

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE ODONTOLOGIA

**ANÁLISE DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA AOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

Marcelle Souza Costa

ARACAJU/SE
NOVEMBRO/2013

UNIVERSIDADE TIRADENTES

CURSO DE ODONTOLOGIA

**ANÁLISE DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA AOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes com parte dos requisitos
para obtenção do grau de bacharel em
odontologia

Aluna: Marcelle Souza Costa
Orientadora: Simone Alves Garcez Guedes

ARACAJU/SE
NOVEMBRO/2013

MARCELLE SOUZA COSTA

ANÁLISE DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA AOS
SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Coordenação do Curso de Odontologia da
Universidade Tiradentes com parte dos requisitos
para obtenção do grau de bacharel em odontologia.

Aprovada em ____/____/____
Banca Examinadora

Prof. Orientador: Simone Alves Garcez Guedes

1º Examinador

2º Examinador

ANÁLISE DO ACESSO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Marcelle Souza Costa^a, Simone Alves Garcez Guedes^b

(a) *Graduanda em Odontologia – Universidade Tiradentes*; (b) *MSc.Professor do Curso de Odontologia – Universidade Tiradentes*

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar a proporção da população, nas regiões do Brasil, que refere nunca ter realizado consulta odontológica. Foi estudada a população que nunca foi ao cirurgião-dentista nas regiões brasileiras, com as variáveis: idade, renda per capita, sexo e zona. Verificou-se que as regiões Norte e Nordeste apresentam, em todas as variáveis (idade, renda, per capita, sexo e zona), as maiores porcentagens de falta de acesso ao cirurgião-dentista. Mesmo as crianças tendo prioridade de atendimento odontológico, a porcentagem de crianças de 0 a 9 anos que nunca realizou uma consulta odontológica é mais alta em todas as regiões brasileiras, ficando evidente que existe uma deficiência no acesso. A população com menor renda sofre ainda mais com a falta de acesso, pois dependem totalmente do atendimento público e que esse ainda apresenta vários aspectos a serem revitalizados. O sexo feminino é o que mais frequenta cirurgião-dentista, ficando claro a melhor autopercepção da saúde entre as mulheres. O isolamento geográfico ainda é uma grande dificuldade em relação ao acesso a atendimento odontológico, sendo o acesso mais frequente em cidades do que em zona rural.

Palavras-chaves: acesso; levantamento epidemiológico; serviços odontológicos.

Abstract

This article aims to analyze the part of the population in Brazilian regions that refers had never had dental service. It was studied the population who had never been to dental surgeon in Brazilian regions, using these various: age, per capita income, gender and zone. The analysis showed higher percentual of lack of dental care access among all various in the North and Northeast. Even though the priority dental care access among children, the percentual of who had never had dental service is higher among children between 0 and 9 years-old in all of Brazilian regions, what shows access deficit. The low-income population suffers much more with the access deficit due to they entirely depend on public dental service and it has many aspects that should be revitalized. The female gender is who more frequents dental surgeon assistance, evidencing better self perception of health among women. Geographical isolation is still a big issue related to dental access, so it is more often in city than in countryside.

Keywords: access; epidemiological survey; dental service.

1. Introdução

A saúde pública no Brasil apresenta muitas dificuldades com a deficiência de profissionais e de infraestrutura. Na saúde bucal houve a inclusão de equipes na Estratégia Saúde Família (ESF) e a orientação programática proposta pela atual política nacional de saúde bucal, o Brasil Sorridente. Como é um programa

relativamente recente, ainda apresenta muitas dificuldades no agendamento de consultas, na igualdade ao acesso em diferentes regiões e diversos outros problemas que ainda devem ser ajustados com o passar dos anos.

Noro, et al. (2008), avaliou que na Austrália os procedimentos odontológicos são 80 a 90% custeados

diretamente pelo consumidor, tendo o tratamento odontológico excluído da cobertura da saúde pública.

A desigualdade da utilização do serviço odontológico é um reflexo potencializado da dívida social histórica que o Brasil carrega, tendo boa parte da população desigualdade nas oportunidades (DIAS, 2007). O Brasil somente perde para a Nicarágua em relação à desigualdade social (MATOS et al., 2002 apud DIAS, 2007).

De acordo com Gomes, et al. (2004) na maioria dos municípios brasileiros a saúde bucal ainda representa um grande desafio aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que se refere à universalização e equidade do atendimento.

O Brasil passou por melhoras em alguns dos seus principais indicadores de 1998 a 2008, mesmo com essas melhoras o país ainda precisa de grandes avanços no reconhecimento real dos problemas da comunidade para desenvolver políticas que reorganizem a assistência e as ações preventivas do setor (DIAS, 2007).

Nas últimas décadas, foi realizado duas importantes intervenções na saúde bucal a fim de universalizar as ações e serviços, a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). O atendimento odontológico proporcionado pelo SUS, possibilitou uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, tendo profissionais realizando levantamento epidemiológico, ações preventivas de educação em saúde, serviços para

grupos com necessidades diferenciadas. Na atenção secundária os centros de especialidades odontológicas ampliaram a oferta de atendimento protético, endodôntico e radiológico (ANTUNES; NARVAI, 2009).

