

ACESSO A BENS E SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE NO NORDESTE BRASILEIRO

THE RELATION BETWEEN GENDER AND ACCESS TO DENTAL SERVICES AND GOODS IN BRAZIL'S NORTHEAST REGION

Maria Vieira de Lima Saintrain¹
Paulo Leonardo Ponte Marques²
Lúcio Hélio Pereira de Almeida³
Anyá Pimentel Gomes Fernandes Vieira⁴

¹Cirurgião dentista. Pós Doutora em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Odontologia e Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

²Cirurgião dentista. Mestrando em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza – Unifor

³Cirurgião dentista Mestrando em Saúde Coletiva – Universidade de Fortaleza – Unifor

⁴Phd em Odontologia. Curso de Odontologia e Mestrado em Saúde Coletiva Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

RESUMO

Introdução: No Brasil, pelo Sistema Único de Saúde, fica garantida a universalidade do acesso aos serviços de saúde. No entanto, esse acesso nem sempre é conseguido, tornando-se relevantes avaliar a influência do gênero neste acesso. **Objetivo:** Identificar a influência do gênero no acesso ao serviço odontológico e aos bens como consulta, escova de dente, creme dental e uso de próteses dentárias no Nordeste Brasileiro. **Material e Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, de abrangência populacional, tendo como universo a população do Município de Guaiuba. Os dados foram coletados pelos Agentes Comunitários de Saúde entre julho de 2007 a fevereiro de 2008. Utilizou-se do Indicador Comunitário em Saúde Bucal para averiguar acesso a bens de higiene oral, consulta odontológica, uso e necessidade de prótese dentária. Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS 15.0, utilizando-se do teste Qui-quadrado de Pearson e nível de significância de 5%. **Resultados:** Participaram 2581 pessoas, com idade média de 24,42 anos (DP \pm 19,365), predominou sexo feminino 1628 (63,1%). Dos entrevistados, 2341 (90,7%) teve acesso à escova dental, 2272 (88,0%) ao dentifício, 1175 (45,5%) a consulta odontológica. A necessidade de prótese dentária foi maior nas mulheres, 581(35,7%) *versus* 221 (23,2%) homens e seu acesso [354(60,9%)] *versus* [96 (43,4%)] com $p < 0,05$. **Conclusão:** O acesso aos bens e serviços de saúde e a oferta para tratamento odontológico, apresenta o sexo como fator influenciador. As mulheres possuem a maioria das necessidades e dos benefícios. O edentulismo afeta parte da população com pequena parcela de acesso às próteses dentárias.

Palavras chave: Epidemiologia; Acesso; Saúde bucal; Sistema de saúde.

ABSTRACT

The Brazilian National Health System guarantees universal access to health services. However, this universal access is not always achieved, making relevant studies that evaluate access to health care and the way gender influence this access. **Objective:** Identify the influence of gender in the access to dental services and goods such as consultation, toothbrush, toothpaste and dental prostheses use in Brazil's Northeast region. **Methods:** Cross-sectional, quantitative and population coverage study, with the population of Guaiuba municipality. Data were collected by Community Health Agents from July 2007 to February 2008. We used the Community Oral Health Indicator to verify the access to oral health services, oral hygiene, dental visit, use and need of dental prosthesis. Data were analyzed using SPSS 15.0 software, using the chi-square test and significance level of 5%. **Results:** 2581 people participated, with a mean age of 24.42 years (SD± 19, 365), with 1628 female (63.1%). Among the interviewees, 2,341 (90.7%) had access to a toothbrush, 2272 (88.0%) to toothpaste, and 1175 (45.5%) to a dental appointment. The need for dental prosthesis was higher in women, 581 (35.7%) versus 221 (23.2%) men and their access [354 (60.9%)] versus [96 (43.4%)] with $p < 0.05$. **Conclusion:** The access to health services and dental treatment presents gender as an influence factor. Women have most of the needs and benefits. The edentulism affects mostly the population with a poor access to dental prosthesis.

Keywords: Epidemiology; Access; Oral health; Health services.

Introdução

Constitucionalmente, o Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), garante a universalidade do acesso aos serviços de saúde, permitindo seu uso a todos os indivíduos, independente de condições sócio-econômico-culturais^{1,2} (BRASIL, 1988; SILVA *et al.*, 2010).

