



EQUIDADE: UM ESTUDO DE GERAÇÃO E ETNIA NO ACESSO AO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE BUCAL

Enoque Fernandes de Araújo (Autor); Wanderley Fernandes de Araújo; Riveline Afonso Andrade; Rita de Cássia Arruda de Souza; Margarida Fernandes de Araújo

Universidade Estadual da Paraíba, enoquefa@hotmail.com

RESUMO

Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar os impactos da raça ao utilizar os serviços de saúde bucal por idosos no Brasil. Trata-se de um estudo multivariado e descritivo, onde serão analisadas tabelas que exibirão unicamente os dados pertinentes ao estudo: os impactos que os serviços de saúde bucal ocasionam a faixa etária de 65 a 74 anos, de idosos que se declararam brancos ou pretos. As variáveis foram elegíveis e categorizadas de acordo com a necessidade da abordagem. Os resultados mostraram que a população idosa padece preconceitos ou desigualdades seja pelo fator idade seja pelo fator raça, além da multiplicidade de impactos que sofrem ao utilizar os serviços de saúde bucal, a saber, pela raça, sexo, escolaridade, problemas periodontais e renda. Exige-se, assim, uma prática de cuidado a saúde do idoso de modo interdisciplinar e orientar políticas públicas focadas no idoso, no intuito de melhorar os serviços de saúde bucal e fazer acontecer a equidade ao frequentar os serviços odontológicos. Só assim reduzir-se-ão os impactos sofridos pelos idosos que na sua maioria são não brancos. Haja visto que a saúde bucal tem por prioridade melhor qualidade de vida. Corroborando, portanto, para o cumprimento dos princípios do SUS e uma ação conjunta na tentativa de políticas de saúde planejadas a fim de reduzir as desigualdades latentes.

INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais presentes na sociedade brasileira são expressivas por tomarem proporções diferenciais em escala maior ou menor, isso se evidencia na péssima distribuição de renda, as condições precárias de habitação e do ambiente, o analfabetismo e o baixo grau de escolaridade, fatores decisivos nas condições de vida e saúde da população. Insurge precauções a fim de não agravar tal desigualdade dentro do sistema público de saúde, que com o princípio da equidade pretende tornar igualitário o serviço de saúde bucal, para que este não seja mais um indicador de desigualdade no Brasil (FRANÇA, 2013; CARMINATTI, 2013).

Desse modo, o Sistema Único de Saúde foi pensado para atender a todos de modo igualitário, sem qualquer diferenciação do usuário seja pela etnia seja pela geração. A situação da saúde bucal no país, a partir de dados e indicadores, se apresenta carente de melhorias quanto à infraestrutura, expansão e qualidade no atendimento, sobretudo, ao tratar da problemática etnia e geração ao utilizar os serviços públicos de saúde bucal, pois ainda se presencia situações de privilégios (SILVA, 2012).

Consequentemente, a ampliação das políticas de saúde bucal executadas pelo SUS, nos últimos anos, são relevantes por ampliar o acesso ao serviço de saúde bucal,

porém, ainda com limitações que podem ser superadas, a saber, profunda desigualdade social que se expressa no padrão saúde-doença da população, que se diferencia seja por sua geração seja por sua etnia. Ora, a abrangência é insatisfatória, de forma que o acesso aos serviços de saúde bucal, em grande parte, não mantém eficácia na aplicabilidade do princípio da equidade nos PSFs, há desigualdades na utilização dos serviços de saúde bucal (BARROS, 2006; SILVA, 2012; FRANÇA, 2013; CARMINATTI, 2013).

A problemática do estudo em questão pretende investigar os impactos de geração e etnia na utilização dos serviços públicos de saúde bucal; estudar o princípio da equidade na saúde bucal; analisar se existe desigualdade entre etnia e geração quanto à utilização dos serviços de saúde bucal. Neste sentido, os perfis de vulnerabilidade são agrupados, sublinhando os determinantes sociais, leva-se em consideração indivíduos idosos e negros. E Evidenciam-se disparidades de raças e os preconceitos encontrados por estes grupos só tendem a aumentar. Desse modo, contata-se a necessidade de pesquisas e atuações que ampliem o acesso aos serviços de saúde bucal ao idoso branco e não branco para melhorar a qualidade de vida da população (FRARE, 1999; CARMINATTI, 2013; SILVA, 2012).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo que utilizará dados coletados pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal em 2010, ultimamente cognominado Projeto SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde, segundo o parecer da OMS, cujo objetivo é se estabelecer como a principal estratégia do eixo da Vigilância em Saúde Bucal no que diz respeito à produção de dados primários de morbidade bucal, o mesmo permitirá constatar impactos da raça e geração ao utilizar os serviços de saúde bucal no Brasil (BRASIL, 2011). As variáveis serão elegíveis e categorizadas de acordo com a necessidade do presente estudo. A pesquisa em seguida passará para fase de estatística, na qual o aluno passará por treinamento prévio teórico-prático pelo orientador, a fim de assegurar a uniformidade e o rigor científico ao interpretar os índices advertidos. Ao ser concluída a fase de análise de dados será realizado a organização dos resultados no formato de tabelas, sua interpretação, discussão e conclusões. A pesquisa será multivariada e descritiva. As tabelas serão analisadas para que exibiram unicamente os dados pertinentes ao estudo: as desigualdades que os serviços de saúde bucal ocasionam quando geração e etnia utilizam os serviços odontológicos do SUS, na faixa etária de 65 a 74 anos. O pesquisador do estudo em análise concluirá o mesmo ao redigir artigo científico e relatório final.