A inclusão de equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (EFS) e a orientação programática proposta pela atual Política Nacional de Saúde bucal (Brasil Sorridente) tiveram como objetivo romper com o modelo assistencial tradicional, ampliando para toda a população as possibilidades de acesso aos serviços assim não tendo grupos prioritários (BALDANI; ALMEIDA; ANTUNES, 2009).

Esse trabalho teve como objetivo analisar a proporção da população que refere nunca ter realizado consulta odontológica nas regiões do Brasil.

2. Revisão de Literatura

Levantamento epidemiológico relata a diferença do acesso em diferentes regiões do Brasil, por exemplo, enquanto a região Sul apresenta 6% dos jovens que relatam nunca ter realizado uma consulta odontológica, a região Nordeste são 22%. Mostrando que o acesso no Brasil é limitado e desigual (KRAMER et al., 2008).

De acordo com Pereira, (2008) na Constituição Brasileira de 1988, a saúde é colocada como um direito de todos e um dever do estado, sendo direito humano fundamental a equidade em matéria de saúde. No entanto, a teoria e a prática estão muitas vezes bastante dissociadas.

Em relação às condições de saúde deve fazer melhorias equitativas nas condições de vida da população (DIAS, 2007).

A necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações e serviços impulsionou a inserção das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF), base da política nacional de atenção básica, a partir do final do ano 2000 (BALDANI; ALMEIDA; ANTUNES, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 com a proposta de reorientação do modelo assistencial já existente. Seu objetivo era mudar a forma de tratamento do curativo para o preventivo e integral, priorizar ações de promoção e educação em saúde e reorganizar os serviços de saúde na busca da universalidade, integralidade e equidade. Hoje a proposta da ESF, segue uma linha de elevada cobertura populacional, facilidade no acesso e apresentar atendimento integral dos indivíduos em seu contexto (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2008).

O atendimento odontológico pelo SUS aumentou entre 2003 e 2008 em todas as classes sociais. Tendo um ligeiro aumento na utilização de serviços odontológico pelo SUS da população mais rica, sugerindo uma melhora na qualidade do serviço e acesso a tratamentos especializados oferecidos pela rede pública (PERES et al., 2012).

A saúde nunca foi pensada como direito do cidadão, após a criação do SUS no Brasil, a política de saúde

passou a ganhar reconhecimento e dimensão social (PAIM, 2006 apud MENDONÇA, 2009).

A prestação de tratamento odontológico no serviço público, caracterizava-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e mutiladora. A grande maioria dos municípios apresentava ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de pronto atendimento e urgência. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social (BRASIL, 2004).

Para saber qual a necessidade real de cada comunidade é preciso conhecer a comunidade, identificar os principais grupos que a compõem, estimar necessidades do ponto de vista epidemiológico, para então saber quem deve merecer prioridade no atendimento odontológico, quais as atividades mais necessárias e como distribuir melhor o tempo e os recursos disponíveis (PINTO, 2008).

3. Materiais e Métodos

Essa pesquisa foi desenvolvida com base em dados secundários tendo como fonte o DATASUS, de pessoas que refere nunca ter realizado consulta odontológica nos anos de 1998, 2003 e 2008 nas regiões do Brasil. Esses dados estão disponibilizadas no DATASUS.

Foram estudadas as seguintes variáveis: Idade (0 – 9 anos; 20 – 39 anos; 60 anos ou mais); Renda per capita (0 - 0,74 Salário Mínimo; 0,75 - 1,99 Salários Mínimos ; 2 ou mais

Salários Mínimos); Sexo (Feminino e Masculino), Zona (Urbana e Rural).

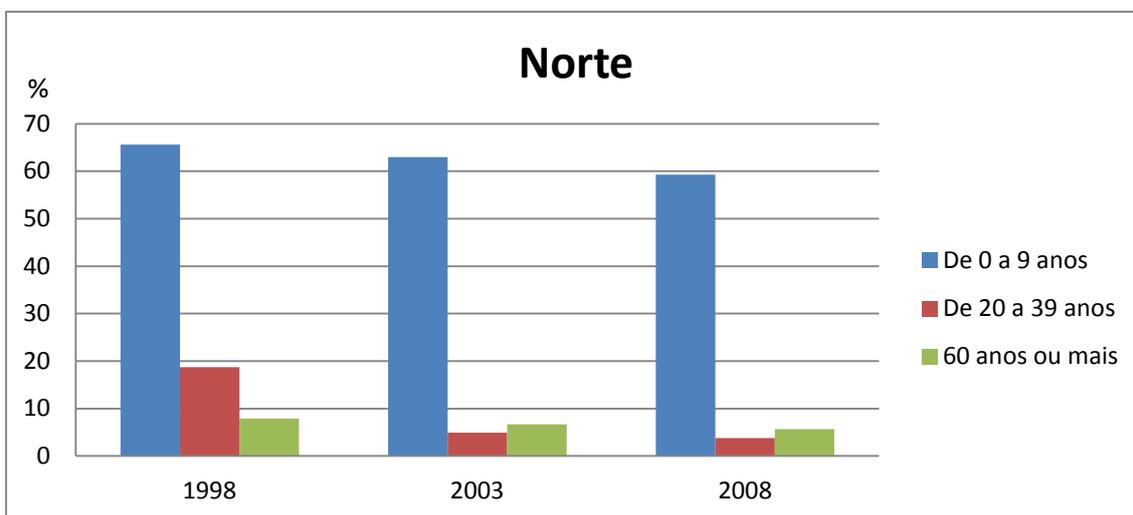
Cada variável foi estudada nas cinco regiões brasileiras (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste, Centro-Oeste) em três anos (1998, 2003, 2008).