Apesar dos avanços mundiais nos sistemas de saúde e da saúde bucal, nos Estados Unidos da América, ressalta-se a importância de alcançar a redução da desigualdade no acesso para o efetivo serviço preventivo e de tratamento dentário. Destaca os problemas de saúde bucal de populações desfavorecidas e seus efeitos sobre bem-estar, como resultado da falta de acesso aos cuidados e determina metas para melhoria da qualidade de vida e eliminar as disparidades de saúde³ (Healthy People 2020).

No mesmo entendimento, os canadenses adotam a Estratégia de Saúde Oral (COHS) para identificar problemas, fornecer metas mensuráveis e ajudar sua população a melhorar e/ou manter a saúde bucal por meio de programas e estratégias para o acesso aos cuidados e redução de barreiras⁴ (CHAIRMAN e MAZE, 2012).

Baladini e Antunes⁵ (2011) citam a lição de Andersen e Davidson (2000) de que o acesso pode ser influenciado por fatores individuais, pelas características do próprio sistema de saúde, pelo contexto social e experiência passada com o uso de serviços, definindo-o como “acesso potencial” aquele pelo qual os serviços de saúde, por meio dos recursos, permitem utilizar e aumentar a probabilidade de que ele irá ter lugar, e “acesso realizado” representado pelo uso real dos serviços, os quais sofrem variações por problemas diversos, além da percepção e necessidade dos usuários, assim como por seus determinantes sociais.

Concernente ao acesso à saúde bucal no Brasil, Gibilini *et al.*⁶ (2010) ressaltam que uma parcela significativa da população brasileira não utiliza os serviços odontológicos frequentemente, embora enfatizem sua reconhecida importância. Este fato tem sido demonstrado pelos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) nos anos de 1998 e 2003 respectivamente, em que 18,7% e 15,9% dos brasileiros nunca consultaram o cirurgião-dentista, ainda que nos resultados de 2008, este percentual tenha sido reduzido para 11,7%⁷ (IBGE, 2010). Embora essa tendência não seja, muitas vezes, concebida na prática, é bastante considerável por se visualizar sua melhoria, seja de natureza, privada ou pública.

Corroborando com essa tendência positiva, no período de 2002 a 2010, o Ministério da Saúde incentivou a implantação de mais de 15 mil equipes de saúde bucal. Portanto, aproximadamente, 20 mil destas equipes estão presentes em 85% dos municípios brasileiros, responsáveis por 147 milhões de procedimentos odontológicos, crescimento de 57% em relação a 2002. Nesse mesmo período e com o objetivo de ampliar o acesso à escova e ao creme dental fluoretado, reforçando o combate à cárie e as doenças periodontais, distribuiu 72 milhões de kits de saúde bucal⁸ (BRASIL, 2010a).

Apesar dos inúmeros avanços alcançados desde a implantação do SUS, ainda persistem dificuldades no acesso aos serviços, especialmente quando se trata de ações de saúde bucal² (SILVA *et al.*, 2010), posição corroborada por Rocha e Goes⁹ (2008) quando afirmam que mesmo com a forte implementação de políticas públicas nos últimos anos pelo Ministério da Saúde, como a inclusão da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família – PSF e a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, consideram a demanda por serviços odontológicos ainda alta. Fato que requer avaliação das condições de saúde/doença da população e enfrentamento das desigualdades sociais para maximizar o acesso ao tratamento odontológico pela rede de saúde.

No desenvolvimento de estratégias que visem acesso a saúde, faz-se necessário conhecer as condições de saúde/doença bucal da população. Para isso, são realizados levantamentos epidemiológicos no intuito de fornecer informações que dêem subsídio ao

planejamento, organização, avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas⁶ (GIBILINI et al., 2010).

No Brasil, os dados do levantamento epidemiológico SBBrasil-2003, focalizam o percentual de 86,57% de usuários com acesso ao serviço odontológico em pelo menos uma vez na vida e de 48,55% no último ano¹⁰ (Brasil, 2004a), enquanto no estado do Ceará estes percentuais foram, respectivamente, de 88,81% e de 36,9%¹¹ (Ceará, 2004).

Porém, somente a oferta dos serviços de saúde bucal pode não ser suficientemente relevante para influenciar o usuário a buscar o atendimento odontológico. Como os problemas de saúde bucal, geralmente, são de resolução relativamente rápida e não comprometem a vida, por vezes podem não ser tão impactantes para algumas pessoas. Nesta conjuntura, o “potencial de acesso” de um serviço vai depender também da percepção de necessidade do usuário, influenciada por seus valores, crenças e culturas^{5,12} (BALDANI e ANTUNES, 2011; MIOTTO, BARCELLOS e VELTEN, 2012). Como exemplo, vale citar o estudo de Ozkan *et al.*¹³ (2011) em Istanbul, onde mais da metade da população pesquisada não sentiu a necessidade ou desejo de visitar um dentista, embora suas condições dentárias não fossem ideais. Esse fato pode indicar que os tratamentos odontológicos não estavam dentro das suas prioridades, e que existem fatores externos e complexos influenciando a necessidade percebida, contrapondo-se com a sua real precisão.

