



ARTIGO

DESIGUALDADES NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO SUS ENTRE ADULTOS DE 35 A 44 ANOS, EM SALVADOR, BAHIA*INEQUALITIES IN SUS DENTAL SERVICES UTILIZATION AMONG ADULTS AGED 35-44 YEARS, IN SALVADOR, BAHIA*

DANILLO LYRIO OLIVEIRA¹, PEDRO HENRIQUE PRESTA DIAS², DENISE NOGUEIRA CRUZ³,
MARIA CRISTINA TEIXEIRA CANGUSSU⁴, SANDRA GARRIDO BARROS³

1 - Mestre em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié, Bahia, Brasil

2 - Odontologia pela União Metropolitana de Educação e Cultura (UNIME), Salvador, Bahia, Brasil

3 - Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

4 - Professora Titular da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia, Brasil

RESUMO

Com o objetivo de caracterizar o perfil dos usuários do SUS na faixa etária de 35-44 anos e a utilização dos serviços odontológicos de Salvador, Bahia, por essa população, foi realizado um estudo de corte transversal utilizando dados secundários do Inquérito de Saúde Bucal realizado no município, em 2015. Foram analisadas as variáveis da entrevista realizada com 1.321 usuários de unidades básicas de saúde dos 12 Distritos Sanitários. Observou-se predominância do sexo feminino (78,1%), pardos e pretos (88,1%), alfabetizados (99,2%), que não recebiam benefício social (70,4%) e com necessidade de tratamento percebida (80,8%). Quanto ao uso dos serviços odontológicos no último ano observou-se: 62,4% de acesso ao dentista (consultas), 26,1% de exodontia, 31,3% de restauração, 10,2% de endodontia, 8,0% de prótese, 8,8% de cirurgia/periodontia e 23% participaram de atividades educativas. Prevaleceu a utilização dos serviços de financiamento público ($p=0,02$), exceto para as especialidades de endodontia e prótese ($p<0,00$). Verificou-se baixa utilização dos serviços e participação em atividades educativas. Há diferenças importantes na distribuição e cobertura dos serviços odontológicos entre os Distritos, que promovem desigualdades no acesso e utilização dos serviços públicos. Sugere-se a ampliação da oferta de serviços odontológicos, reorganização dos serviços quanto à marcação de consultas, horário de funcionamento, distribuição dos profissionais e modelo de atenção.

Palavras-chave: Adulto; Saúde bucal; Desigualdades em saúde; Serviços de saúde.

ABSTRACT

Aiming to characterize the profile of users of the Unified Health System (SUS) aging 35-44 years old and the use of dental services in Salvador, Bahia, a cross-sectional study was conducted using secondary data from the Oral Health Survey taken in 2015 in the city. Interview variables with 1.321 users of basic health units in the 12 Health Districts about service utilization were analyzed. There was predominance of females (78.1%), brown and black (88.1%), literate (99.2%), who received no social assistance (70.4%) and in need of perceived treatment (80.8%). Regarding the use of dental services in the last year we obtained: 62.4% dental access (consultations), 26.1% dental extraction, 31.3% restoration, 10.2% endodontics, 8.0% prosthesis, 8.8% of surgery/periodontics and 23% participated in educational activities. The use of publicly-funded services prevailed ($p = 0.02$), except for the specialties of endodontics and prosthesis ($p < 0.00$). There was low utilization of services and participation in educational activities. It is suggested to expand the offer of dental services, reorganization of services regarding appointment scheduling, opening hours, distribution of professionals and care model.

Keywords: Adult; Oral health; Health inequalities; Health services.



INTRODUÇÃO

A cárie, a doença periodontal e a perda dentária são agravos universalmente prevalentes em adultos e considerados problemas de saúde pública¹. Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, os brasileiros com maior nível educacional têm mais acesso a higiene bucal, observando-se redução da utilização da escova, pasta e fio dental com o avanço da idade, sendo que a maioria dos atendimentos odontológicos tem financiamento privado². Foi observado também que 11% da população adulta já haviam perdido todos os dentes², sugerindo como possíveis causas a utilização paliativa dos serviços odontológicos e a falta de medidas preventivas e/ou curativas prévias³.

A criação de incentivo financeiro para incorporação da equipe de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2000, e a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), a partir de 2004, contribuiu gradativamente para a redução da exclusão da população adulta ao acesso a serviços públicos odontológicos, antes destinados, em sua maioria, para procedimentos mutiladores⁴. Entretanto, a utilização dos serviços de saúde é um comportamento complexo e dependente da combinação de fatores resultantes da interação entre os consumidores, a procura de cuidados e prestadores destes serviços⁵. Estudos sobre este tema permitem caracterizar a população usuária, identificar suas condições de saúde e motivações para o uso, aspectos fundamentais no planejamento e na organização das ações de saúde pública.

Dentre os modelos de explicação da utilização e acesso de serviços de saúde, aquele proposto por Andersen e Newman⁶ é o mais utilizado e considera três pilares: fatores predisponentes (tendência de o indivíduo utilizar o serviço); fatores capacitantes (contribuem para tornar os recursos disponíveis) e a necessidade percebida pelo usuário (determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde)^{5,7}. Uma maior oferta dos serviços especializados de saúde bucal não reflete em maior utilização do mesmo⁸. São fatores que impactam na sua utilização: a natureza do prestador, barreiras geográficas, financeiras, culturais e principalmente a necessidade individual⁸.

Estudos nacionais^{5,9,10,11} apontam que a população adulta brasileira enfrenta desigualdades na utilização dos serviços odontológicos. Os principais motivos que levam à procura são a dor e o menor custo, de modo que a insuficiência dos serviços pode ser a principal barreira de acesso¹².