4. Resultados e Discussão

4.1 Idade

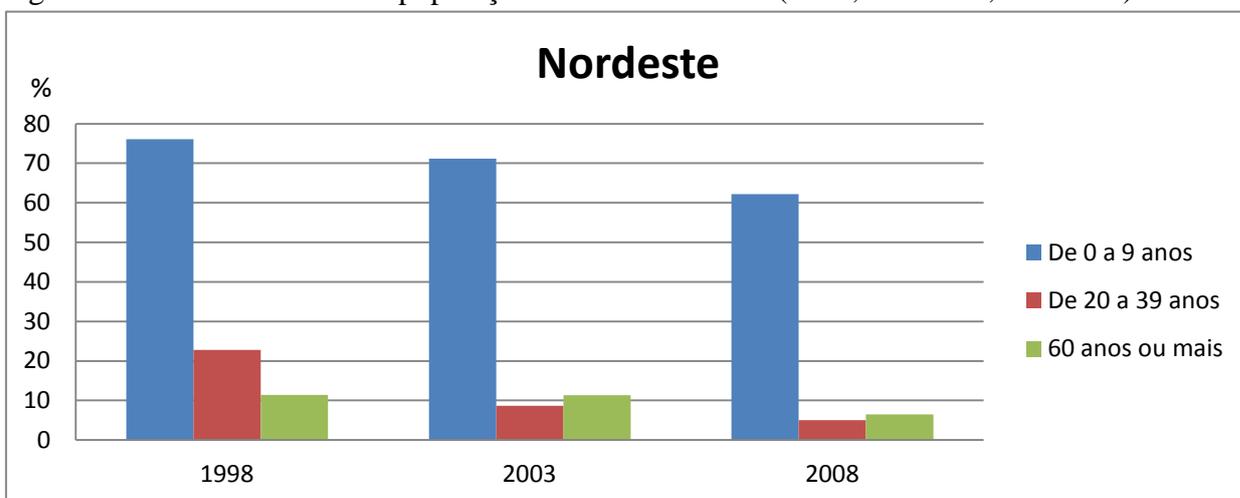
A população com 0 a 9 anos de idade é que apresenta a porcentagem mais alta que nunca foi ao cirurgião-dentista em todas as regiões do Brasil nos anos de 1998, 2003 e 2008, havendo uma diminuição de 2003 para 2008 não só para a faixa etária de 0 a 9 anos, mas também nas demais idades pesquisadas.

Figura 1. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista na região Norte, segundo idade na população brasileira (1998, 2003, 2008)



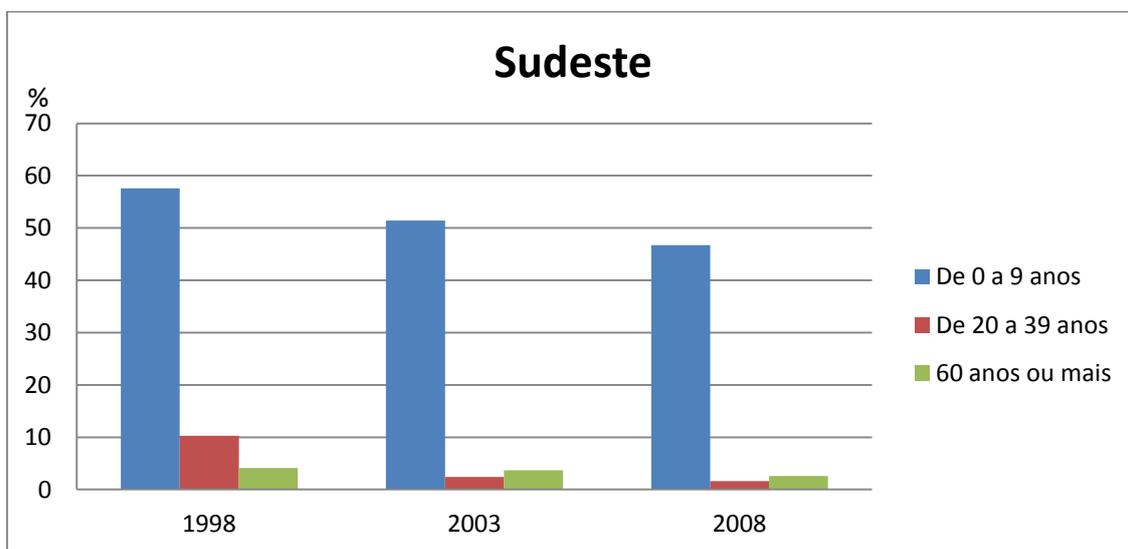
Fonte: Datasus.