No entanto, mesmo percebendo a necessidade de cuidado, nem sempre ela é suficiente para buscar o acesso aos serviços de saúde. Com efeito, fatores subjetivos como a necessidade percebida de tratamento e a própria percepção da saúde bucal possuem influências ou associações com as condições objetivas de saúde e a procura por atendimento. O inverso desse fenômeno, ou seja, uma percepção mais coerente com as condições bucais objetivas, provavelmente motivará as pessoas a um maior cuidado com a própria saúde bucal. Por isso, é comum encontrar associações entre uma autopercepção positiva e uma condição bucal desfavorável, uma relação não esperada do ponto de vista epidemiológico, invalidando a ideia de que o edêntulo está associado a uma boa ou ótima saúde bucal¹⁴ (MOREIRA, NICO e SOUSA, 2009).

No Brasil, embora tenha havido melhora nas condições de saúde bucal da população, a perda dentária se faz presente gerando grande número de edêntulos parciais ou totais. Esta realidade pode identificar, além da percepção e cultura, falta de acesso quanto ao desenvolvimento de ações tanto preventivas quanto reabilitadoras, especialmente na faixa etária da população acima de 60 anos. Enquanto isso, as repercussões negativas das ausências dentárias agem na mastigação, digestão, fala e estética¹⁵ (CRIPIM, SAUPE e BOING, 2009).

Por conseguinte, a promoção de saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde, que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando-a as demais práticas de Saúde Coletiva. Expressa a construção de políticas públicas saudáveis direcionadas a todas as pessoas da comunidade, como políticas que gerem oportunidades de acesso às ações de promoção e prevenção, assegurando a disponibilidade de cuidados odontológicos básicos apropriados.

Neste contexto, a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente) preconiza a promoção de saúde bucal integrada à construção de políticas públicas que possibilitem estratégias para uma melhoria do acesso à água e dentifrícios fluoretados, assim como aos serviços odontológicos nas unidades de saúde, especialmente, na atenção básica¹⁶ (BRASIL, 2004b). Portanto, decisões foram designadas, ainda que sejam necessários esforços para efetivar uma política ampla capaz de reduzir as desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal.

Nessa perspectiva, esta pesquisa teve por objetivo identificar o acesso ao serviço odontológico, especificamente à consulta, escova de dente, creme dental e uso de próteses dentárias na população do município de Guaiúba - Ceará, Brasil.

Material e Métodos

Estudo transversal, quantitativo e de abrangência populacional. O levantamento dos dados foi realizado no período de julho de 2007 a fevereiro de 2008. Para tal se utilizou o instrumento denominado Indicador Comunitário em Saúde Bucal – ICSB¹⁷ (Saintrain, 2007) desenvolvido para ser utilizado pelo Agente Comunitário de Saúde- ACS. Por meio do ICSB se averigua: a capacidade mastigatória mediante a contagem do número de dentes; a necessidade de tratamento curativo pela quantidade de dentes com cárie e raiz residual visíveis; a presença de agravos aos tecidos moles; uso e necessidade de prótese dentária e variáveis relacionadas à higiene oral e acesso ao serviço de saúde bucal.

As variáveis, para este estudo, ficaram concentradas naquelas relativas: ao acesso a bens de higiene oral, serviço de saúde bucal e ao uso e necessidade de prótese dentária.

Para coleta dos dados, os ACS foram treinados pelas autoras (MVLS e APGFV) por meio de uma oficina, de 40 horas, da qual participaram 27 ACS e oito cirurgiões-dentistas. Na calibração, foram examinadas 60 pessoas da comunidade, cujos resultados, quando analisados pelo teste de Kappa, apresentaram concordância entre 0,74 a 0,90, de acordo com as variáveis, o que permitiu utilizar o ACS para detectar problemas de saúde bucal e colaborar na organização do serviço.