REFERENCIAL TEÓRICO

Saúde bucal e o idoso no Brasil

As abordagens que elucidam a problemática do impacto da raça na utilização dos serviços de saúde bucal e a relação entre preconceito, discriminação e a população, embora com menor produção literária em relação a outros estudos já realizados, tem contribuído significativamente com a equidade e a integralidade na promoção de saúde (OLIVEIRA, 2011). Isto porque os estudos de saúde bucal que contemplam o idoso acima de 60 anos só se iniciam com os levantamentos realizados em nos anos de 1986 e 2003, e depois o levantamento de 2010 (BUCARELLI, 2011).

Neste sentido, torna-se de suma importante analisar o idoso branco ou não branco agregando as suas dimensões humanas, as quais o constituem um ser humano, ao contexto social que habita. Em consonância a essa ideia Bulgarelli (2011, p. 16) afirma que

Na interlocução entre qualidade de vida e saúde bucal encontra-se o elo para o entendimento de que a prevenção, a promoção e assistência em saúde caminham juntas para que as comunidades/indivíduos convivam em harmonia com os seus contextos sociais, psicológicos e fisiológicos sempre construindo saúde.

Deste modo, a permanente consonância entre o serviço de saúde bucal do idoso, deve ter sempre como foco a integralidade da atenção, equidade, o trabalho com a realidade daquela localidade, a territorialidade e a capacidade de um olhar holístico a partir da escuta, acolhimento e atendimento igualitário sem distinção de idade ou raça (BULGARELLI, 2011).

De acordo com o pensamento de Silva e Valsecki Jr (2000), um sistema de saúde bucal que não prioriza o idoso sofre impactos que traz como consequência agravante de mortalidade e pouco êxito nos índices de qualidade de vida. Visto que os programas administrados a esta faixa etária populacional são raros e as poucas pesquisas epidemiológicas concretizadas revelam uma situação alarmante ao referir-se a saúde bucal, as mesmas apresentam os idosos do Brasil com grande abundância de problemas bucais, a saber, dentes extraídos, doenças periodontais, lesões de mucosa bucal e necessidade de prótese, além de patologias que necessitam de tratamento urgente (GUERRA e TURINE, 2001; RODRIGUES, 2014).

A literatura Tópicos em Geriatria II, organizada por Terra (2007, p. 402) e demais colaboradores, apresenta dados relevantes do IBGE sobre o idoso no Brasil, assim segue:

[...] em 1960, a faixa de pessoas com 60 anos ou mais era responsável por 4,8% do total da população brasileira. Em 1980, esse número passou para 6,2% e em 1999 atingiu 8,7%. A projeção para 2025 é de que a proporção de idosos esteja em 15%. O aumento pelo interesse da saúde bucal do idoso tem ocorrido em decorrência do crescimento dessa população.

O envelhecimento da população do Brasil se tornou um dos maiores desafios da saúde pública hodierna. De maneira mais acentuada vem crescendo o número de idosos, fenômeno este que era comum em países desenvolvidos (MONTI, 2006). Para Sant'Anna (2005) o proeminente e apressado crescimento populacional gera problemas sociais, econômicos e políticos, despertando para necessidade de projetos e políticas sociais e assistenciais de saúde para população idosa.

A saúde bucal deve ser prioridade das políticas de saúde, devido às diversas desigualdades sociais que insurgem da sociedade moderna e também dos aspectos que dizem respeito à qualidade de vida da população. Os tratamentos necessários para saúde bucal, revisão de próteses, as suspeitas de neoplasias e patologias bucais são motivações para os idosos ir à procura dos serviços odontológicos, porque a enfermidade bucal interrompe as atividades cotidianas e compromete a qualidade de vida dos mesmos (MARTINS, 2007; GUIOTOKU, 2012).

Sem dinheiro para utilizar serviços odontológicos privados e sem prioridade nos serviços públicos, os idosos apresentam alarmantes problemas de saúde bucal (MOREIRA, 2005; RODRIGUES, 2014). Os programas preventivos nem sempre conseguem os resultados planejados, seja por falta de planejamento ou aplicabilidade, e por este motivo não são capazes nem de diminuir os problemas relacionados à saúde bucal.

A grande demanda de serviços odontológicos ofertados pelos serviços públicos não abarcam o número de idosos, que não podem usufruir de tratamentos particulares por não terem renda suficiente. Os valores dos tratamentos dentários nem sempre cabem no orçamento de um aposentado. E quando acontece de ser atendido pelo sistema público, existe a falta de acompanhamento odontológico posterior (MONTI, 2006; BULGARELLI, 2011).