Com o objetivo de minimizar as desigualdades sociais na saúde bucal, a PNSB possui como fundamento a implementação de estratégias para a ampliação da atenção básica, adição de flúor às águas de abastecimento público e o investimento na média complexidade através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD)¹⁰. O progressivo e contínuo investimento na atenção à saúde bucal proporcionou maior oferta aos serviços odontológicos¹³. Faz-se necessário avaliar se esses investimentos promoveram de fato uma redução nas

desigualdades de uso e acesso aos serviços odontológicos nos distintos grupos sociais¹⁰.

Poucos estudos avaliaram a utilização de serviços odontológicos pela população adulta, que como a idosa, apresenta maior necessidade acumulada de tratamento, mas baixa taxa de utilização que reduz proporcionalmente com o avançar da idade e perda dentária^{5,10,11}. O uso regular dos serviços odontológicos pela população adulta estimula o autocuidado e permite o diagnóstico precoce da cárie e doença periodontal, exigindo procedimentos menos complexos¹⁴. Em contrapartida, a maior utilização pode estar atrelada a maior necessidade de resolução de problemas⁵.

Nesse contexto, estudos que abordam a utilização dos serviços odontológicos podem nortear o planejamento de ações, organização dos serviços e implantação de políticas que priorizem grupos populacionais com maiores dificuldades de acesso⁴. O objetivo deste estudo foi caracterizar o perfil dos usuários e a utilização dos serviços odontológicos da população de 35 a 44 anos do município de Salvador, Bahia, visando fornecer dados para o planejamento de ações.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foram utilizados dados secundários sobre acesso e utilização de serviços odontológicos do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal do município de Salvador, Bahia, conduzido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em colaboração com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 2015. Trata-se de estudo de corte transversal aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (ISC/UFBA) através do parecer número 1.278.789/2015 (CAAE 43000615.7.0000.5030).

Definiu-se uma amostra representativa de 120 usuários para cada um dos Distritos Sanitários (DS), considerando-se para o cálculo a prevalência da doença periodontal, na faixa etária de 35–44 anos, por representar o grupo padrão para avaliação da condição de saúde bucal de adultos segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Foram incluídos usuários de 37 Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Saúde da Família, sorteadas de modo aleatório no universo de 113 unidades que não estavam à procura de serviços odontológicos.

Os examinadores e entrevistadores foram dentistas concursados da SMS, docentes da Faculdade de Odontologia e residentes odontólogos da UFBA que participaram de oficina de padronização quanto ao uso dos critérios e códigos a serem utilizados na entrevista e exame clínico bucal.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado aplicado previamente ao exame bucal, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O inquérito demográfico e socioeconômico possuía questões relacionadas a idade, escolaridade, bairro de moradia, cor de pele e recebimento de benefícios sociais.

Este estudo compreendeu o termo utilização como o ato de ingressar no serviço de saúde e os desdobramentos

da interação entre o paciente que necessita do cuidado e o profissional que o conduz dentro do sistema, garantindo a integralidade^{7,9}. As variáveis sobre a utilização dos serviços odontológicos abordavam: a presença ou não de dor de origem dentária, necessidade de tratamento percebida, acesso ao dentista (consulta), realização de tratamento de urgência, de procedimentos odontológicos básicos (restauração e exodontia), participação em atividades educativas de saúde bucal, realização de procedimentos odontológicos especializados (endodontia, prótese e cirurgia/periodontia) e tipo de financiamento (público, privado por desembolso direto ou saúde suplementar), referentes ao período máximo de 12 meses anterior ao momento da entrevista.

Os dados foram tabulados no programa Minitab[®] versão 15.0 para Windows[®], sendo realizada análise descritiva para as variáveis contínuas e números absolutos e relativos para as variáveis categoriais por DS e para o município. Para análise estatística aplicou-se o teste do qui-quadrado para testar as diferenças entre as proporções, com um nível de significância de 5%.

Para obtenção do indicador da cobertura populacional de saúde bucal, foi calculada a carga horária total dos cirurgiões-dentistas da rede pública dividido por 40 horas, obtendo o número de ESF equivalente por DS e para o município. Esse valor foi multiplicado por 3.000 - população a ser atendida por uma equipe de atenção básica conforme a 'Portaria nº 2.488/11 GM'. O valor resultante foi dividido pela população do território discriminado e multiplicado por 100.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.321 usuários entre 35 e 44 anos. Constatou-se predominância do sexo feminino (78,1%) e de pardos e pretos (88,1%). A maioria era alfabetizada, contudo menos da metade (45%) possuía segundo grau completo ou ensino superior, e 0,8% afirmaram ser analfabetos. Dos participantes da pesquisa, 29,6% relataram receber algum tipo de benefício social (Tabela 1).

Os DS que apresentaram maior público masculino foram o Centro Histórico (DSCH) (34,4%) e Boca do Rio (DSBR) (27,8%). Para etnia preta os DS Itapagipe (DSITG) (59,6%) e Brotas (DSBRO) (50,9%) se destacaram. Quanto a escolaridade, o DS Pau da Lima (DSPL) teve o pior resultado: 42,4% com ensino fundamental incompleto. A respeito do recebimento de benefício, o DS Subúrbio Ferroviário (DSSF) teve a maior frequência (44,8%), seguido pelo DS São Caetano/Valéria (DSSCV) (40,9%) e Cajazeiras (DSCAJ) (40,8%) (Tabela 1).

Do total, 80,8% dos adultos percebiam alguma necessidade de tratamento odontológico. O resultado para essa variável foi mais expressivo no DSSCV (100%) e Barra/Rio Vermelho (DSBRV) (97,1%). O relato de dor de origem dentária no último ano atingiu 42,2% dos adultos, ocorrendo em maior quantidade nos DSLBD (55,8%), DSITG e DSPL (50,4%) (Tabela 2).