O universo da pesquisa foi constituído pela população residente em todos os distritos do Município de Guaiuba, o qual dista de 26,1 km de Fortaleza, capital do estado do Ceará. O Município possui área geográfica de 267 km² e 23.502 habitantes dos quais 78,51% habita na zona urbana e 21,49% na zona rural¹⁸ (IBGE, 2010). Possui cobertura de 100% pelo PSF, com oito equipes de Saúde bucal, distribuídas na Sede municipal e nos distritos de Água Verde, Itacima, Dourado, Baú e São Jerônimo¹⁹ (Ceará, 2012), tendo sido a avaliação realizada em toda a sua área, configurando os domicílios como unidade amostral.

Para determinar uma amostra representativa da população do município de Guaiuba, adotou-se erro amostral de 1% com nível de confiança de 95%, e um erro tipo II de 8% obtendo-se o tamanho da amostra de 2.524 pessoas, de acordo com o cálculo amostral on-line²⁰ (SANTOS, 2007). Determinou-se, para que esse número fosse atingido, que os ACS avaliassem, sistematicamente, a família de uma a cada dez casas de suas áreas de cobertura. No entanto, por opção dos ACS, o tamanho da amostra ultrapassou, considerando-se o total de 2.581, o que diminui o erro amostral.

Os dados foram digitados e analisados no programa de estatística SPSS versão 15.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). As análises bivariadas foram estudadas em tabela de contingência por meio da medida do teste do Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%.

Sem conflito de interesse, o projeto do estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA, da Universidade de Fortaleza, Parecer nº 001/2007. Incorporou os referenciais básicos da Bioética, configurados nos pressupostos da autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, segundo a Resolução nº 196/96 para investigação com seres humanos²¹ (Brasil, 1996). Após conhecerem os objetivos e procedimentos da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve recusa e a participação dos menores de idade foi autorizada por seus responsáveis.

Resultados

Foram entrevistadas 2581 pessoas, cuja idade variou de um a 99 anos (média de 24,42 anos e DP \pm 19, 365), com predominância do sexo feminino 1628 (63,1%) e representação de 9,1% da população do município.

Dentre as pessoas entrevistadas, 2341 (90,7%) tiveram acesso à escova de dente, 2272 (88,0%) ao creme dental, 1175 (45,5%) a consulta odontológica e das que necessitavam de prótese dentária 450 (56,1%) tiveram acesso às mesmas.

Houve maior participação das mulheres ao acesso aos bens e serviços, com significância estatística entre as variáveis pesquisadas ($p < 0,05$).

Dos 802 pesquisados que necessitavam de prótese dentária, as mulheres apresentaram maior necessidade, 581(35,7%) *versus* 221 (23,2%) homens, e dentre os 450 (56,1%) que obtiveram acesso, o maior percentual foi de mulheres [354(60,9%)] em relação aos homens [96 (43,4%)] com significância estatística ($p < 0,05$).

A tabela 1 mostra a distribuição das variáveis concernentes ao acesso e significância estatística entre o fato de o pesquisado ser homem ou mulher.

Tabela 1. Distribuição do acesso à escova, creme dental e próteses dentárias, segundo a variável, sexo. Guaiúba, 2007.

Acesso	Feminino		Masculino		Total		P<0,05
	N	%	N	%	N	%	
Possui Escova							
Sim	1497	58,0	844	32,7	2341	90,7	0,004
Não	131	5,1	109	4,2	240	9,3	
Total	1628	63,1	953	36,9	2581	100,0	
Utiliza Pasta							
Sim	1466	56,8	806	31,2	2272	88,0	0,0001
Não	162	6,3	147	5,7	309	12,0	
Total	1628	63,1	953	36,9	2581	100,0	
Acesso ao Dentista							
Sim	795	30,8	380	14,7	1175	45,5	0,0001
Não	833	32,3	573	22,2	1406	54,5	
Total	1628	63,1	953	36,9	2581	100,0	
Se Sim (Motivo)							
Emergência	229	28,8	117	30,8	346	29,4	0,485
Visita regular	566	71,2	263	69,2	829	70,6	
Total	795	100,0	380	100,0	1175	100,0	
Necessidade de prótese							
Sim	581	35,7	221	23,2	802	31,1	0,0001
Não	1047	64,3	732	76,8	1779	68,9	
Total	1628	100,0	953	100,0	2581	100,0	
Acesso à Prótese							
Sim	354	60,9	96	43,4	450	56,1	0,010
Não	227	39,1	125	56,6	352	43,9	
Total	581	100,0	221	100,0	1449	100,0	

Discussão

A predominância do sexo feminino, apresentada nesta pesquisa, aponta a feminilização da velhice, expressada mais uma vez pelos novos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁸ (IBGE, 2010b) ao divulgar, dentre as pessoas com 60 anos ou mais, o total de 11.434.487 mulheres para 9.156.112 homens.