Figura 2. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista na região Nordeste, segundo idade na população brasileira (1998, 2003, 2008).



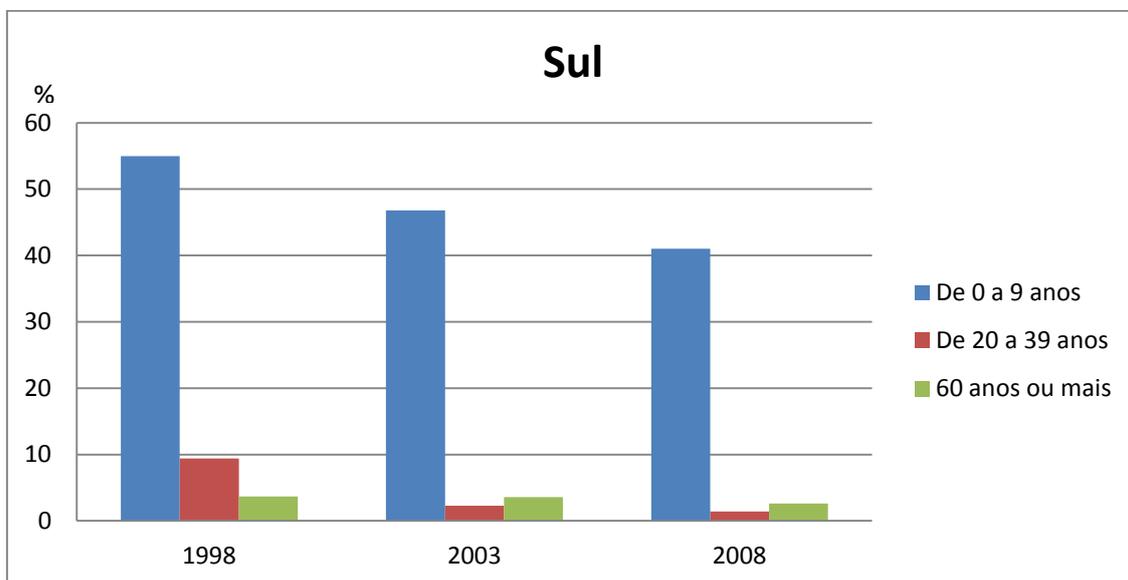
Fonte: Datasus.

Figura 3. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista na região Sudeste, segundo idade na população brasileira (1998, 2003, 2008).



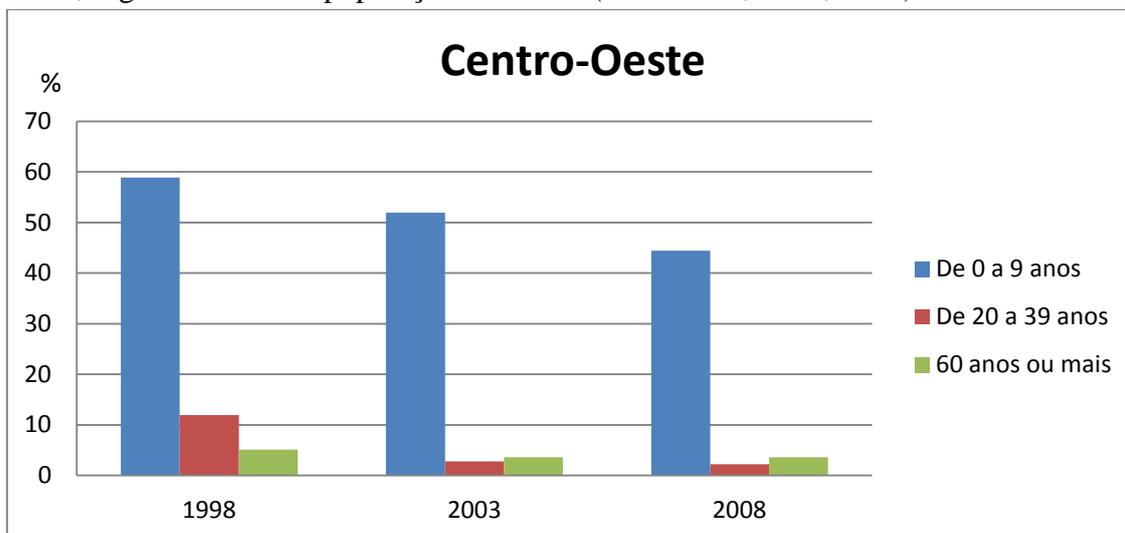
Fonte: Datasus.

Figura 4. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista na região Sul, segundo idade na população brasileira (1998, 2003, 2008).



Fonte: Datasus.

Figura 5. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista na região Centro-Oeste, segundo idade na população brasileira (Anos 1998, 2003, 2008).



Fonte: Datasus.

De acordo com Pinto (2008), o atendimento em crianças a partir do nascimento dos primeiros dentes permanentes tem sido de grande preocupação para a odontologia, sendo o grupo de atendimento prioritário. Devido a necessidade dos primeiros cuidados com a dentição. Para que a dentição permanente não ocorra uma extração precoce, assim podendo levar a problemas futuros, como: problemas ortodônticos.