As evidências denunciam que a precariedade da saúde bucal do idoso é resultado do baixo acesso e uso dos serviços odontológicos ao longo da vida, tanto curativos quanto preventivos. Esse agravante deve ser minimizado a partir de políticas de saúde que garantam informações e acesso à saúde bucal, viabilizando a qualidade de vida do idoso (HENRIQUES, 2007; RODRIGUES, 2014). O quadro odontológico do idoso deve ser mudado, uma necessidade identificada a partir dos resultados epidemiológicos ou obtidos a partir de estudos de casos.

A saúde bucal do idoso deve ser assegurada com maior cuidado pelo profissional odontológico. Essa atenção básica origina maior qualidade de vida (RONCALLI, 2010). Isso será possível a partir de políticas em que o acesso seja garantido, os serviços sejam organizados por idade (aqui se sugere como um dos grupos - 65 a 74 anos de idade -, o qual é objeto do estudo) para desenvolver atividades educativas e de prevenção, com atendimento individualizado, a fim garantir melhor qualidade e evitar filas de espera e trâmites burocráticos, constrangimentos tão recorrentes para quem utiliza os serviços bucais (GUIOTOKU, 2012; CORDEIRO, 2008; MELLO, 2008).

Impactos da raça na utilização dos serviços de saúde bucal

As condições de saúde e utilização dos serviços de saúde bucal entre idoso e raça apresentam-se afetados por limitações físicas, injustiças sociais e desigualdades. Esse grupo encontra-se fragilizado com crescentes evidências de impacto ao processo saúde-doença (SILVESTRE, 1996). Daí a importância de incrementar serviços de saúde voltados para melhor qualidade de vida dessa população (GUIOTOKU, 2012; SHINKAI, 2000).

A saúde bucal deve receber atenção especial por fazer parte integrante da saúde geral e preocupar-se com a implantação de serviços de saúde odontológicos que integre o idoso sem distinção de raça (BERTI, 2002; SILVA, 2004). Esta é uma necessidade de promoção de saúde. Os impactos nos serviços odontológicos devem ser averiguados com presteza. Ademais, além do impacto sofrido por motivo da idade e da raça existe uma variedade de patologias constatadas.

[...] higiene bucal, uso de medicações, baixo fluxo salivar, trauma pelo uso de prótese dental e baixo acesso ao atendimento odontológico por limitação financeira ou física. A cárie dental e a doença periodontal são os problemas bucais mais presentes no idoso. A sociedade brasileira demonstra a alta porcentagem de idosos portadores de prótese dental (TERRA, 2007, p. 402).

A iniquidade racial é um problema social contemporânea na utilização dos serviços de saúde bucal, o qual causa impacto constrangedor. Uma gama de estudos aborda a questão e constatam as diferenças iníquas quando se trata das condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços (VARGAS, 2012; CRUZ, 2006; PINHEIRO, 2008; SOUZA, 2011).

As oportunidades de um idoso negro utilizar os serviços de saúde são menores que um idoso branco. E quando acontecer de ter frequentado uma única vez na vida, se deparou com algum tipo de resistência. O fator raça continua sendo algo crucial para o idoso negro na utilização dos serviços odontológicos (GUIOTOKU, 2012; MARTINS, 2008; SOUZA, 2011).

A pessoa idosa deve ser cuidada de modo holístico, sem distinção de raça, considerando alterações na capacidade de comunicação, na memória e na atenção. Por isso, é importante um atendimento com abordagem interdisciplinar que considere alterações que acometem o idoso no âmbito fisiológico e psicológico (VARGAS, 2014; REIS, 2006; SILVA, 2005). Ater-se as diferenças de idade e raça a fim de evitar impactos dos mesmos ao utilizar os serviços de saúde bucal, significa privilegiar o princípio da equidade. Neste sentido, Oliveira (2011, p. 98), afirma:

A efetivação do princípio da equidade no sistema, que configura a justiça redistributiva proporcional, que se pauta mais pelas necessidades das pessoas e coletivas e por um senso reparador de dívidas, do que pela sua igualdade formal diante da lei. Traduz-se no reconhecimento de que é

preciso tratar de maneira distinta aqueles que não se encontram em condições de igualdade para que se alcancem relações justas.

A qualidade de vida continua sendo um direito assegurado. De maneira igualitária raça e idade são merecedores dos mesmos atendimentos e privilégios (VARGAS, 2014). Pois, a promoção e prevenção da qualidade de vida do idoso devem continuar sendo a luta constante de todos aqueles que almejam equidade e qualidade na saúde bucal (SOUZA, 2011; PEREIRA, 2007).

RESULTADOS

Foram analisadas tabelas que apresentaram precisamente os impactos sofridos pelos idosos, levando em consideração a raça, ao utilizar os serviços de saúde bucal no Brasil. Os idosos do sexo masculino (62,4%) e outra parcela do sexo feminino (63,8%) declararam utilizar os serviços do SUS, todavia, outra parcela do gênero masculino (37,6%) e também do sexo feminino (36,2%) afirmaram que nunca o frequentaram. Tinham faixa etária entre 65 a 74 anos. Um maior número de idosos declarou renda *per capita* entre R\$ 100,00 a 1500,00, e só uma pequena parcela recebeu renda mensal superior ao último, tinham escolaridade entre um a quinze anos e não tiveram acesso a informações de como evitar problemas bucais. Neste estudo, foi observado que os índices evidenciam 66,3% dos idosos não brancos que não utilizam o SUS (Tabela 1).