A utilização de escova e creme dental é feita pela maioria dos participantes, sendo que o percentual de posse da escova é um pouco maior do que o de creme dental. Apesar de não ter havido avaliação sobre a atitude na utilização da escova, essa diferença deve-se, possivelmente, ao fato de que a escova possui um custo menor em relação ao tempo de utilização quando comparada com o creme dental.

Colussi *et al.*²² (2011) afirmam que o consumo de dentifrício é significativamente maior em famílias de maior renda, podendo indicar que essas famílias priorizem o consumo do dentifrício não somente pelos seus efeitos preventivos/terapêuticos, mas especialmente pelo apelo da propaganda e efeito cosmético dos produtos de higiene bucal.

No estudo de Sobral, Ceará, Noro *et al.*²³ (2008) mostraram resultados semelhantes em relação à quase universalização de posse de escova dentária. Os autores consideram que isso pode ser esclarecido, entre outros motivos, pelo processo de educação em saúde, desenvolvidos de geração em geração com o acréscimo de informações importantes que são acessadas diariamente através de atividades profissionais nos municípios, propagandas e pela própria melhoria nas condições de saúde bucal.

Além disso, há que se considerar que a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – foi responsável pela entrega de milhares de kits com creme dental e escova em todos os municípios que possuem cobertura de equipes de saúde bucal⁸ (Brasil, 2010a).

Apesar de 90,7% dos entrevistados utilizarem escova dental, na análise por sexo revelou que as mulheres tiveram mais acesso a este bem mecânico utilizado para higiene bucal ($p=0,004$). O mesmo foi detectado quanto ao creme dental cuja diferença entre os sexos também foi significativa ($p=0,0001$) (Tabela 1).

O acesso ao serviço odontológico, caracterizado como visita ao dentista no último ano, foi realizado por menos da metade dos entrevistados. Quando se refere sobre visita ao dentista, considera-se diretamente à entrada inicial do usuário no serviço de saúde, ou seja, está relacionado com a oferta de vagas para a população prevalecendo a idéia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta²⁴ (PEREIRA *et al.*, 2009).

Importante mencionar que, neste estudo, o percentual de 45,5% de acesso ao serviço odontológico, apesar de insuficiente, assemelha-se ao detectado em um país desenvolvido, mesmo que as populações tenham faixas etárias diferentes. Cita-se, portanto, Ahn *et al.*²⁵ (2011) ao avaliarem nos EUA o acesso da população acima de 18 anos, 42,1% dos entrevistados receberam cuidados dentários preventivos a mais de um ano, constatando maior dificuldade para a população com menor escolaridade, baixa renda e habitantes da zona rural. Este percentual, relativamente importante na população de Guaíba, pode dever-se ao fato de a maioria de seus habitantes (78,51%) residirem na zona urbana.

Enquanto os dados sobre o acesso na população brasileira para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos figuram o percentual médio de 34,40%, na população do Nordeste é de 28,29%¹⁰ e no estado do Ceará este acesso, considerando as mesmas faixas etárias, sua média foi de 36,9%¹¹ (Brasil, 2004; Ceará, 2004).

Devido às dificuldades relacionadas à acessibilidade, referindo-se portanto, ao deslocamento e até desenvolvimento, o número de profissionais de saúde bucal na zona rural torna-se menor, levando a um comprometimento do acesso do usuário ao tratamento odontológico. Varene, Petersen e Ouattara²⁶ (2006) confirmam que as atitudes positivas de cuidado em saúde bucal e alto conhecimento sobre prevenção de doenças bucais são mais frequentemente encontradas entre áreas urbanas do que as populações rurais. Entre as soluções propostas por Aguirre-zero, Greene e Wright²⁷ (2009) consiste na integração dos serviços de saúde bucal com ações voltadas para a comunidade como, por exemplo, a atuação em centros comunitários e programas de rastreio e prevenção de doenças bucais para escolares. Essa forma de atuação diferenciada pode modificar o padrão de acesso da

população, em especial a de Guaiuba, na qual mais da metade (54,48%) não realizou qualquer tipo de consulta com o dentista no último ano.

Algo preocupante, do ponto de vista do acompanhamento em saúde bucal, deve-se ao fato de que ao indagar o motivo da visita àqueles 1175 (45,5%) usuários que realizaram a consulta odontológica no último ano, destes 30,38% buscou-na pela necessidade de consulta emergencial. (Tabela 1).