A primeira consulta odontológica deveria servir como uma estratégia para reduzir a prevalência e as sequelas de problemas bucais. Crianças que visitam o cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida, apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de visitas de urgência ao longo da infância (KRAMER et al., 2008).

Na maioria dos casos, crianças com famílias de baixa renda sofrem o maior número de cáries dentárias e têm

cavidades mais extensas. Essas são as que mais frequentam o serviço odontológico somente para o alívio da dor e contraditoriamente, representam o menor percentual de visita ao cirurgião-dentista, uma vez que, crianças com famílias de maior renda, na maioria dos casos, vai há procura de atendimento para prevenção e não somente para o alívio da dor (EDELSTEIN, 2002 apud DIAS, 2007).

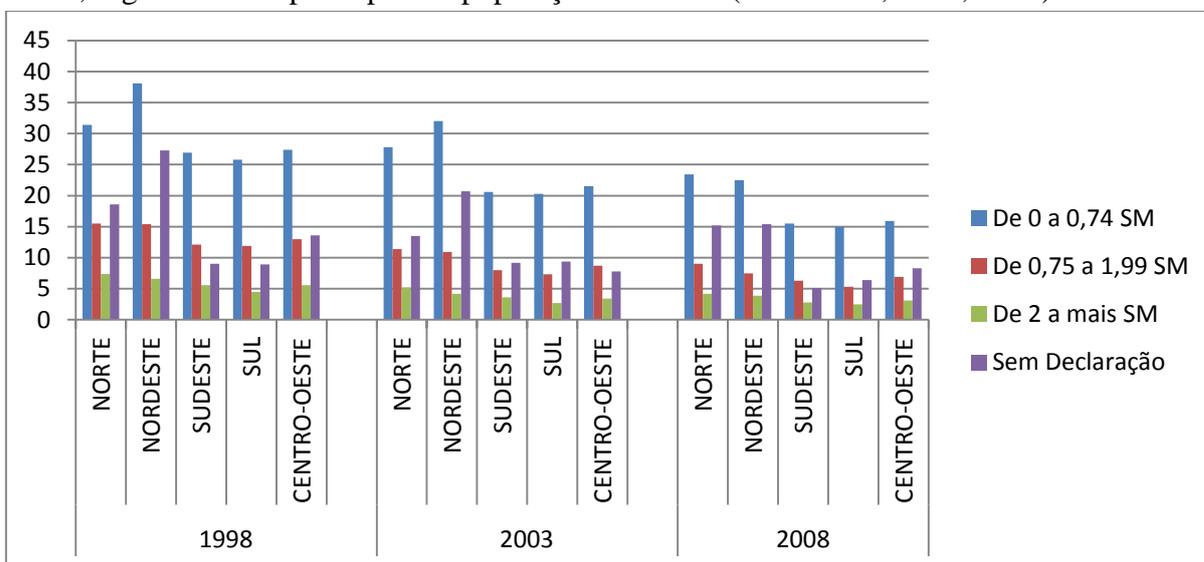
O governo deveria priorizar o atendimento a essa faixa etária, como também educar os pais sobre a necessidade de levar o filho ao cirurgião-dentista antes que os primeiros dentes decíduos erupcionem evitando assim um custo mais alto tanto na saúde dos indivíduos como também um aumento dos custos financeiro uma vez que o tratamento curativo é mais oneroso do que o tratamento preventivo.

4.2 Renda Per Capita

Como mostra a figura 6, em 2003 a população com renda de 0 a 0,74 salários mínimos apresentou um total de 26% da população que refere nunca ter ido ao cirurgião-dentista, a de 0,75 a 1,99 salários mínimos teve porcentagem de 8,6% e a de 2 ou mais salários apresentou apenas 3,5%. Assim mostrando que quanto mais pobre a população menor acesso tem a serviço odontológico.

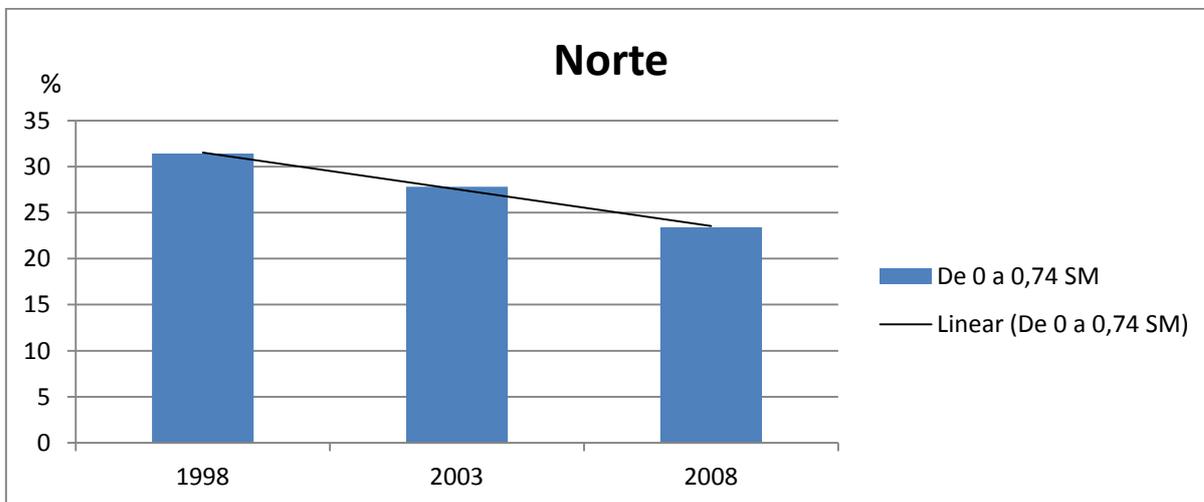
De acordo com os resultados encontrados, as regiões Norte e Nordeste são as que apresentam os maiores percentuais de falta de acesso a serviços odontológicos. O Nordeste mesmo com mais percentuais de falta de acesso que o Norte, com o passar dos anos obteve uma redução mais expressiva e o Norte teve uma redução pouco expressiva durante os últimos 10 anos.