Tiveram acesso a consulta odontológica no último ano 62,4% dos entrevistados. O resultado menos expressivo foi

encontrado no DSPL (47,9%). A utilização do tratamento de urgência no último ano alcançou 17,5%, sendo mais observado no DSSF (26,9%) e DS Cabula-Beiru (DSCB) (25%) (Tabela 2).

Com relação a realização de exodontias, obteve-se 26,1% no último ano. Apresentaram maior uso desse serviço: DSCH (45,5%), DSPL (35,3%), DSITG (32,5%) e DSSF (31,9%). O uso dos procedimentos restauradores foi referido por 31,3% dos entrevistados. DSCH (53,3%) e DSSF (38,5%) tiveram maior uso deste serviço, enquanto o DSL apresentou um resultado 5 vezes menor comparado ao maior percentual para essa variável (Tabela 2).

Apenas 23% relataram participar de atividades educativas em saúde bucal, no último ano. No DSBRO encontrou-se maior participação de adultos (38,2%) nas atividades de promoção da saúde bucal e prevenção dos agravos (Tabela 2).

Apenas 10,2% realizaram endodontias no último ano, com resultados mais expressivos nos distritos DSCH, DSPL e DSSF, e 8% utilizaram a especialidade de prótese com maior utilização no DSPL (21,9%). Quanto aos serviços de cirurgia/periodontia, obteve-se 8,8%, sendo que o DSLBD apresentou maior utilização dessa especialidade (46,1%).

Quanto ao acesso ao dentista no último ano, 59,5% utilizaram o serviço público, alcançando 91,6% no DSLBD. DSBRO (47,4%) e DSBRV (41,7%) apresentaram maior utilização dos serviços custeados por desembolso direto (DD), ao passo que a utilização da saúde suplementar (SS) para procedimentos básicos ocorreu em menor proporção em todos DS. Em situações de urgência, a maioria dos usuários procurava o serviço público (53,3%), porém em cinco DS observou-se maior procura por serviços privados. Observou-se maior utilização dos serviços públicos em relação ao privado ($p=0,02$) (Tabela 3).

Houve maior utilização de exodontias nos serviços públicos (54,3%), embora esta não tenha sido estatisticamente significativa, principalmente nos DSITG (84,2%), DSCV (73,3%) e DSSF (73%), em contrapartida o DSBRV foi o que teve maior utilização de serviços privados (DD e SS) (80,0%). Resultados similares foram encontrados quanto a utilização dos procedimentos restauradores (55,5% usaram serviços públicos), com o DSBRV se destacando quanto ao uso de serviços privados (81,2%) (Tabela 3).

Verificou-se que a maioria das atividades educativas em saúde bucal aconteceu nos serviços públicos (85,1%), com diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$) (Tabela 3).

Os procedimentos de endodontia e prótese foram mais utilizados nos serviços privados, respectivamente 69,5% ($p=0,07$) e 84,6% ($p<0,00$), principalmente com financiamento pela SS, sendo que somente o último foi estatisticamente significativo quando comparado ao setor público (Tabela 3). Todavia, os procedimentos especializados de cirurgia/periodontia foram realizados em 52,3% dos casos com financiamento público ($p<0,00$). O uso do serviço público para a especialidade de endodontia foi expressivo nos DSITG (60%) e DSBR (50%). Enquanto, o uso da SS foi muito elevado no DSSCV (83,3%) e DSBRV (77,8%).

Tabela 1. Distribuição das características demográficas e socioeconômicas de usuários do SUS de 35-44 anos por Distrito Sanitário de Salvador, Bahia, 2015

Distrito Sanitário	BRV	BR	BRO	CB	CAJ	CH	ITG	ITP	LBD	PL	SCV	SF	Total														
Características	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)	(n) (%)														
Sexo																											
Feminino	78	86,7	83	72,2	93	75,6	58	85,3	58	80,6	80	65,6	99	81,2	104	78,2	90	75,0	103	86,6	93	79,5	93	77,5	1032	78,1	
Masculino	12	13,3	32	27,8	30	24,4	10	14,7	14	19,4	42	34,4	23	18,8	29	21,8	30	25,0	16	13,4	24	20,5	27	22,5	289	21,9	
Etnia																											
Branco	9	10,0	11	9,8	11	9,2	7	10,5	2	3,0	19	16,0	5	4,4	10	8,2	15	12,8	3	2,7	4	3,5	10	8,9	106	8,4	
Pardo	38	42,2	64	57,2	46	38,3	33	49,2	33	50,0	64	53,8	37	32,4	59	48,3	45	38,5	53	47,8	55	47,8	50	44,6	577	45,6	
Preto	42	46,7	36	32,0	61	50,9	27	40,3	30	45,5	34	28,5	68	59,6	46	37,6	55	47,0	41	36,9	51	44,4	47	42,0	538	42,5	
Indígena	1	1,1	-	-	1	0,8	-	-	1	1,5	2	1,7	1	1,0	1	1,0	2	1,7	14	12,6	3	2,6	4	3,5	30	2,4	
Amarelo	-	-	1	1,0	1	0,8	-	-	-	-	-	-	3	2,6	6	4,9	-	-	-	-	-	2	1,7	1	1,0	14	1,1
Escolaridade																											
2º grau ou mais	40	46,0	51	44,3	81	66,4	34	50,0	34	47,9	65	54,6	57	50,0	52	41,6	58	48,3	21	18,9	50	42,7	36	30,2	579	45,0	
2º Grau incompleto	29	33,3	14	12,2	16	13,1	8	11,8	10	14,1	18	15,1	20	17,5	22	17,6	29	24,2	24	21,6	29	24,8	24	20,2	243	18,9	
Fundamental completo	2	2,3	16	13,9	12	9,8	9	13,2	9	12,7	12	10,1	23	20,2	24	19,2	14	11,7	17	15,3	21	17,9	34	28,5	193	15,0	
Fundamental incompleto	15	17,2	33	28,7	13	10,7	16	23,5	18	25,3	23	19,3	13	11,4	25	20,0	18	15,0	47	42,4	16	13,7	25	21,1	262	20,3	
Analfabeto	1	1,2	1	0,9	-	-	1	1,5	-	-	1	0,9	1	0,9	2	1,6	1	0,8	2	1,8	1	0,9	-	-	11	0,8	
Recebimento de Benefício																											
Não	58	65,9	88	80,0	104	86,0	51	75,0	42	59,2	96	82,8	85	71,4	92	71,9	80	67,2	74	66,7	68	59,1	64	55,2	902	70,4	
Sim	30	34,1	22	20,0	17	14,0	17	25,0	29	40,8	20	17,2	34	28,6	36	28,1	39	32,8	37	33,3	47	40,9	52	44,8	380	29,6	