Isso constata a existência de demanda espontânea em detrimento da programada, o que impede o vínculo do profissional com a população adscrita e, possivelmente, contribui para uma condição de saúde bucal insatisfatória, vista que ações focadas no assistencialismo dificultam a operacionalização do princípio da Equidade.

Neste item, igualmente, os dados do acesso ao consultório odontológico no último ano, pela população de Guaiuba, mostraram-se maiores entre as mulheres em relação aos homens ($p=0,0001$). Estes resultados são corroborados por pesquisas que revelaram ser o número de mulheres, que buscam acesso ao serviço odontológico, superior ao de homens⁹ (Rocha e Góes, 2008), do mesmo modo, em uma cidade do estado do Paraná, o acesso aos serviços de saúde na Estratégia Saúde da Família apresentou-se superior ao dos homens⁵. (BALDANI e ANTUNES, 2011).

Na adoção de práticas de autocuidado, encontram-se possíveis explicações para a menor procura dos homens pelo serviço de saúde. Destacam-se fatos relacionados às amarras culturais da masculinidade (homem visto como viril, invulnerável e forte), medo da descoberta de doença grave, vergonha da exposição do corpo, tempo disponível e falta de unidades específicas. Os autores enfatizam que os homens por se sentirem invulneráveis se expõem mais e acabam ficando vulneráveis²⁸ (Gomes *et al.*, 2007).

Neste contexto, vários fatores ainda podem estar correlacionados para utilização dos serviços de saúde. Silva *et al.*² (2010) aponta que os homens, geralmente, são os responsáveis pela renda familiar e que coincide o horário em que as unidades de saúde estão funcionando com o do seu trabalho, dificultando portanto, a busca pelo tratamento. A maior “disponibilidade” da mulher permite também que a mesma tenha mais facilidade de perceber a necessidade de acordo com as suas condições de saúde bucal. No estudo de Guaiuba, o percentual de acesso das mulheres (30,8%) ao serviço de saúde bucal é mais do que o dobro do percentual de homens (14,7%). (Tabela 1).

Ao se considerar o acesso aos serviços de saúde bucal, inclui-se a ciência de que somente a realização e procedimentos odontológicos não são capazes de melhorar, isoladamente, as condições de saúde de uma população. Narvai²⁹ (2006) critica que os marcos teóricos da prática odontológica são alicerçados pelos aspectos biológicos e individuais, desconsiderando a complexidade dos processos sociais.

Thomson *et al.*³⁰ (2010), realizou um estudo onde detectaram que os frequentadores de rotina têm melhores condições de saúde bucal auto-relatado, menos cárie dentária e menor perda de dente. Esse estudo suporta a noção de que atendimento odontológico de rotina está associado com melhor resultado de saúde bucal. É, portanto, adequado para as atuais mensagens de saúde bucal promover visitas regulares odontológicas por serem consideradas como pilares da Odontologia Preventiva^{31,32} (Axelsson *et al.*, 1991; Richards e Amin, 2002).

Para Colussi e Calvo³³ (2012), dentre os vários problemas que afetam o desenvolvimento dos serviços de saúde bucal, destaca-se a baixa qualificação dos profissionais na área de Saúde Coletiva. Isso repercute diretamente nas ações realizadas nas unidades de saúde, com tendência para priorização do atendimento individual focado em intervenções meramente clínicas cujas consequências desse tipo de estratégia podem tender a aumentar o edentulismo.

Quanto à prótese dentária, do universo desta pesquisa, 56,14% necessita algum tipo de prótese dentária, ou seja, apresentam edentulismo total ou parcial. Aponta, outrossim, que do

percentual desta necessidade, o das mulheres (64,31%) é muito superior ao dos homens (42,18%). (Tabela 1).

Contudo, nos Levantamentos Epidemiológicos SB Brasil de 2003 e 2010^{10,8}, observa-se que houve uma maior quantidade de pessoas com edentulismo parcial, em detrimento ao total, sugerindo que as ações preventivas, individuais ou coletivas, têm repercutido de forma positiva na diminuição do número de exodontias.

Embora tenha ocorrido melhoria no Brasil, a tendência na diminuição do edentulismo tem sido mencionada por trabalhos em países como a Inglaterra, Austrália, Dinamarca, Noruega e Suécia, demonstrando que na Europa Ocidental o percentual de edentulismo em pessoas acima de 65 anos, apresenta-se abaixo de 40% há mais de uma década, diferentemente de países em que a perda de dentes ainda é aceita como processo que faz parte da vida, especialmente na população idosa (GIBLINI *et al.*, 2010; OZKAN *et al.*, 2011; MÜLLER *et al.*, 2007)^{6,13,34}. Apesar de no Brasil se constatar melhoria neste quadro, ainda é elevada a necessidade para o tratamento de reabilitação protética em idosos, podendo estar relacionadas, também, a fatores socioeconômicos³⁵ (Ribeiro *et al.*, 2011).