A tabela 2 apresenta resultado do tipo de serviço de saúde bucal utilizado por idosos brasileiros considerando a raça. Os resultados apresentados pela SB Brasil 2010 mostram que 40,6% da população idosa negra procurou utilizar os serviços de saúde bucal públicos oferecidos. Uma diferença vê-se ao equiparar os idosos brancos que procuraram utilizar os mesmos serviços, 26,3%. Uma proporção contrária a esses índices apresentados observa-se ao analisar devido a procura pelos serviços de saúde privados. Ou seja, 73,7% dos idosos brancos procuram o serviço privado e os idosos não brancos que procuram pelo mesmo serviço chegam a 59,4%.

A tabela 3 apresenta uma apreciação multivariada do tempo de procura aos serviços públicos de saúde por idosos brasileiros com foco na raça. Os resultados denota uma provável dificuldade ao acesso, pois em menos de um ano observa-se que 39,2% dos idosos brancos procuram tais serviços e só 28,8 dos não brancos. Todavia, quando passa de um ano os dados apresentam outro resultado, o qual é inverso comparado ao primeiro, isto é, os brancos que procuram os serviços públicos chegam a total de 60,8% e 71,2 não brancos.

DISCUSSÃO

Após a análise das tabelas constatou-se um resultado impactante ao identificar que o idoso branco tem acesso com maior frequência aos serviços de saúde bucal do que o idoso negro, um diagnóstico que parece estático em relação a outros estudos outrora realizados, a saber, HENRIQUES *et al.* (2007) evidência que a promoção e a prevenção em relação à saúde do idoso no Brasil encontram-se precárias, reflexo da ineficácia histórica dos serviços públicos de saúde odontológico que, por sua vez, limitam extensão em série e programas baseados na promoção de saúde. O que revela um contexto de alarmante abandono e dificuldades, que poderiam ser minimizados com a promoção e prevenção de saúde bucal (SOUZA *et al.*, 2011).

A razão de prevalência entre a utilização do serviço de saúde bucal por raça, sexo ou idade mostra que a chance de um idoso não branco usar o serviço de saúde bucal é muito menor que a de um branco (SOUZA *et al.*, 2011). Na aferição dos impactos do idoso branco ou não branco ao utilizar os serviços de saúde julga-se importante sublinhar a equidade em vista da qualidade de vida do idoso.

De fato, trata-se de uma análise multivariada sobre a utilização do SUS por idosos brasileiros, levando em consideração a raça, no qual apresenta o idoso com um maior índice rejeição ao utilizar o SUS e serviços de saúde presentes nele, principalmente, os serviços de saúde bucal. Percebe-se com estas relações sublinhadas fenômenos que ajudam a recuperar a importância do idoso que se vê esquecido do acesso à atenção e assistências odontológicas públicas (BRUNETTI-MONTINEGRO e MARCHINE, 2013). Isso repercute na vida do idoso que não possui estímulo para ir ao SUS. Os índices evidenciam 66,3% dos idosos não brancos que não utilizam o SUS. O Programa Saúde da família deve reverter este quadro possibilitando maior atenção ao idoso.

Neste contexto deve-se estar inserida a saúde bucal e, sobretudo, o idoso branco ou não branco de modo igualitário. Pois, se o Programa do Governo Brasil Sorridente quer restituir o sorriso perdido do idoso, antes o trate como um ser humano com dimensões, biopsicossocial, de modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal do mesmo, por intervenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, insurge uma nova época para saúde em geral e para a saúde bucal do próprio idoso. Os problemas que atingem diretamente a qualidade de vida do idoso devem ter fim, porque a saúde do idoso é direito garantido pelo Estatuto do Idoso (no art. 15, cap. IV) que sublinha claramente a atenção integral à saúde do idoso visando a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, em especial, as enfermidades que afetam o idoso (BRASIL, 2003).

Além disso, com a Constituição Federal de 1988 e a regulamentação do Sistema Único de Saúde em 1990, diversas mudanças no âmbito da saúde desabrocharam (FRAZÃO, 2009). Em consequência, a saúde bucal insurge como fator

decisivo para manutenção da qualidade de vida (CORDEIRO *et. al.*, 2008). Todavia, ainda há muito para melhorar em todos os âmbitos e sentidos que o constitui.

Em vista dessa melhoria segue levantamentos e considerações: vê-se, portanto, ao tratar da problemática da utilização do SUS por idosos considerando a raça que o idoso branco (58,9%) utiliza-o com menor frequência em relação ao não branco (66,6%). O inverso se confere ao tratar a questão pela não utilização do SUS, ou seja, 41,1% de idosos brancos nunca foram ao SUS e 33,7% de idosos não brancos deixaram de usufruir dos programas de saúde bucal ofertados pelo mesmo (tabela 1). Análise referente à utilização dos serviços já fora realizado por Martins *et. al.* (2007), o qual levantou problemas comparados a estes e a outros que serão abordados.