Legenda: BRV- Barra/Rio Vermelho, BR- Boca do Rio, BRO- Brotas, CB- Cabula/Beiru, CAJ- Cajazeiras, CH- Centro Histórico, ITG- Itapagipe, ITP- Itapuã, LBD- Liberdade, PL- Pau da Lima, SCV- São Caetano Valéria, SF- Subúrbio Ferroviário.

Tabela 2. Distribuição da necessidade de tratamento percebida, dor de origem dentária referida e utilização dos serviços odontológicos básicos e especializados por usuários do SUS de 35–44 anos, por Distrito Sanitário do município de Salvador, Bahia, 2015

Variáveis	Distritos Sanitários													Total
	BRV	BR	BRO	CB	CAJ	CH	ITG	ITP	LBD	PL	SCV	SF		
Necessidade de tratamento percebida	(n)	66	99	80	22	63	109	60	91	64	109	17	110	890
	%	97,1	86,8	66,1	71	88,7	90,8	73,2	75,2	54,2	92,4	100	91,7	80,8
Dor de origem dentária	(n)	39	41	29	27	29	43	62	55	67	60	45	59	556
	%	43,8	36	23,6	40,3	40,3	35,5	50,4	41,3	55,8	50,4	38,5	49,2	42,2
Acesso ao Cirurgião-Dentista	(n)	54	75	91	48	42	76	85	76	38	57	66	79	787
	%	60	65,8	74	70,6	58,3	62,3	69,1	57,1	62,3	47,9	56,4	65,8	62,4
Procedimento de urgência	(n)	19	19	13	17	12	20	16	26	21	16	20	32	231
	%	21,4	16,7	10,6	25	16,7	16,4	13	19,7	17,8	13,4	17,1	26,9	17,5
Realização de exodontia	(n)	15	19	21	12	18	55	40	33	28	42	23	38	344
	%	16,7	16,7	17,1	17,6	25	45,5	32,5	25	23,5	35,3	19,7	31,9	26,1
Realização de restauração	(n)	18	38	40	19	24	65	42	43	11	33	33	46	412
	%	20	33,3	32,5	27,9	33,3	53,3	34,2	32,6	9,3	28	28,2	38,3	31,3
Participação em atividade educativa	(n)	8	24	47	12	24	45	32	26	13	10	24	38	303
	%	8,9	21	38,2	17,6	33,8	36,9	26,2	19,5	11	8,4	20,5	31,7	23
Realização de Endodontia	(n)	8	12	10	9	8	23	7	10	5	18	6	18	134
	%	8,9	10,5	8,1	13,2	11,1	18,8	5,7	7,5	4,2	15,1	5,1	15,1	10,2
Realização de prótese	(n)	9	7	8	4	3	15	7	8	4	26	1	13	105
	%	10,1	6,1	6,5	5,9	4,2	12,3	5,7	6	3,4	21,9	0,8	10,9	8
Realização de cirurgia/ periodontia	(n)	4	17	9	2	4	6	2	3	54	1	1	13	116
	%	4,5	14,9	7,3	2,9	5,6	4,9	1,6	2,3	46,1	0,8	0,8	10,9	8,8

Legenda: BRV- Barra/Rio Vermelho, BR- Boca do Rio, BRO- Brotas, CB- Cabula/Beiru, CAJ- Cajazeiras, CH- Centro Histórico, ITG- Itapagipe, ITP- Itapuã, LBD- Liberdade, PL- Pau da Lima, SCV- São Caetano Valéria, SF- Subúrbio Ferroviário.

Tabela 3. Distribuição dos serviços odontológicos (básicos e especializados) utilizados pelos usuários do SUS de 35- 44 anos segundo financiamento por Distrito Sanitário do município Salvador, Bahia, 2015