Neste estudo, o acesso, dentre os pesquisados que necessitavam de prótese dentária, foi de apenas 450 (31,1%), ressaltando que as mulheres obtiveram maior acesso demonstrado com significância estatística ($p=0,0001$). Advertindo sobre esta problemática Araújo e Sukekava³⁶ (2007), ressaltam que os problemas na saúde bucal causam repercussões negativas na qualidade de vida do indivíduo, dado que os aspectos funcionais do sistema estomatognático, como mastigação, deglutição e fala, podem ficar comprometidos, assim como a estética do sorriso e, frequentemente, a auto-estima pessoal. Neste contexto, Kuo *et al.*³⁷ (2009) explica que o uso de prótese dentária será responsável não só pela função mastigatória e ingestão nutricional, mas também por uma melhora física e social na qualidade de vida.

No entanto, o acesso para suprir essas necessidades ainda é restrito, quando se verificou que, nos participantes edêntulos, somente 33,81%, das mulheres tiveram acesso à prótese dentária, enquanto que para os homens, esse percentual foi de apenas 23,88%. Neste sentido, o acesso prioritário a serviços odontológicos de próteses torna-se uma questão de grande relevância, levando os gestores a buscarem estratégias para formular políticas públicas³⁸ (GIORDANI *et al.*, 2010). Uma dessas medidas é a implantação de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias que são incentivados financeiramente pelo Ministério da Saúde através do Programa Brasil Sorridente. Contudo, o esforço para enfrentamento dos problemas de saúde bucal deve ocorrer, também, a partir de uma articulação da sociedade com o setor público³⁹ (Antunes e Narvai, 2010). Esta articulação facilita atender a necessidade de saúde bucal encontrada e direcionar as ações para que se possam reduzir as desigualdades, por vezes tão evidentes, nas condições de saúde bucal da população brasileira.

Esta pesquisa apresenta algumas limitações, considerando ser um estudo generalizado para toda a população de Guaiuba, a qual, de acordo com cada faixa de idade possui necessidades diferentes. No entanto, os achados demonstram a necessidade, em todos os níveis populacionais, de estratégias gerais e específicas direcionadas para reduzir existentes disparidades sócio-econômicas, promover programas de educação baseada em medidas preventivas, ao nível individual e coletivo, a fim de prevenir a cárie dentária, a principal causa de perda de dentes, e melhorar o acesso da população, possibilitando-a o tratamento reabilitador quando necessário.

Conclusão

Apesar da quase universalização do acesso à escova e creme dental a condição de saúde bucal na população ainda requer cuidados preventivos, educativos e de promoção de saúde.

O acesso aos bens e serviços de saúde, assim como a oferta para tratamento odontológico, apresenta o sexo como fator influenciador.

As mulheres deparam-se com as maiores necessidades e a maioria dos benefícios.

O edentulismo, comprovado através da necessidade no uso de próteses dentárias, ainda afeta boa parte da população e apenas uma pequena parcela desta consegue acesso às próteses dentárias.