É preciso ressaltar que os serviços de saúde pública e privado dividem a população idosa: os brancos que frequentam os serviços privados atingem 26,3% e não branco 40,6%. Souza *et. al.* (2011) apresenta um resultado relevante a este respeito com 87,3% de satisfação por parte dos idosos que estiveram sendo atendidos pelo sistema privado. Em conformidade, 73,7% dos brancos optam pelo privado e 59,4% dos não brancos o utilizam (tabela 2). A este respeito Bós e Bos (2004) verificou que 56,0% utilizaram os serviços de saúde. O tempo de procura pelo atendimento de saúde varia conforme o aspecto abordado. Em menos de um ano a procura pelos idosos brancos foi de 39,2 e não brancos 28,8%. Após um ano a procura é maior (branco 60,8% e não branco 71,2) (tabela 3).

Diante dos dados pode-se entender o fato das mulheres serem favorecidas por um menor índice de mortalidade e o gênero masculino está sujeito a maiores níveis de mortalidade por fatores externos (TIBULO *et. al.*, 2012), ou seja, a proporção de idosos do gênero masculino (62,4%) usuários dos serviços do SUS são inferior que os idosos do sexo feminino (63,8) (tabela 1). Constatação observada por Rego *et. al.* (2013) que também apresenta 72,9% do gênero feminino. A procura do sexo masculino (35,2%) e feminino (33,1%) pelos serviços públicos difere da busca pelo serviço privado, ou seja, o gênero masculino 64,8% e 66,9% gênero feminino (tabela 2).

A partir desta breve observação percebe-se que o tempo de procura pelo atendimento odontológico antes de um ano pelo gênero feminino (33,1%) e masculino (34,7%) comparado acima de um ano é diferente (feminino 66,9% e masculino 65,3%) (tabela 3). Segundo Souza *et. al.* (2011) as mulheres possuem 15,0% mais chances de utilizar os serviços privados de saúde do que os homens idosos. Porcentagem esta que aumenta com a idade, escolaridade e renda. A presença significativa da feminização entre os idosos é um processo evidente para todos os levantamentos analíticos (ARAÚJO *et. al.*, 2011).

Ressalta-se outro fator relevante que diz respeito à idade, a qual mostra que em cada ano que passa a postura assumida muda, isso se certifica a seguir: a faixa etária de 65 a 66 anos de idade (67,1%) utilizou o SUS e 32,9 nunca foi; de 73 a 74 anos de idade (57,0%) utilizou o SUS e 42,1 nunca foi. Sublinha-se que com o aumento da idade o idoso procura menos os serviços de saúde (tabela 1). A população idosa entre 65 a 66

anos (36,6%) procura ao atendimento em menos de um ano e acima deste os idosos com idade entre 73 a 74 anos chega a 70,4% (tabela 3).

Paralela e complementarmente a idade e raça do idoso insurgem as dores periodontais tão comuns e presentes em um percentual significativo de 84,8% (tabela 1). A procura pelo serviço privado odontológico no momento de dor chega a 53,6% e 46,4 optam pelo público confiante na qualidade dos serviços prestados (tabela 2). As dores frequentes na população idosas acarretam procura ao atendimento em 50,6% em menos de um ano (tabela 3).

A resistência à educação escolar apresenta-se como um fator impactante nesta amostra, pois, o idoso não demonstrou interesse pela escola quando jovem e nem agora estando idoso, este fator influência na sua qualidade de vida de alguma maneira. Neste sentido, o nível de escolaridade dos idosos que utilizaram o SUS é de 59,1% e 67,5 possuíam de um a quatro anos de estudo (tabela 1), comparados aos achados de Rego *et. al.* (2013) (33,3%) os apresentados neste estudo foram maiores. Interessante observar que 53,4% dos sem escolaridade preferem o serviço privado ao mesmo tempo em que 46,9 dirigem-se ao público (tabela 2).

O analfabetismo é um índice de limitação para qualidade de vida e transformação social (RODRIGUES *et. al.*, 2008). Os idosos sem escolaridade que procuram o atendimento acima de um ano atingem um percentual de 80,6% (tabela 3). O nível de escolaridade mostra-se semelhante com os resultados de Nunes *et. al.* (2010). Desse modo, um índice elevado de educação pode ser considerado como fator de abertura para ações de educação em saúde.

A pobreza associada a vários fatores como renda mensal torna-se uma característica marcante da população brasileira. Rodrigues e Neri (2012) afirmam que quanto mais pobre e velho for o indivíduo, menor a frequência ao dentista e pior a qualidade da sua saúde bucal. Ao que se refere ao perfil socioeconômico da população idosa faz-se urgente ampliar o acesso a esses serviços. Isto porque a renda *per capita* de 501 a 1500 concentra-se em 65,8% os idosos que são usuários do SUS e 58,7 (tabela 1). Semelhança ocorre quando se observa o tempo de procura ao atendimento (tabela 2), pois a faixa de renda de 75,6% dos idosos é no valor de até 500. Salienta-se que uma menor renda pode estar associado à precariedade da condição de saúde e menor procura pelos serviços de saúde Lima-Costa *et. al.* (2003). A baixa renda causa impacto pelo fato de poder influenciar de forma negativa na vida do idoso economicamente desfavorecido.