Figura 6. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista. Nas regiões do Brasil, segundo renda per capita na população brasileira (Anos 1998, 2003, 2008).



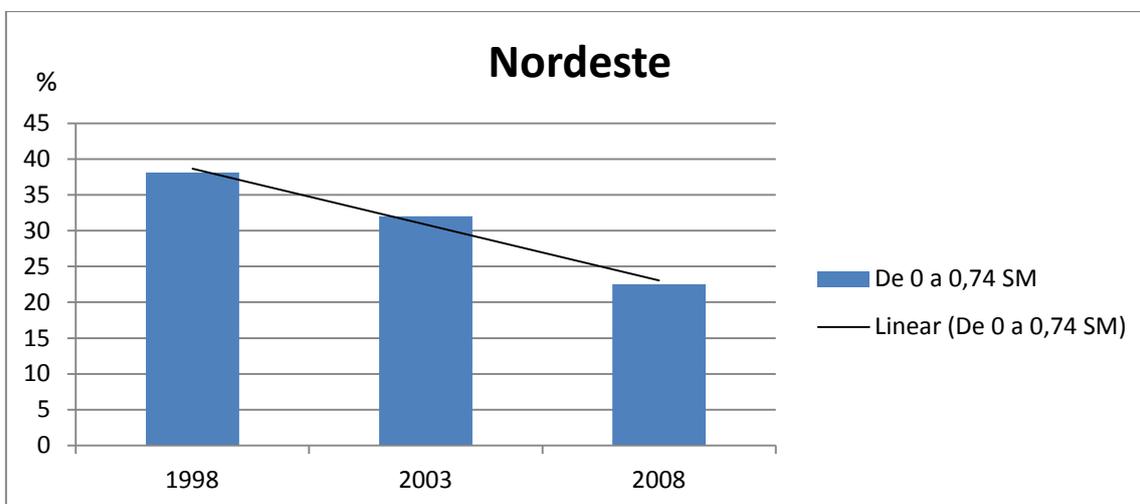
Fonte: Datasus.

Figura 7. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista. Na região Norte, segundo renda per capita (Anos 1998, 2003, 2008).



Fonte: Datasus

Figura 8. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista. Na região Nordeste, segundo renda per capita na população brasileira (Anos 1998, 2003, 2008).



Fonte: Datasus

De acordo com Matos et al., (2002) apud DIAS, (2007), não adianta o governo melhorar as condições de saúde bucal sem que tenha melhorias equitativas nas condições da população. Pois pessoas com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam

menos os serviços odontológicos quando comparados a pessoas com maior renda, tendo uma relação desproporcional de doença bucal não tratada e tipo de tratamento recebido.

Pessoas que moram em regiões com grandes diferenças de renda apresentam

piores condições do que aqueles com situação socioeconômica semelhante, mas que mora em uma região mais igualitária com isso observa que desigualdade na distribuição de renda não prejudica somente o indivíduo, mas também as condições de vida e saúde de toda a sociedade (PERES et al., 2012).

Estudo feito por Putussi et al., (2001) em Brasília concluiu que população que apresenta grande desigualdade social têm mais problemas de saúde bucal do que as comunidades que com menor desigualdade econômica (DIAS, 2007).

Pesquisa feita por Peres, et al. (2012), apresentou redução considerável na desigualdade de acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil de 1998 a 2008. Porém a desigualdade entre os grupos sociais ainda permanece grande, sendo inaceitáveis de forma politicamente e eticamente. O Brasil Sorridente implantado no Brasil no ano de 2004, significou uma grande mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando melhorias da organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que proporcione universalidade, integridade e equidade.

A região Norte apresenta uma parte da população que mora em lugares afastados separados por rios da cidade, tendo que pegar barco para ter acesso a cidades. Também tendo dificuldade de

conseguir um cirurgião-dentista que queira trabalhar nesses locais. Essa região apresenta publicações escassas sobre dificuldades de acesso e a falta de utilização de serviço odontológico pela população.

