁵. Por isso, a portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, garante o fortalecimento do protagonismo das pessoas idosas no Brasil, com ênfase no envelhecimento ativo e saudável¹⁶.

De acordo com essas leis e a própria Constituição Federal de 1988¹¹, há a incorporação de uma concepção ampliada de saúde, entendida como direito de cidadania, em que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, o que pode ser observado é que mesmo que o processo de envelhecimento tenha sido mais discutido nos últimos anos⁷, as mudanças a ele intrínsecas ainda não parecem claras para a sociedade e suas instituições¹⁷. Todos devem ter acesso à saúde e aos serviços de saúde de qualidade, dentre os quais os serviços odontológicos, que repercutam em ações de promoção de saúde e de qualidade de vida¹⁰.

Apesar de essas políticas públicas¹²⁻¹⁶ focarem o idoso e sua família, existem dificuldades na sua concreta implementação, as quais abrangem desde a precária captação de recursos financeiros¹⁷ ao frágil sistema de informação para a análise de condições de vida e saúde, passando, evidentemente, pela inadequada capacitação de recursos humanos¹⁸. Portanto, o que se observa é uma forte pressão sobre o SUS no atendimento da população idosa.

Esse envelhecimento é, em certa medida, resultado da capacidade técnica de melhorar a saúde das pessoas. Logo, a pressão que se observa sobre os sistemas de saúde decorre de seu próprio sucesso, que não se limita à extensão da longevidade, mas envolve a mudança na forma como os anos a mais são vividos. A questão moral a enfrentar não se resume à interpretação de quais são as idades que definem as etapas do ciclo “natural” da vida, ou, no limite, qual é a idade a partir da qual se assume que a vida pode ou deve terminar para liberar recursos do sistema de saúde, mas que o mesmo deve zelar e proteger a qualidade de vida das pessoas.

Aspectos conceituais sobre acesso x acessibilidade

Acesso e acolhimento articulam-se e complementam-se na implementação de práticas em serviços de saúde bucal, na perspectiva da integralidade do cuidado¹⁹. Com a expansão e estruturação da oferta desses serviços durante o processo de construção do SUS, em que os municípios têm assumido a responsabilidade pela atenção à saúde de seus munícipes, sobretudo da rede de Atenção Básica, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou nuances qualitativas. As análises e alternativas de soluções para o problema de acesso, em bases estritamente quantitativas, como número de atendimentos e rendimento profissional, deslocam-se para tendências

que buscam qualificá-lo no ato da recepção do usuário³. A questão não se restringe a quantas portas de entrada se dispõe, mas, sobretudo, interroga-se sobre sua qualidade^{1,4,7}.

Os termos “acesso” e “acessibilidade”, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares¹⁹. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde¹⁸ considerado socialmente importante, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza¹. E pode-se contribuir no debate sobre diretrizes para uma política nacional de saúde bucal que seja efetivamente inclusiva⁷, no que diz respeito à participação e garantia de direitos da população idosa, portanto promotora de saúde e do envelhecimento saudável²⁰.

Assim, conceituar acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado com a percepção das necessidades de saúde e da conversão dessas necessidades em demandas e dessas em utilização desses serviços¹. Nos países em desenvolvimento, a insuficiência de serviços leva a que nem a demanda nem os usos reflitam as necessidades de saúde da população, pois a oferta não é suficiente para a adequada cobertura populacional¹⁸. Portanto, fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso ao serviço de saúde²¹. Ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso²². Em trabalhos que procuraram avaliar essa relação^{18,20-22}, os fatores sociodemográficos, as crenças, bem como a percepção de necessidade e a importância atribuída à saúde bucal, também se mostraram como fatores de forte influência na utilização de serviços de saúde.

A conversão da percepção das necessidades de saúde em demanda e desta em utilização tem sido um desafio para a odontologia. Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, a utilização dos serviços odontológicos no Brasil é baixa²¹, ficando uma parcela importante da população idosa sem oportunidade de acesso esses serviços⁷. A ausência da cobertura estatal é suprida, parcialmente, por um regime privado de provisão e produção de serviços odontológicos, que disputa e atende o segmento da demanda capaz de pagar²², restando imensa população excluída do atendimento a suas necessidades mais elementares de cuidados à saúde bucal³. Assim, o acesso e o benefício proporcionado pelas novas tecnologias restringem-se àqueles idosos que podem pagar o preço no mercado privado de serviços, ou àqueles que tenham a ampará-los algum plano corporativo de saúde, o que geralmente é raro²² para os que alcançaram a fase idosa.

Dessa maneira, o governo brasileiro tem buscado, por meio de novas perspectivas na política de saúde nacional¹⁵ e, em especial, pelas diretrizes da

Política Nacional de Saúde Bucal, publicada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2004²³, reformular a estruturação do atendimento à população e a inserção do cirurgião-dentista. O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo MS em 1994 e atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), destaca, ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadias ou doentes, de forma integral e contínua. A inclusão do cirurgião-dentista, do auxiliar de saúde bucal e do técnico em saúde bucal na ESF propõe o multiprofissionalismo¹⁸ e a reordenação das práticas odontológicas²⁰, necessárias diante dos problemas bucais vividos pela sociedade.

O acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, os quais vão além do aumento da cobertura assistencial^{8,22}. A garantia de acesso a bens e serviços deve ser observada por seus diversos componentes, que podem ser interpretados como as possíveis razões para facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde, que são: a) acessibilidade geográfica, pelo adequado planejamento da localização dos serviços de saúde, entre outros fatores, como a distância, o tempo necessário para cobri-la e os meios de transporte aceitáveis para a população; b) acessibilidade econômica, que seria a remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário, ou seja, custos dos serviços ao alcance da comunidade; c) acessibilidade cultural, adequação das normas e técnicas aos hábitos e costumes da população usuária; d) acessibilidade funcional, ofertas de serviços oportunos e adequados à necessidade da população. A acessibilidade implica, portanto, prestação contínua e organizada de serviços que as pessoas possam usufruir, devendo assegurar a equidade, com um mínimo de qualidade e a um custo compatível¹⁸.

O termo “cobertura” tem o significado de designar a medida de quanto um serviço colocado à disposição realmente cobre as necessidades potenciais da população²⁰. Para retratar essa situação, em 1998, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)²⁴, realizou uma Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD/1998) em que foi incluída a verificação da utilização de serviços odontológicos, questionando se o indivíduo já havia sido ou não atendido por um cirurgião-dentista em toda a sua vida. Em caso positivo, era verificada a época da última consulta realizada, se há menos de um ano, de um a dois anos ou há três anos ou mais. O percentual médio encontrado para o Brasil de indivíduos que nunca tinham ido ao dentista foi de 18,7%, o que correspondeu a quase trinta milhões de pessoas. Com a pesquisa realizou-se um retrato do panorama brasileiro em relação à cobertura para a população adulta quanto às oportunidades de acesso aos serviços de saúde

bucal, bem como da necessidade urgente de se modificar essa realidade.

No contexto atual de construção do SUS, é fundamental que sejam potencializados caminhos trilhados e experimentados, a exemplo da proposta de acolhimento, como diretriz operacional dos serviços de saúde³. A assistência à saúde, na sua maioria, apresenta-se de forma precária e focada ainda, em muitas regiões, no modelo médico, insuficiente para dar conta do padrão heterogêneo de mortalidade e morbidade que combina doenças infecciosas, crônico-degenerativas e condições de vida, produto da transição demográfica e epidemiológica de um país com grande extensão territorial e extremos contrastes sanitários^{1,2}. Uma alternativa seria redimensionar a assistência à saúde, reduzindo o uso excessivo de certos tipos de serviços por pessoas cujas demandas excedem suas necessidades e aumentar a cobertura para as pessoas necessitadas, que não recebem os cuidados devidos¹⁸.

Apesar de termos conseguido uma das mais avançadas legislações na área da saúde no mundo, do ponto de vista da conquista dos direitos sociais, o Brasil tem avançado muito lentamente e, atualmente, ainda se apresenta com grandes desigualdades sociais. Essa situação ainda é agravada pelos cortes de gastos nas áreas sociais e com reflexos nas políticas públicas. Em meio a crises constantes no sistema público de atenção à saúde, continuamos a observar o crescimento de planos e seguros privados que beneficiam, ainda hoje, os estratos de maior renda, ficando a população de menor renda dependente do sistema público. Apesar de a existência dos planos de saúde sugerir um aumento da utilização dos serviços odontológicos, esse efeito não foi muito grande em determinados grupos, em razão de valores pessoais e da dificuldade de oportunidades do próprio sistema.

Superação das dificuldades

Quanto às dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, pode-se sugerir que a acessibilidade aos serviços odontológicos pode ser influenciada por diferentes prismas de observação, desde os elementos limitadores geográficos, físicos e operacionais quanto à cobertura assistencial, à escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal voltados à população idosa brasileira e às possíveis “barreiras veladas” de acesso. Essas podem ser identificadas muitas vezes por limitações socioeconômicas e culturais.

Para populações idosas economicamente desfavorecidas, cuja renda muitas vezes está comprometida com outros membros da família, esse pode ser um fator limitador da utilização de serviços odontológicos.

O juízo de valor também pode ser destacado como um ponto de entrave para o desejo de cuida-

dos odontológicos, porque, culturalmente, nesse momento da vida a atenção à saúde muitas vezes está dirigida aos serviços médicos, não aos serviços odontológicos, ou pelo simples fato do desconhecimento de que o corpo é um ente único e interdependente; logo, comprometimentos sistêmicos podem refletir na condição bucal, assim como a condição bucal poderá exercer influência na saúde sistêmica.

Para muitos, o fato de não ter mais dentes e apenas próteses totais pode também sugerir a falta de percepção sobre a necessidade de outros cuidados bucais, ou, ainda, não gera impacto na qualidade de vida, o que pode não gerar demanda para os serviços odontológicos, sejam públicos, sejam privados.