Somente políticas públicas consistentes e contínuas serão capazes de melhorar o acesso aos serviços de saúde bucal, podendo beneficiar os usuários em busca da melhoria da qualidade de vida.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Silva KC, Sousa AS, Carnut L, Rodrigues CS. Percepção sobre o acesso aos serviços de atenção primária à saúde bucal: uma perspectiva de gênero. *J Manag Prim Health Care*, 2010;1(1):1-7.
3. Healthy people 2020. Improving the health of America. Disponível em: <http://www.healthypeople.gov/2020/about/DisparitiesAbout.aspx>. Acesso em 21 fev 2012.
4. Chairman MW, Maze BA. Canadian Oral Health Strategy. Disponível em: <http://www.fptdwg.ca/assets/PDF/Canadian%20Oral%20Health%20Strategy%20-%20Final.pdf>. Acesso em 21 fev 2012.
5. Baldani MH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(2):272-283.
6. Gibilini C, Esmeriz CEC, Volpato LF, Meneghim ZMAP, Silva DD, Sousa MLR. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arq Odontol* 2010; 46(4):213-223.
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD. Um panorama da saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf. Acesso em 11 fev 2012.
8. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Brasil, 2010a. Disponível em: Acesso em: 2012 fev 11. http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/apresentacao_abbrasil_2010.pdf
9. Rocha RACP, Góes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(12):2871-2880.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Coordenação Nacional de Saúde Bucal Brasília-DF 2004a.
11. Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal no Estado do Ceará – SB Ceará: Resultados finais. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza; 2004.
12. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciências & Saúde Coletiva* 2012; 17 (2):397-406.
13. Ozkan Y, Özcan M, Kulak Y, Kazazoglu E, Arıkan A. General health, dental status and perceived dental treatment needs of an elderly population in Istanbul. *Gerodontology* 2011; 28(1):28-36.
14. Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. *Cad Saúde Pública*, 2009; 25(12) 2661-2671.
15. Crispim AJ, Saupe R, Boing AF. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese e de alterações de tecidos moles bucais em idosos de uma comunidade de Itajaí – SC. *Arq Catarin Med* 2009;38(2):53-57.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/CNSB/brasil_sorridente.php Acesso em: 2012 fev 11.
17. Saintrain MVL. Proposta de um indicador comunitário em saúde bucal. RBPS 2007; 20(3):199-204.
18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento e gestão, Brasil. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm. Acesso em 06 out 2011].
19. Ceará. Prefeitura Municipal de Guaiuba. Conheça o município. Guaiuba,2012. Disponível em: <http://www.guaiuba.ce.gov.br/home.php?st=conheca>. Acesso em 12 fev 2012.
20. Santos GEO. Cálculo amostral: calculadora on-line.[Acesso em 09 mai 2007]. Disponível em: <<http://calculamostral.vai.la>.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Homologa Resolução N°196 de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.
22. Colussi PRG, Haas AN, Oppermann RV, Rösing, CK. Consumo de dentifrício e fatores associados em um grupo populacional brasileiro. Cad Saúde Pública 2011; 27(3):546-554.
23. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(7):1509-1516.
24. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KCL, Roncalli AGR. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad Saúde Pública 2009; 25(5):985-996.
25. Ahn S, Burdine JN, Smith ML, Ory MG, Phillips CD. Residential Rurality and Oral Health Disparities: Influences of Contextual and Individual Factors. J Primary Prevention 2011; 32 (1):29-34.
26. Varenne B, Petersen PE, Ouattara SI. Oral health behaviour of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. Int Dent J 2006; 56(2):61-70.
27. Aguirre-zero O, Greene M, Wright ER. Oral Health Needs in Indiana: Developing an Effective and Diverse Workforce. Center for Health Policy [série na Internet] 2009 mai [Acesso em 12 fev 2012]. Disponível em: <https://archives.iupui.edu/handle/2450/4588?show=full>
28. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saúde Pública, 2007; 23 (3):565-574
29. Narvai PC. Saúde Bucal Coletiva, Bucalidade e Antropofagia. Ciências e Saúde Coletiva 2006;11(1):18-21.
30. Thomson WM, Williams SM, Broadbent JM, Poulton R, Locker D. Long-term Dental Visiting Patterns and Adult. Oral Health Dent Res 2010; 89(3): 307-311.
31. Axelsson P, Lindhe J, Nyström B. On the prevention of caries and periodontal disease: results of a 15-year longitudinal study in adults. J Clin Periodontol 1991; 18(3):182-189.
32. Richards W, Ameen J. The impact of attendance patterns on oral health in a general dental practice. Br Dent J 2002;193(12): 697-702.
33. Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. Saúde & Transformação Social 2012; 3(1):92-100.
34. Müller F, Naharro M, Carlsson GE. What are the prevalence and incidence of tooth loss in the adult and elderly population in Europe? Clin Oral Impl Res 2007; 18(3):2-14.

35. Ribeiro MTF, Rosa MAC, Lima RMN, Vargas AMD, Hadda JPA, Ferreira EF. Edentulism and shortened dental arch in Brazilian elderly from the National Survey of Oral Health 2003. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(5):817-823.
36. Araújo MG, Sukekava F. Epidemiologia da doença periodontal na América Latina. *Periodontia* 2007; 17 (2):7-13.
37. Kuo HC, Yang YH, Lai SK, Yap SF, Ho PS. The Association between health-related quality of life and prosthetic status and prosthetic needs in Taiwanese adults. *J Oral Rehabil* 2009; 36(3): 217–225.
38. Giordani JMA, Slavutzky SMB, Koltermann AP, Pattussi MP. Inequalities in prosthetic rehabilitation among elderly people: the importance of context. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 39(3):230–238.
39. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44 (2):360-5.