Serviço	DS		BRV	BR	BRO	CB	CAJ	CH	ITG	ITP	LBD	PL	SCV	SF	Total	P-valor	
	Financiamento	(n)															
Acesso ao CD	Público	(n)	25	39	29	26	18	41	66	39	109	23	32	47	494	0,02	
		%	41,7	54,9	38,1	52,0	54,5	58,6	77,7	52,7	91,6	45,1	48,5	62,7	59,5		
	Privado	DD	(n)	25	26	36	20	13	21	16	27	10	23	26	22		265
		%	41,7	36,6	47,4	40,0	39,4	30,0	18,8	36,5	8,4	45,1	39,4	29,3	31,9		
SS	(n)	10	6	11	4	2	8	3	8	-	5	8	6	71			
	%	17,6	8,5	14,5	8,0	6,1	11,4	3,5	10,8	-	9,8	12,1	8,0	8,6			
Urgência	Público	(n)	7	12	4	9	3	11	13	18	8	7	8	20	120	0,12	
		%	36,9	70,6	57,1	52,9	33,3	52,4	86,7	64,3	32,0	43,8	36,4	69,0	53,3		
	Privado	DD	(n)	8	4	3	7	5	6	2	8	12	8	10	9		82
		%	42,1	23,5	42,9	41,2	55,6	28,6	13,3	28,6	48,0	50,0	45,4	31,0	36,5		
SS	(n)	4	1	-	1	1	4	-	2	5	1	4	-	23			
	%	21,0	5,9	-	5,9	11,1	19,0	-	7,1	20,0	6,2	18,2	-	10,2			
Exodontia	Público	(n)	3	10	8	4	11	24	32	19	12	20	9	27	179	0,09	
		%	20,0	55,6	47,1	33,3	73,3	45,3	84,2	61,3	38,7	51,3	37,5	73,0	54,3		
	Privado	DD	(n)	8	7	9	5	4	15	6	10	12	14	10	111		
		%	53,3	38,9	52,9	41,7	26,7	28,3	15,8	32,3	38,7	35,9	45,8	27,0	33,6		
SS	(n)	4	1	-	3	-	14	0	2	7	5	4	-	40			
	%	26,7	5,5	-	25,0	-	26,4	0	6,4	22,6	12,8	16,7	-	12,1			
Restauração	Público	(n)	3	25	16	9	8	30	30	28	9	14	15	29	216	0,16	
		%	18,8	71,4	48,5	47,4	42,1	49,2	73,2	68,3	64,3	45,2	45,4	65,9	55,8		
	Privado	DD	(n)	9	9	12	8	10	16	8	10	4	12	12	122		
		%	56,2	25,7	36,4	42,1	52,6	26,2	19,5	24,4	28,6	38,7	36,4	27,3	31,5		
SS	(n)	4	1	5	2	1	15	3	3	1	5	6	3	49			
	%	25,0	2,9	15,1	10,5	5,3	24,6	7,3	7,3	7,1	16,1	18,2	6,8	12,7			
Atividade educativa	Público	(n)	5	18	27	8	12	24	27	23	106	5	18	29	302	0,01	
		%	83,3	94,7	79,4	66,6	85,7	72,7	87,1	92,0	89,0	83,3	75,0	90,6	85,1		
	Privado	DD	(n)	1	1	4	2	2	5	4	1	13	1	6	2		42
		%	16,7	5,3	11,8	16,7	14,3	15,2	12,9	4,0	11,0	16,7	25,0	6,3	11,8		
SS	(n)	-	-	3	2	-	4	-	1	-	-	-	1	11			
	%	-	-	8,8	16,7	-	12,1	-	4,0	-	-	-	3,1	3,1			
Endodontia	Público	(n)	1	6	1	4	1	9	3	3	-	6	-	5	39	0,07	
		%	11,1	50,0	11,2	44,5	20,0	37,5	60,0	33,3	-	35,3	-	29,4	30,5		
	Privado	DD	(n)	1	2	4	2	3	8	1	4	3	3	1	7		39
		%	11,1	16,7	44,4	22,2	60,0	33,3	20,0	44,5	50,0	17,6	16,7	41,2	30,5		
SS	(n)	7	4	4	3	1	7	1	2	3	8	5	5	50			
	%	77,8	33,3	44,4	33,3	20,0	29,2	20,0	22,2	50,0	47,1	83,3	29,4	39,0			
Prótese	Público	(n)	1	-	1	-	-	2	1	1	1	4	1	2	14	<0,00	
		%	10,0	-	33,3	-	-	13,3	20,0	14,3	25,0	18,2	100	18,2	15,4		
	Privado	DD	(n)	3	1	2	-	3	9	-	5	1	6	6	36		
		%	30,0	16,7	66,7	-	100	60,0	-	71,4	25,0	27,3	-	54,5	39,5		
SS	(n)	6	5	-	4	-	4	4	1	2	12	-	3	41			
	%	60,0	83,3	-	100	-	26,7	80,0	14,3	50,0	54,5	-	27,3	45,1			
Cirurgia/periodontia	Público	(n)	-	11	-	-	2	5	-	-	65	1	-	6	90	<0,00	
		%	-	64,7	-	-	66,7	62,5	-	-	55,6	100	-	54,5	52,3		
	Privado	DD	(n)	1	6	2	-	-	2	-	2	22	-	1	4		40
		%	25,0	35,3	50,0	-	-	25,0	-	66,7	18,8	-	100	36,4	23,3		
SS	(n)	3	-	2	2	1	1	1	1	30	-	-	1	42			
	%	75,0	-	50,0	100	33,3	12,5	100	33,3	25,6	-	-	9,1	24,4			

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

Tabela 4. Cobertura de saúde bucal e populacional por Distrito Sanitário do município de Salvador - BA, 2015

Distrito Sanitário	BRV	BR	BRO	CB	CAJ	CH	ITG	ITP	LBD	PL	SCV	SF	Total
População*	(n) 370.009	137.915	221.941	421.246	173.614	78.461	177.317	273.182	195.887	238.769	281.082	351.664	2.921.087
Unidade de* Saúde da Família	(n) 6	3	3	21	18	3	3	19	3	14	23	42	158
	% 50,0	50,0	42,8	67,7	90,0	42,8	50,0	86,4	42,8	58,3	85,2	93,3	73,8
Cirurgiões-Dentistas	(n) 6	3	4	10	2	4	3	3	4	10	4	3	56
	% 50,0	50,0	56,2	32,3	10,0	56,2	50,0	13,6	56,2	41,7	14,8	6,7	26,2
Cobertura Populacional	(n) 520	316	340	1056	840	244	220	980	144	650	1140	1680	8130
	% 10,5	17,2	11,5	18,8	36,3	23,3	9,3	26,9	5,5	20,4	30,4	35,8	20,9

*Fonte: Coordenação de Saúde Bucal/ Secretaria Municipal de Saúde de Salvador.