Os resultados constataam que os idosos brasileiros enfrentam problemas relacionados à utilização dos serviços de saúde bucal, constantemente sentem os impactos causados ou por ser idoso ou por ser não branco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados permitem concluir que os idosos carecem de acesso frequente aos serviços de saúde bucal. Os impactos observados são resultante da insuficiente e

demorada oferta de serviços de atenção à saúde bucal do idoso; renda e escolaridade baixa; além do burocrático e exigente processo até o atendimento e, por fim, a raça. O idoso não branco encontra-se em situação inferior ao utilizar os serviços odontológicos em relação ao idoso branco. Constatações que geram impactos à vida do idoso que, por sua vez, comprometem a qualidade de vida.

As informações analisadas nesta pesquisa são fundamentais para orientar políticas públicas focadas para o idoso, no intuito de melhorar os serviços de saúde bucal e reduzir as desigualdades ao utilizar os serviços odontológicos pelas raças. Só assim reduzir-se-ão os impactos sofridos pelos idosos que na sua maioria são não brancos.

Há de se concordar que historicamente os serviços odontológicos não são prioritários para a população idosa. Verifica-se um novo desafio de atenção à saúde bucal no Brasil: identificar a demanda de idosos e garantir acesso com equidade e qualidade. Haja visto que a saúde bucal tem por prioridade melhor qualidade de vida.

Exige-se, assim, uma prática de cuidado a saúde do idoso de modo interdisciplinar. A promoção do envelhecimento saudável deve ser facilitada pela Estratégia da Saúde da Família, a fim de identificar as formas de tratamento e diagnóstico, favorecer a prevenção e promoção da saúde. Corroborando, portanto, para o cumprimento dos princípios do SUS e uma ação conjunta na tentativa de uma política de saúde planejada reduzindo as desigualdades latentes.

ANEXOS (TABELAS)

Tabela 01 – Modelo de análise multivariado da utilização do SUS em idosos brasileiros levando em consideração a raça, SB 2010.

Variáveis	Utilização do SUS		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade e dor		Ajustado por sexo, idade, dor, escolaridade e renda	
	SUS %	Nunca foi%	OR(CI)	Valor P	OR(CI)	Valor P	OR(CI)	Valor P	OR (CI)	Valor P
Cor de pele										
Branco	58,9	41,1	1		1		1		1	
Não Branco	66,3	33,7	0.72(0.63-0.84)	<0,001	0.73 (0.63-0.84)	<0,001	0.71(0.60-0.82)	<0,001	0.70(0.59-0.82)	<0,001
Sexo										
Masculino	62,4	37,6	1.05(0.91-1.22)	0,439	1.07 (0.92-1.24)	0,372	1.10 (0.94-1.29)	0,194	1.13(0.96-1.33)	0,116
Feminino	63,8	36,2	1		1		1		1	
Idade										
65 a 66 anos	67,1	32,9	0.67(0.55-0.82)	<0,001	0.66 (0.54-0.82)	<0,001	0.69 (0.55-0.86)	0,001	0.65(0.52-0.82)	<0,001
66 a 67 anos	66,4	33,6	0.69(0.55-0.87)	0,002	0.70 (0.55-0.89)	0,004	0.69 (0.54-0.89)	0,004	0.67(0.52-0.87)	0,003
69 a 72 anos	60,8	39,2	0.89(0.72-1.08)	0,256	0.87 (0.71-1.07)	0,206	0.84 (0.67-1.04)	0,120	0.78(0.62-0.98)	0,035
73 e 74 anos	57,9	42,1	1		1		1		1	
Dor										
Sem dor	60,6	39,4	1				1		1	
Com dor	84,8	15,2	0.27(0.20-0.36)	<0,001			0.27(0.20-0.36)	<0,001	0.27(0.19-0.36)	<0,001
Escolaridade										
Sem escolaridade	59,1	40,9	0.85(0.67-1.09)	0,218					0.87(0.66-1.15)	0,348
1 a 4 anos	67,5	33,5	0.59(0.47-0.74)	<0,001					0.60(0.46-0.76)	<0,001
5 a 8 anos	65,8	34,2	0.64(0.50-0.82)	0,001					0.64(0.48-0.84)	0,002
9 a 15 anos	55,3	44,7	1						1	
Faixa de Renda										
Até 500	57,1	42,9	1.16 (0.91-1.47)	0,218					1.29(0.99-1.68)	0,056
501 a 1500	65,8	34,2	0.80 (0.66-0.96)	0,018					0.91(0.74-1.12)	0,420
Acima de 1500	60,7	36,6	1						1	

* Todos significantes segundo o teste qui quadrado valor $p < 0,001$, exceto sexo ($p = 0,439$), escolaridade ($p = 0,300$) e faixa de renda ($p = 0,361$).

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

TABELA 02 – Modelo de análise multivariado do tipo de serviço utilizado em idosos brasileiros levando em consideração a raça, SB 2010.