A dificuldade para determinar os pesos que cada um dos fatores acima apresenta na equação *demanda reprimida x acesso* é refletida no desafio de planejar, executar e avaliar ações de atenção à saúde bucal de idosos.

A maior oferta de equipes de ESF nos municípios contribuirá para a expansão das oportunidades de acesso aos serviços odontológicos públicos e de forma mais humanizada. As diferentes barreiras de acesso encontradas deverão ser superadas de forma a atuar nos determinantes sociais da saúde¹⁰, que são: a biologia humana, o estilo de vida, o acesso aos serviços de saúde e o ambiente onde está inserida a comunidade sob sua responsabilidade. Sendo a atenção voltada a toda a família (incluindo todos os seus membros – inclusive os idosos), a ESF deverá minimizar as barreiras encontradas em cada localidade, advogando em prol da saúde das famílias das áreas adstritas, levando informações e conhecimentos e incentivando as pessoas a realizar “escolhas mais saudáveis”, por permitir avanços na busca da qualidade de vida dessas pessoas.

O sistema formal de atenção à saúde precisa atuar intersetorialmente e também como parceiro da rede de suporte social da pessoa idosa (sistema de apoio informal), auxiliando na otimização do suporte familiar e comunitário e fortalecendo a formação de vínculos de corresponsabilidade. Cabe, portanto, à gestão municipal da saúde desenvolver ações que objetivem a construção de uma atenção integral à saúde dos idosos em seu território.

Enfim, a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade longínqua. Apesar dos avanços do SUS, principalmente com a implantação ESF, 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 excluídas.

Abstract

The epidemiological transition and population in Brazil can be translated by the increase in the third age and care difficulties: communicable diseases and not transmissible living among the population. Orientate the look to the third age and identify the barriers to access to services of oral healthcare is necessary for better organization and planning of attention to elderly. Objective: The aim of this study was to perform a critical review on the conditions or reasons that can interfere in the accessibility of the elderly in dentistry services. Literature review: It was a active search on national journals, published in the period 1986 to 2008, in electronic databases indexed in BIREME, using the descriptors of subject: oral health; health services and access to health services, among others. Final considerations: access to oral health services can be influenced by different reasons, among them, is accessibility economic, cultural and functional. The sociodemographic factors, the perception of need, as well as beliefs and the importance of oral health may exercise strong influence on the use of oral health services. The overcoming of the social inequalities and insufficient supply of services has been suggested on this' review, as a reduction of barriers and allow the increase in demand on services of oral healthcare.

Key words: Oral health. Oral health services. Health services accessibility.

Referências

1. Pucca Junior GA. A saúde bucal do idoso: aspectos demográficos e epidemiológicos. [citado em 13 abr. 2008]. Disponível em: <<http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=81>>.
2. Pereira MG. Epidemiologia teoria e prática. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 1999.
3. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saúde Pública 2008; 24 SUP1:S100-110.
4. Jitomirski F. Atenção a idosos. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4. ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. p. 120-7.
5. Rosa AGF, Castellanos Fernandez A, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas idosas de 60 anos ou mais no município de São Paulo (Brasil). Rev Saúde Pública 1992; 26(3):155-60.
6. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde Bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2004; 20(2):626-31.
7. Mello ALS, Erdmann AL, Caetano JC. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. Florianópolis, Texto e contexto Enferm 2008; 4(17):696-704.
8. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad Saúde Pública 2005; 21:1665-75.
9. Shinkai RSA, Cury AADB. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. Cad Saúde Pública 2000; 16(4):1099-109.
10. Buss P, Ferreira JL. Promoção de saúde e a saúde pública. Contribuição para o debate entre escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.

11. Brasil. Constituição de 1988. República Federativa do Brasil. São Paulo: Saraiva; 2002.
12. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [citado em 18 maio 2008]. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br>.
13. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [citado em 18 maio 2008]. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br>.
14. Brasil. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 10 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Leis ordinárias de 2003. [citado em 10 maio 2008]. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela saúde 2006, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/2528 de 19 de outubro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. Diniz D, Medeiros M. Envelhecimento e alocação de recursos em saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(5). [citado em 18 maio 2008]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
18. Rohr RIT, Barcellos LA. As barreiras de acesso para os serviços odontológicos UFES Rev Odontol 2008; 3(10):37- 41.
19. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2004.
20. Barcellos LA. O público do serviço odontológico [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Centro de Pós-Graduação/CPO São Leopoldo Mandic; 2004.
21. Matos LD, Costa MFFL, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. Cad Saúde Pub 2001; 17(13):1-10.
22. Barros DJ, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação a nível nacional. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(4):1-10.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [citado em 23 fev. 2010]. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicações/política_nacional_brasil_sorridente.pdf.
24. IBGE. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios – 1998. Acesso e utilização de serviços de saúde. [citado em 17 jul. 2008]. Disponível em: <http://ibge.gov.br>.

Endereço para correspondência:

Ana Amélia de Faria Viana
Rua Rio Branco, 415/102
29.101-130 Vila Velha - ES
Fone: (27) 3311 8260
E-mail: anaamelia.viana@bol.com.br

Recebido: 10.03.2010 Aceito: 20.10.2010