Legenda: BRV- Barra/Rio Vermelho, BR- Boca do Rio, BRO- Brotas, CB- Cabula/Beiru, CAJ- Cajazeiras, CH- Centro Histórico, ITG- Itapagipe, ITP- Itapua, LBD- Liberdade, PL- Pau da Lima, SCV- São Caetano Valéria, SF- Subúrbio Ferroviário.

O baixo uso do procedimento de prótese justifica o fato de apenas um paciente ter utilizado este serviço no DSSCV, no serviço público. Fato similar foi identificado no DSPL na utilização da especialidade de cirurgia/ periodontia (Tabela 3). Para os procedimentos especializados de cirurgia/ periodontia, 6 DS não apresentaram utilização no serviço público. O DSLBD foi o que apresentou maiores valores absolutos para uso dessa especialidade (Tabela 3).

Constatou-se maior número de dentistas da rede básica alocados no DSSF, DSCB e DSSCV. DSCAJ (36,3%) e DSSF (35,8%) apresentaram maior cobertura populacional de saúde bucal (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Poucos estudos de base populacional se debruçam sobre utilização dos serviços odontológicos por adultos, reforçando a necessidade de mais pesquisas para planejamento das ações para esse grupo^{5,15,16}.

Observou-se maior utilização dos serviços odontológicos por adultos do sexo feminino, pardos e pretos, com ensino médio completo ou nível superior. Outro estudo apontou que mulheres utilizam os serviços odontológicos 20% mais que homens, que o número de consultas odontológicas aumenta com maior nível escolar, com predomínio da etnia branca, que pode ser justificado pela predominância étnica em cada região do país¹⁷.

Salvador apresenta uma população majoritariamente negra (pretos e pardos). O preconceito de classe social no município tem se mostrado determinante na discriminação nos serviços de saúde. A limitação do uso dos serviços odontológicos relaciona-se ao elevado tempo de espera para o agendamento da consulta e tempo restrito de duração das consultas¹⁸.

A desigualdade na utilização dos serviços odontológicos de alguns países acontece por causa da má distribuição de renda¹⁹, fato explicado no modelo de utilização dos serviços proposto por Andersen e Newman⁶, que enfatizam a função das características individuais e contextuais, tais como a desigualdade de renda, que estimula ou impede o acesso aos serviços de saúde¹⁹.

A necessidade de tratamento odontológico foi percebida por 80,8% dos entrevistados, próximo ao percentual observado para a mesma idade na região Nordeste em 2010 (79,0%), mas superior ao Brasil (75,2%)¹⁷. O percentual de utilização dos serviços, aferido através da realização de consulta nos últimos 12 meses, entretanto, foi inferior à percepção de necessidade de tratamento, mantendo o padrão observado para a região Nordeste (51,0%) e para o Brasil (49,1%), em 2010²⁰.

A necessidade de tratamento odontológico percebida mostrou-se um indicador relevante do acúmulo de doença entre adultos, reunindo a condição de saúde objetiva e subjetiva, valores e expectativas culturais¹⁵. Entretanto, é comum a maioria das pessoas perceberem a própria condição de saúde bucal de maneira mais favorável, mesmo em situações clínicas insatisfatórias, visto que alguns problemas de saúde bucal podem ser desconhecidos ou assintomáticos¹⁵.

Em 2013, referiram possuir saúde bucal boa ou muito boa, 67,4% dos adultos brasileiros acima de 18 anos¹⁶. Os menores percentuais foram observados no sexo masculino, entre 40-59 anos, pretos e pardos, sem instrução ou com nível fundamental incompleto¹⁶. Visitas regulares ao dentista podem reduzir as dificuldades de reconhecimento de agravos bucais por leigos²¹.

Os segmentos mais afetados pela dor dentária são indivíduos pretos, jovens, de baixa renda e pouca escolaridade, sendo esses dois últimos de maior consistência na literatura^{5,22}.

Em Salvador, a presença de dor dentária (42,2%), no último ano, foi um dos fatores de maior relevância para o uso imediato dos serviços e percepção da necessidade de tratamento odontológico⁸. Os achados surpreendem quando comparados à prevalência de dor de dente verificada, em 2010, para o Nordeste (26,2%) e para o Brasil (27,5%)²⁰, mas a diferença deve estar relacionada ao tempo acessado (últimos 12 meses ou últimos 6 meses). Pode-se supor que indivíduos que utilizam o serviço odontológico rotineiramente tem menor experiência de dor.

A utilização e procura dos serviços de saúde acontece a partir da interação de diversos fatores^{11,15,23}, como demográficos, socioeconômicos, psicológicos e de morbidade, que podem ser influenciados pela cultura, políticas de saúde e organização da oferta dos serviços¹¹. Em Pelotas, Rio Grande do Sul, observou-se 53,6% de utilização dos serviços odontológicos¹⁵. Na PNS 2013, as regiões sul, sudeste e centro-oeste tiveram maior utilização, o que pode estar relacionado à disposição da mão de obra, localização dos profissionais e especificidades locais¹⁶, à ampliação da cobertura dos serviços públicos ou ao perfil da população estudada.

Estudos apontam como principais barreiras para utilização dos serviços públicos de saúde bucal o modelo de marcação das consultas, falha no sistema de referência para atenção especializada e horário de funcionamento^{23,24}.

Predominou a utilização do serviço público, seguido pelo DD e SS, sendo a utilização de serviços odontológicos básicos e de cirurgia/periodontia maior no serviço público, enquanto para as especialidades de endodontia e prótese deu-se no setor privado. A baixa cobertura de serviços públicos odontológicos, em especial dos serviços especializados, bem como suas barreiras de acesso, aliadas às variáveis socioeconômicas e de escolaridade, contribuíram significativamente para o baixo uso desses serviços.