Variáveis	Tipo de serviço		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade e dor		Ajustado por sexo, idade, dor, escolaridade e renda	
	Público %	Privado%	OR(CI)	Valor P	OR(CI)	Valor P	OR(CI)	Valor P	OR (CI)	Valor P
Cor de pele										
Branco	26,3	73,7	1		1		1		1	
Não Branco	40,6	59,4	0.52(0.46-0.58)	0,001	0.52(0.47-0.58)	<0,001	0.51(0.46-0.57)	<0,001	0.65(0.58-0.74)	<0,001
Sexo										
Masculino	35,2	64,8	0.91(0.81-1.01)	0,093	0.93(0.83-1.04)	0,254	0.96(0.86-1.08)	0,593	0.93(0.82-1.05)	0,253
Feminino	33,1	66,9	1		1		1		1	
Idade										
65 a 66 anos	37,4	62,6	0.71(0.61-0.83)	<0,001	0.73(0.62-0.85)	<0,001	0.75(0.63-0.88)	0,001	0.67(0.56-0.80)	<0,001
66 a 67 anos	33,7	66,3	0.84(0.70-1.00)	0,050	0.86(0.72-1.03)	0,120	0.89(0.74-1.08)	0,255	0.84(0.69-1.02)	0,084
69 a 72 anos	33,2	66,8	0.87(0.73-1.03)	0,001	0.87(0.74-1.03)	0,001	0.87(0.74-1.03)	0,100	0.87(0.69-1.08)	0,033
73 e 74 anos	33,2	66,8	1		1		1		1	

Tabela 03 – Modelo de análise multivariado do tempo de procura aos serviços públicos de saúde em idosos brasileiros levando em consideração a raça, SB 2010.

Variáveis	Tempo de procura ao atendimento		Não ajustado		Ajustado por sexo e idade		Ajustado por sexo, idade e dor		Ajustado por sexo, idade, dor, escolaridade e renda	
	<1 ano %	>01 ano%	OR(CI)	Valor P	OR(CI)	Valor P	OR(CI)	Valor P	OR (CI)	Valor P
Cor de pele										
Branco	39,2	60,8	1		1		1		1	
Não Branco	28,8	71,2	0.62 (0.56-0.69)	<0,001	0.62 (0.55-0.69)	<0,001	0.60 (0.53-0.67)	<0,001	0.76 (0.67-0.86)	<0,001
Sexo										
Masculino	34,7	65,3	1.07 (0.96-1.19)	0,198	1.06 (0.95-1.19)	0,247	1.03 (0.92-1.16)	0,569	0.98 (0.87-1.11)	0,844
Feminino	33,1	66,9	1		1		1		1	
Idade										
65 a 66 anos	36,6	63,4	1.37 (1.17-1.61)	<0,001	1.41 (1.20-1.65)	<0,001	1.36 1.15-1.61)	<0,001	1.26 (1.05-1.51)	0,010
66 a 67 anos	35,5	64,5	1.31 (1.10-1.56)	0,002	1.32 (1.10-1.57)	0,002	1.31 (1.09-1.57)	0,003	1.25 (1.03-1.52)	0,024
69 a 72 anos	32,4	67,6	1.14 (0.97-1.24)	0,097	1.14 (0.97-1.34)	0,101	1.13 (0.96-1.33)	0,140	1.13 (0.94-1.35)	0,171
73 e 74 anos	29,6	70,4	1		1		1		1	
Dor										
Sem dor	32,5	67,5	1				1		1	
Com dor	50,6	49,4	2.12 (1.81-2.49)	<0,001			2.11 (1.79-2.49)	<0,001	2.48 (2.08-2.96)	<0,001
Escolaridade										
Sem escolaridade	19,4	80,6	0.19(0.16-0.24)	<0,001					0.25(0.20-0.31)	<0,001
1 a 4 anos	26,9	73,1	0.30(0.26-0.34)	<0,001					0.36(0.30-0.42)	<0,001
5 a 8 anos	34,5	65,5	0.43(0.37-0.50)	<0,001					0.46(0.39-0.55)	<0,001
9 a 15 anos	54,9	45,1	1						1	
Faixa de Renda										
Até 500	24,4	75,6	0.38 (0.31-0.47)	<0,001					0.54 (0.43-0.69)	<0,001
501 a 1500	26,8	73,2	0.44 (0.39-0.49)	<0,001					0.61 (0.53-0.71)	<0,001
Acima de 1500	45,5	54,5	1						1	<0,001

* Todos significantes segundo o teste qui quadrado valor $p < 0,001$, exceto sexo ($p = 0,198$).

Fonte: Pesquisa direta, 2011.