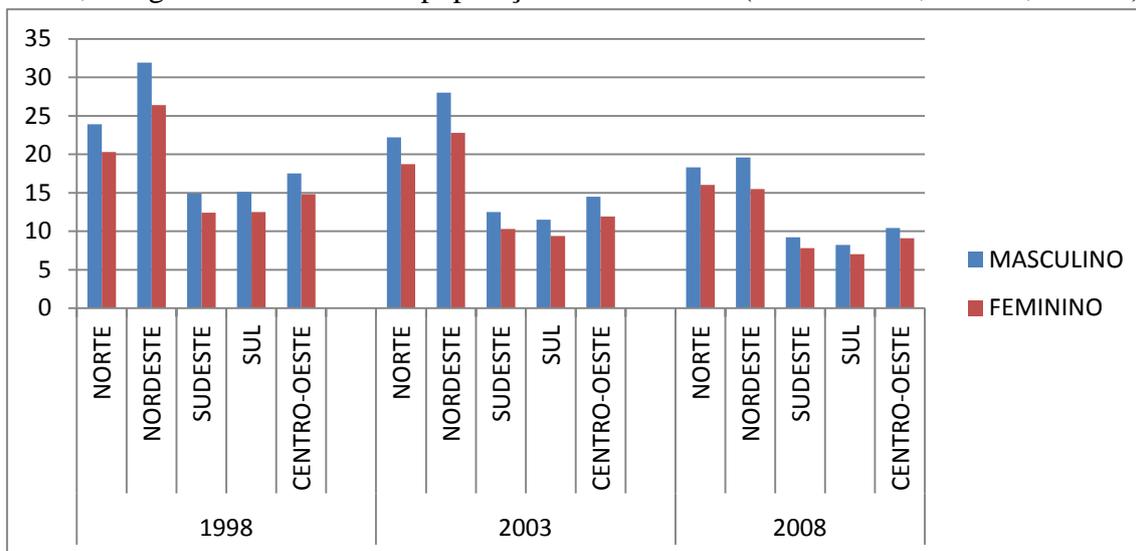
As regiões mais pobres do país têm maior prevalência e extensão dos principais agravos bucais, o que caracteriza a conhecida lei da atenção inversa, ou seja, os profissionais estão em menor quantidade onde existem maiores necessidade (PERES et al., 2012).

A redução da população que nunca foi ao cirurgião-dentista pode ter reduzido devido o aumento da renda média da população e taxas de emprego, assim aumentando a procura de serviço odontológico. Por outro lado essa diminuição pode ter sido devido o aumento na oferta de serviço odontológico no serviço público (PERES et al., 2012).

4.3 Sexo

De acordo com a figura 9, pode-se observar que em todas as regiões e em todos os anos da pesquisa os homens obtiveram o maior número da população que nunca foi ao dentista. Durante os 10 anos, houve uma grande redução em ambos os sexos, mostrando o maior interesse na procura por serviço odontológico.

Figura 9. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista. Nas regiões do Brasil, segundo sexo na população brasileira (Anos 1998, 2003, 2008)



Fonte: Datasus

Mulheres, indivíduos mais jovens, com maior renda e escolaridade apresenta uma regularidade na frequência e utilização de acordo com estudo pelo modelo de Andersen (1995) (KRAMER et al., 2008).

Pesquisa feita por Fernandes; Bertoldi ; Barros (2008) também mostrou que a utilização de serviço de saúde foi 55% maior em mulheres do que em homens.

O motivo que faz a mulher procura mais o serviço odontológico é que elas tendem a se interessar mais por sua saúde tendo uma autopercepção de saúde maior que a dos homens. (KRAMME et al., 2008).

Concordando com essa afirmação, Fernandes; Bertoldi; Barros (2008) vários estudos mostram que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, devido a sua maior percepção aos riscos à saúde do que os homens.

O homem tendem a valorizar menos sua própria saúde a saúde, sendo a

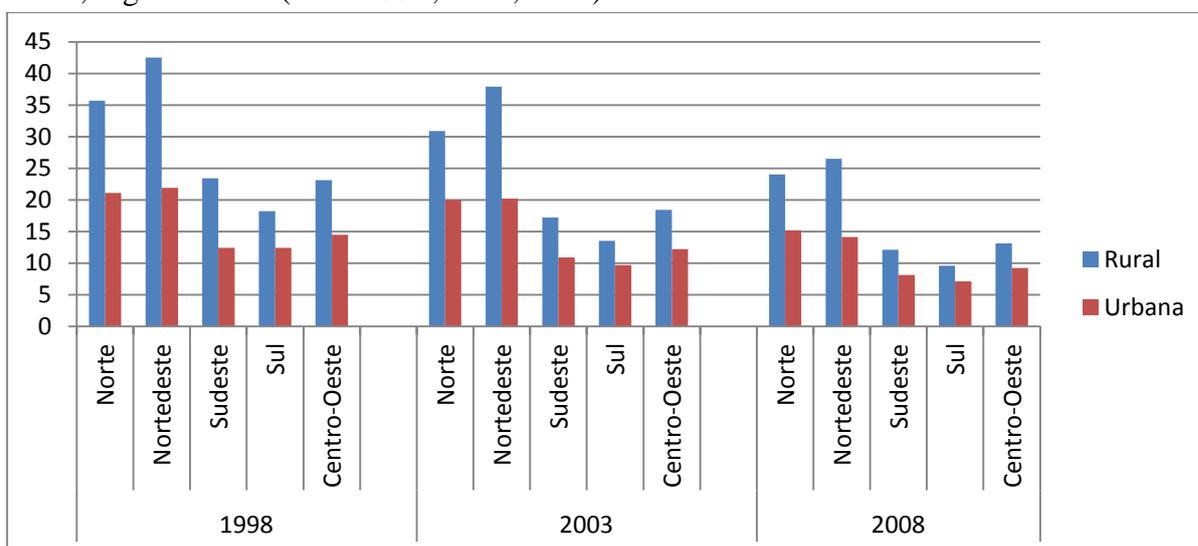
inclusão deles em ações de saúde uma atitude desafiadora (SCHARAIBER; GOMES; COUTO, 2005 apud MENDONÇA, 2009).