Nos DSBRV e DSBRO o financiamento privado foi superior ao público, que pode estar relacionado com a suas baixas coberturas de saúde bucal. Em relação aos achados de 2010²⁰ para o Nordeste (41,5%) e o Brasil (38,3%), observa-se uma maior utilização de serviços públicos no presente estudo, o que pode ter sido influenciado pelo fato dos seus participantes serem usuários de serviços públicos de saúde que não estavam em tratamento odontológico.

A urgência odontológica está diretamente relacionada a dor e incapacidade de realização das atividades habituais,

levando à procura imediata do serviço. Comparando-se os procedimentos de urgência com o percentual de dor como motivo da última consulta odontológica no SB Brasil 2010, podemos inferir que Salvador em 2015 apresentou maior prevalência de urgências (17,5%) em relação ao Nordeste (12,2%) e ao Brasil (15,8%) em 2010²⁰. A maioria das urgências aconteceu no serviço público. DSBRV, DSCAJ, DSLBD, DSPL e DSSCV tiveram a maior parte das urgências atendidas pelo serviço de DD. Excluindo o DSLDB e DSBRV, os demais estão entre as melhores percentagens de cobertura de saúde bucal de Salvador.

O DSSF possui a segunda maior cobertura populacional de saúde bucal e o segundo maior percentual de resolução das urgências no serviço público, que pode indicar maior acesso e utilização do mesmo. Contudo, esse dado pode revelar resquícios do modelo incremental, que fornecia somente tratamento das urgências à população adulta e idosa, sendo responsável pela mutilação e exclusão desses grupos etários nos serviços restauradores²³.

Com relação às exodontias, a maioria ocorreu no serviço público. O financiamento privado para exodontias foi mais elevado nos DSBRV, DSBRO, DSCB e DSSCV, que pode estar relacionado a baixa cobertura de saúde bucal dos DSBRV e DSBRO, e a fatores socioeconômicos, e culturais de forma geral.

Em Montes Claros (MG) identificou-se 8,2% de dentes perdidos entre 35–44 anos, sendo o principal motivo a cárie dentária, associado a baixa renda e baixa escolaridade⁴. De acordo com a PNS 2013, 25% dos adultos apresentaram perda dentária e houve uma melhora na média de dentes perdidos que reduziu de 13,5 em 2002/2003 para 7,4 em 2010¹⁶. Outro estudo associou a realização de exodontias com a condição socioeconômica, apresentando maior prevalência entre homens, pretos, com renda inferior a um salário mínimo e baixo nível de escolaridade¹.

A utilização dos procedimentos restauradores foi maior no serviço público. DSBRV e DSCAJ apresentaram resultados mais elevados para DD, sendo o fator socioeconômico uma justificativa plausível para esse achado no primeiro. No segundo, que apresenta a melhor cobertura populacional de saúde bucal, supõe-se que esse achado pode estar relacionado com as condições de vida da população entre 35–44 anos, enfatizando a impossibilidade de uso do serviço público no horário de trabalho. No último inquérito nacional/Brasil foi observado o declínio da cárie em adultos, contudo, 58% dos adultos brasileiros possuem um ou mais dentes que necessitam de procedimentos restauradores²⁰.

As atividades educativas de saúde bucal são relevantes para promoção da saúde e contribuem para a prevenção da cárie e demais agravos bucais. A maior parte das atividades educativas ocorreu no serviço público, sendo esta uma atribuição da atenção primária à saúde. A realização dessas ações, entretanto, ainda é insuficiente. Indivíduos pouco informados parecem usar os serviços odontológicos de modo pontual, agravando

a condição de saúde bucal³. Frente a uma condição precária, os tratamentos restauradores podem não ser mais viáveis, aumentando a probabilidade de indicação de exodontias.

A utilização de endodontia foi de 10,2% e o DSCH apresentou maior percentual de utilização (18,8%), seguido por DSPL e DSSF (ambos com 15,1%). A utilização da endodontia ocorreu em sua maior parte através da SS (39%), obtendo-se 30,5% tanto para serviços públicos como para privados de DD. DSLBD e DSSCV não registraram utilização do serviço público para endodontia, que pode ser justificada pela ausência de CEO nesses distritos; potencial barreira geográfica.

Os serviços de prótese dentária foram utilizados por 8% dos entrevistados, sendo o financiamento principalmente do setor privado, 45,1% na SS, 39,5% por DD. Pode-se inferir que o uso dos serviços odontológicos públicos para próteses não corresponde à necessidade do grupo estudado. DSPL e DSCH foram os que mais utilizaram os serviços de prótese (respectivamente, 21,9% e 12,3%). A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 constatou que 70% necessitavam de uma prótese dentária para substituir falta de dentes².

A utilização dos serviços especializados de cirurgia e periodontia foi de 8,8%, sendo que 52,3% desses procedimentos ocorreram no serviço público. O DSLBD destacou-se com 46,1% dos participantes referindo uso desses procedimentos, seguido pelo DSBR (14,9%). Vale ressaltar que nenhum deles possui CEO. A integralidade do serviço odontológico no serviço público do município ocorre através do sistema de referência para universidades públicas e privadas, cursos de especialização e nos CEO, que absorvem uma menor proporção da demanda.

Estudo realizado em quatro municípios do mesmo estado apontou baixa utilização dos serviços públicos odontológicos especializados e subutilização da oferta disponível⁸. Em Salvador, a baixa utilização de serviços públicos odontológicos especializados, particularmente prótese e endodontia, provavelmente relaciona-se à baixa cobertura da atenção especializada e subutilização dos serviços, gerando excessiva demanda reprimida²³.