REFERENCIAL TEÓRICO

- ALVEZ, P. C.; SOUZA, R. Conhecimentos de higiene bucal de idosos atendidos nas clínicas de instituições públicas de ensino superior de odontologia de Pernambuco. **Odontologia. Clínica & Científica**. Recife, v. 6, n. 3, p. 219-222, jul/set., 2007.
- BARROS, M. Equidade e saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 4, p. 05-06, 2006.
- BRASIL, Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB BRASIL 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais, Brasília, 2004. BRASIL, **Ministério da Saúde - Coordenação Nacional de Saúde Bucal**. Projeto SB BRASIL 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais, Brasília, 2011.
- BRUNETTI-MONTENEGRO F.; MARCHINI L. **Odontogeriatría: uma visão gerontológica**. São Paulo: ELSEVIAR, 2013.
- BÓS A., BÓS A. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saúde Pública** 2004; 38:113-20.
- BULGARELLI, A. **Saúde bucal de idosos na óptica da atenção primária à Saúde**. São Paulo: Biblioteca24horas, 2011.
- CARMINATTI, M.; FAJARDO, R.; REZENDE, M. Humanização do atendimento em saúde: perfil e expectativas de egressos de odontologia. **Archives of health investigation**, v. 2, 2013.
- FRANÇA, M. et al. Promoção de equidade na atenção básica em saúde bucal. **Anais do CBMFC**, n. 12, p. 894, 2013.
- FRARE, S. M. **Terceira idade: quais os problemas bucais existentes?** Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.
- FREIRE, R. M. et al. Saúde bucal dos pacientes idosos institucionalizados. **Revista Paulista de Odontologia**, v. 24, n. 6, p. 30-33, 2002.
- GUIMARÃES, A. Preconceito racial: modos, temas e tempos. **Coleção Preconceitos**. São Paulo: Monte Alegre, 2008.
- GUIOTOKU, Sandra Katsue et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 31, n. 2, p. 135-141, 2012.
- HASENBALG, Carlos in 'Cor e Estratificação Social no Brasil', 1999, Rio de Janeiro, Contra Capa Editora.
- LIMA-COSTA; M., BARRETO S.; 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.
- MARTINS, A. et al. Autopercepção da Saúde Bucal entre Idosos Brasileiros. **Revista Saúde Pública**, v.44, n. 5, p.912-22, 2010.
- _____. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. **Rev Panam Salud Pública**. 22(5): 308-316, 2007.
- MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 24(7): 1651-1666, jul, 2008.
- MELLO A. L. S. F.; ERDMANN, A. L.; CAETANO J. C. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. **Texto Contexto Enferm**. 17(4): 696-704, Out-Dez, 2008.



- MOREIRA R. et al. 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, nov-dez; 2005.
- PEREIRA, A. **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- PNUD et al. **Política Nacional de Saúde da População Negra**: uma questão de equidade. Brasília, DF: Pnud/Opas/DFID/UNFPA/ Unicef/Unesco/UNDCP/Unaid/Unifem, 2011. (Documento resultante do Workshop Interagencial de Saúde da População Negra, 6, 7 dez., 2001).
- RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.21, n.3, p.211-24, 1987.
- REGO, M. et al. Perfil do paciente idoso referenciado ao consultório odontológico do Instituto *Jenny Andrade Faria* HC/UFMG. **Rev. Odontol UNESP**. 2013 Jan-Feb; 42 (1):42-47.
- RODRIGUES, C.; FERREIRA, R.; PORDEUS, I. A avaliação negativa dos serviços odontológicos entre idosos brasileiros está associada ao tipo de serviço utilizado? **Rev BRas epidemiol**, v. 71, p. 90, 2014.
- RODRIGUES N., NERI A.. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo. FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva 2012**; 17(8): 2129-39.
- RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010: elemento estratégico na construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**. 26 (3):428-429, mar, 2010.
- SANT'ANA, L. A. J. Política de saúde do idoso no SUS: subsídios para o delineamento do Modelo de atenção á saúde do idoso no Mato Grosso. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - **Instituto de Saúde Coletiva**, Universidade Federal de Mato Grosso, 2005.
- SILVA, R.; CARRIJO, T.; MACIEL, I. A odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS) e a atuação do profissional na atenção primária, secundária e terciária. **Anais do Fórum de iniciação científica da FUNEC**, v. 3, n. 3, 2012.
- SILVA, S.R.C.; VALSECKI Jr., A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v.8, n.4, p. 268-71, 2000.
- SOUZA, E. et al. **Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos**. 2012.
- Souza EHA, Barbosa MBCB, Oliveira PAP, Espíndola J, Gonçalves KJ. Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva 2010**; 15(6): 2955-2964.
- TERRA, N; SILVA, R; SCHIMIST, O (Org.). **Tópicos em geriatria II**. Porto Alegre: EDPUCRS, 2007.
- VARGAS, A.; VASCONCELOS, M.; FREITAS, M. **Saúde bucal: atenção ao idoso**. Minas Gerais: Nescon/UFMG, 2014.
- VACCAREZZA, G.; FUGA, R.; FERREIRA, S. Saúde Bucal e Qualidade de Vida dos Idosos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22; n. 2; p. 134-7, mai-ago.,2010.
- VIEIRA, V. **Democracia racial, do discruso à realidade**: caminhos para a superação das Desigualdades sociorraciais brasileiras. São Paulo: Paulus, 2008.
- WERNER, C.W. et al. Odontologia geriátrica. **Rev Fac Odontol Lins**, v.11, n.1, p.62-70, jan-jun, 1998.