O homem apresenta a cultura de procurar o serviço público em último caso, não tendo a prevenção necessária assim tendo a descoberta da doença num estado mais grave (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005 apud MENDONÇA, 2009).

4.4 Zona

Observa-se na figura 10 acima, que a zona rural apresenta um número elevado na pesquisa de nunca ter ido ao cirurgião-dentista. Todos os anos estudados apresentam uma diferença grande entre as duas zonas, em 1993 a zona rural teve um total de 32,2%, já a zona urbana obteve 15,3%; Em 2003 a zona rural houve uma redução passando pra 27,6% e a zona urbana 13,7%; Em 2008 a zona rural teve 19,8% e já a zona urbana 10%.

Figura 10. Percentual de pessoas que nunca foram ao cirurgião-dentista. Nas regiões do Brasil, segundo zona (Anos 1998, 2003, 2008).



Fonte: Datasus

É bastante visível a desigualdade no acesso de acordo com a zona do mesmo município ou estado, a zona urbana tendo maior acesso ao serviço odontológico que a zona rural (PERREIRA, 2008).

O critério administrativo estabelecido pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no Brasil, define que urbano é a população das cidades e vilas e é considerado rural os residentes fora dos limites das cidades e das vilas (PERREIRA, 2008).

Segundo Pinto (1984), os métodos preventivos e educativos devem ser adaptados ao meio. Fazendo uso de materiais que facilite o uso no campo. Os profissionais preparados para ensinar a população deve ser preferencialmente da região, pois tem um contato prévio, sabendo do que a população precisa.

A zona rural apresenta um isolamento geográfico que torna o acesso aos cuidados de saúde prestado

de forma tradicional muito difícil (PERREIRA, 2008).

Na zona urbana devido a sua maior concentração da população é inevitável que encontre mais serviços básicos e especializados do que na zona rural onde a concentração populacional é menor (PERREIRA, 2008).

5. Conclusão

O Brasil vem apresentando grandes mudanças em relação à saúde bucal. A presença atual de programas para atender os princípios de universalidade e equidade no acesso vem melhorando os indicadores de saúde bucal. De acordo com o estudo, a comunidade de baixa renda, idade de 0 a 9 anos, sexo masculino, zona rural são as que mais precisa do acesso gratuito e é a população com as maiores porcentagens da população que refere nunca ter ido ao dentista.

A zona rural por sua dificuldade de utilização de materiais tradicionais,

deve-se utilizar métodos que facilitem a sua utilização. O uso do tratamento restaurador atraumático (ART) que não necessita de equipamento específico assim facilitando a sua locomoção para os locais com mais dificuldades de acesso.

É necessário realizar estudos epidemiológicos locais para saber o que cada comunidade necessita, qual deve

ser o grupo prioritário de cada região. Assim demonstrando quais políticas públicas poderiam ser implantadas e reavaliadas, aumentando o acesso da população aos serviços de saúde atendendo as demandas regionais.

Referências

1. ANTUNES, José Leopoldo Ferreira and NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.44, n.2, pp. 360-365. Epub Feb 26, 2009.
2. BALDANI, Márcia Helena; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de and ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 446-454.
3. BRASIL – Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNS/B/brasil_sorridente.php
4. BRASIL – Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2011/f2102.def>
5. DIAS, Aldo Angelim. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. São Paulo: Santos, 2007. 365 p.
6. FERNANDES, Léia Cristiane L; BERTOLDI, Andréa D and BARROS, Aluísio J D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 595-603. Epub June 19, 2008.
7. KRAMER, Paulo Florian; ARDENGHI, Thiago Machado; FERREIA, Simone; FISCHER, Laura de Almeida; CARDOSO, Luciana; FELDENS, Carlos Alberto. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.1, pp. 150-156.
8. MENDONÇA, Victor Silva. **Homens e Saúde: Discutindo Interações No Serviço Da Atenção Primária**. Vitória, ES, 2009. 155p. Dissertação (Pós-graduação em Psicologia). Universidade Federal do Espírito Santo.
9. NORO, Luiz Roberto Augusto; RONCALLI, Angelo Giuseppe; MENDES JUNIOR, Francisco Ivan Rodrigues and LIMA, Kenio Costa. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.7, pp. 1509-1516.
10. PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
11. PERES, Karen Glazer; PERES, Marco Aurélio; BOING, Antonio Fernando; BERTOLDI, Andréa Dâmaso; BASTOS, João Luiz; Barros Aluisio J D. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 250-258.
12. PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008.