Entre 2000 a 2007, observava-se em Salvador uma baixa cobertura assistencial, redução das primeiras consultas odontológicas em 40% e relação de 1 odontólogo/10.000 habitantes²⁵. A cobertura real de procedimentos odontológicos básicos, em 2007, foi de 7,54%, enquanto a potencial era de 23,85%. Os melhores resultados foram obtidos para os DSCH, DSLBD e DSITP, com pior resultado para o DSPL²⁵. Neste estudo, utilizou-se as horas ambulatoriais dos cirurgiões-dentistas, em 2015, para cálculo da cobertura populacional, obtendo resultados mais satisfatórios nos DSCAJ, DSSF, DSITP e DSCH. Entretanto, o DSLBD teve a pior cobertura. A distribuição desigual dos dentistas entre os DS pode afetar o uso dos serviços odontológicos.

A maior contribuição desse estudo consistiu em fornecer dados sobre a utilização de serviços odontológicos pela população adulta, visando subsidiar o planejamento

das ações de saúde bucal, entendendo que a redução das disparidades socioeconômicas e educacionais ao lado da ampliação da oferta de serviços odontológicos no âmbito no SUS são relevantes para melhorar o acesso e utilização¹⁵. Sua limitação consistiu em entrevistar apenas os adultos que estavam presentes em unidades de saúde do município. Um inquérito de base domiciliar poderia envolver a visita em locais de difícil acesso e de algum risco para a saúde dos entrevistados. Também, não se deve excluir a possibilidade de viés das respostas fornecidas pelos participantes do estudo, visto que as conclusões são baseadas em informações autorreferidas, além do viés de memória, haja vista abordar os últimos 12 meses.

CONCLUSÃO

Constatou-se maior utilização dos serviços de saúde da atenção primária por mulheres, pardos e pretos, com bom nível de escolaridade e que não recebiam benefícios sociais. Houve baixa utilização dos serviços odontológicos, principalmente especializados, e incipiente realização de atividades educativas. Os procedimentos odontológicos básicos em sua maior parte foram utilizados no serviço público, enquanto os especializados de endodontia e prótese, na saúde suplementar. Há diferenças importantes na distribuição e cobertura dos serviços odontológicos entre os distritos sanitários, o que promove desigualdades no acesso e utilização dos serviços públicos. Sugere-se a ampliação da oferta dos serviços odontológicos, em especial os especializados, reorganização dos serviços quanto a estratégia de marcação das consultas, horário de funcionamento e modelo de atenção, bem como adequação da distribuição dos serviços e profissionais nos DS.

REFERÊNCIAS

1. Roncalli AG, Tsakos G, Sheiham A, Souza GC, Watt RG. Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults. *BMC Public Health* 2014; 14:1097.
2. Brasil. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. [2019 abr 20].
3. Haikal DS, Martins AMEBL, Aguiar PSH, Silveira MF, Paula AMB, Ferreira EF. O acesso à informação sobre higiene bucal e as perdas dentárias por cárie em adultos. *Ciênc. saúde coletiva* 2014; 19(1): 287-300.
4. Sampaio DML, Cruz LMFS. Perfil da utilização dos serviços odontológicos públicos e privados pela população adulta brasileira. *Rev. bras. pesqui. saúde* 2014; 16(3): 14-22.
5. Pinto RS, Matos DL, Loyola-Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos pela população

adulta brasileira. Ciênc. saúde coletiva 2012; 17(2): 531-44.

6. Andersen RM, Newman, JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1973; 51(1): 95-124.

7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(suppl 2): 190-8.

8. Chaves SL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos da atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27(1): 143-54.

9. Chaves SL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, et al. Caracterização do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11): 3115-24.

10. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil ente 1998 e 2008. *Rev. Saúde Públ.* 2012; 46(2): 250-8.

11. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13(1): 150-62.

12. Esteves RSS, Mambrini JVM, Oliveira ACB, Abreu MHNG. Performance of Primary Dental Care Services: An Ecological Study in a Large Brazilian City. *Sci World J.* 2013; 2013: 176589.

13. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis* 2011; 21(1): 197-215.

14. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular dos serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(9): 1894-906.

15. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização dos serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(5): 1063-72.

16. Nico LS, Andrade SSSA, Malta DC, Pucca-Junior GA, Peres MA. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016;21(2):389-98.

17. Miranda CDBC, Peres MA. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2013;29(11):2319-32.

18. Trad LAB, Castellanos MEP, Guimarães MCS. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Rev. Saúde Públ.* 2012;46(6):1007-13.

19. Bandhari B, Newton JT, Bernabé E. Income inequality and use of dental services in 66 countries. *J Dent Res* 2015;94 (8):1048-1054.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 116 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. [2019 abr 20].

21. Constante HM, Peres MA, Schroeder FC, Bastos JL. Mediators between education and dental pain: a cross-sectional study to assess the role of dental services utilization. *Eur J Oral Sci* 2016; 124 (1): 62-67.

22. Manski R, Moeller J, Chen H, Widstrom E, Listl S. Disparity in dental attendance among older adult populations: a comparative analysis across selected European countries and the USA. *Int Dent J* 2016; 66(1):36-48.

23. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Cunha ABO, Medina MG, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(11): 3047-56.

24. Cunha ABO, Silva LMV. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(4): 725-37.

25. Cardoso MO, Vieira-da-Silva LM. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(7): 1273-84.

Endereço para correspondência

Sandra Garrido de Barros
Departamento de Odontologia Social e Pediátrica
Faculdade de Odontologia – UFBA
Rua Araújo Pinho, 62, Canela
CEP: 40110-912 - Salvador, BA, Brasil.
E-mail: sgb@ufba.br