

Estudo da Acessibilidade Organizacional aos Serviços de Saúde Bucal de um Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro

Study on Organizational Accessibility to Oral Health Services in a Small Municipality in Northeastern Brazil

RICARDO DIAS CASTRO¹
ANGELO GIUSEPPE RONCALLI DA COSTA OLIVEIRA²
IARA MEDEIROS ARAÚJO³

RESUMO

Objetivo: Este trabalho se propôs avaliar, sob o ponto de vista dos usuários, a acessibilidade aos serviços de saúde bucal no município de Santa Cruz (RN), enfocando o aspecto organizacional, caracterizado por variáveis como demora em conseguir consulta, existência de filas, dificuldade para agendamento, falta de material, entre outras. **Material e Métodos:** Para tanto, questionários foram dirigidos a 194 usuários em seus domicílios, considerando o setor censitário. **Resultados:** Verificou-se que 12,9% da população nunca visitaram o dentista, e que a procura pelo serviço não foi influenciada pelas características individuais e socioeconômicas dos usuários, com exceção do gênero. Também observou-se que 36,1% dos usuários buscaram o dentista em menos de um ano, estando os mais jovens ($p < 0,05$) entre aqueles que buscam o dentista com mais frequência. 63,3% dos entrevistados relataram encontrar algum tipo de dificuldade quando da busca pelo atendimento odontológico. Foi identificado que 43,2% dos usuários esperam 3 semanas ou mais pelo atendimento. Destaca-se, ainda, que 71,4% dos entrevistados encontram dificuldades para conseguir atendimento de urgência, sendo a longa espera pela consulta a mais citada. **Conclusão:** Diante dos dados encontrados pôde-se verificar que a acessibilidade aos serviços de saúde bucal do município de Santa Cruz (RN) encontra-se prejudicada por fatores relacionados à organização das políticas públicas desenvolvidas, principalmente no que se refere ao processo de trabalho.

DESCRIPTORIOS

Acesso aos Serviços de Saúde. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Avaliação em Saúde.

SUMMARY

Objective: This study aimed to evaluate the accessibility to oral health services in Santa Cruz (RN), focusing on the organizational aspect which is characterized by variables like delay in getting consultation, waiting lines, difficulty scheduling appointments, lack of material, among others. **Material and Methods:** For such purpose, questionnaires were addressed to 194 users' houses based on census tract. **Results:** It has been found that 12.9% of the population has never gone to the dentist's office, and that the service demand has not been affected by users' individual and socioeconomic characteristics, except for gender. Data have revealed that 36.1% of users went to the dentist's in less than a year. In addition, the youngest users are among those who seek the dentist's office more frequently ($p < 0.05$). 63.3% of the interviewees have reported they find some kind of difficulty when seek for dental care, and 43.2% of users have waited three weeks or more for assistance. It is also noteworthy that 71.4% of the interviewees have been finding difficulties in getting access to urgency care, and that long wait for the consultation is the most frequently cited matter. **Conclusion:** It could be verified that accessibility to oral health services in the municipality of Santa Cruz (RN) has been hampered by factors related to public policies organization, especially with regards to the work process.

DESCRIPTORS

Health Services Accessibility. Health Policy, Planning and Management. Health Evaluation.

1 Professor Adjunto do Departamento de Clínica e Odontologia Social da Universidade Federal da Paraíba.

2 Professor Associado do Departamento de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFRN.

3 Professora-orientadora da FAMENE/FACENE. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

A compreensão da atual forma de organização dos serviços de saúde bucal no Brasil nos remete à análise do contexto histórico que determinou a situação vigente. A insatisfação popular quanto aos serviços de saúde bucal sempre foi evidente, já que os mesmos se caracterizavam por serem excludentes e centralizados (CASTRO, 2007).

No Brasil, os serviços de saúde bucal se apresentam como um dos grandes problemas a serem equacionados pelos sistemas públicos de atenção à saúde. A grande demanda acumulada pelos modelos excludentes, posta em cheque pela implantação do SUS, ainda é um problema que requer solução urgente, mesmo considerando o pouco tempo de existência de um modelo com base na universalidade da atenção (ROCALLI, 2000).

Várias novas propostas foram lançadas pelo Ministério da Saúde com o intuito de dinamizar o processo de trabalho e melhorar a prestação dos serviços. A Saúde Bucal foi incluída na Estratégia Saúde da Família e, a partir daí, o modelo de prática odontológica, até então vigente no serviço público, passou a ser enfaticamente questionado (CASTRO, 2007).

A atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) objetiva ampliar e garantir assistência odontológica à população para além dos pressupostos do PSF, ou seja, busca-se o desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância à saúde por meio de ações de promoção, prevenção e tratamento, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em todos os níveis de atenção, visando obedecer ao princípio da integralidade (BRASIL, 2006). Dessa forma, espera-se que os usuários encontrem maior facilidade ao procurarem os serviços de saúde bucal (COSTA, 1990; SOUZA, 2005; KOVACS *et al.*, 2005; BRASIL, 2006).

Porém, a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal ainda parece uma realidade difícil de alcançar. Por mais que a saúde bucal tenha sua importância reconhecida, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos (BARROS, BERTOLDI, 2002).

Assim, conhecer a amplitude do acesso aos serviços de saúde bucal implica trabalhar na perspectiva do processo de avaliação e planejamento em saúde. Dentro do sistema de saúde, existe a necessidade de se conhecer as características dos usuários dos serviços de saúde e seu padrão de utilização, principalmente ao considerar as mudanças ocorridas no sistema de saúde brasileiro como a implementação do PSF e aumento da rede de atenção básica (CAPILHEIRA, SANTOS, 2006; FERREIRA, 2004).

Consoantes às práticas de avaliação em saúde e as novas propostas de reorganização do setor saúde, este estudo tomou como referencial o município de Santa Cruz, localizado no Estado do Rio Grande do Norte. Trata-se de um município de pequeno porte, onde as ações de saúde bucal do serviço público são desempenhadas de acordo com as características políticas, econômicas e culturais que influenciam o setor, representando, dessa forma, a maioria dos municípios que compõem o país. Ainda há de se considerar que o referido município alberga uma unidade acadêmica, o Hospital Universitário Ana Bezerra (UFRN), o que facilitou as atividades de estudo.

Dessa maneira, diante da realidade de mudança na organização do sistema de saúde brasileiro com a implantação do PSF, e sendo este, muitas vezes, o único meio de assistência em saúde bucal no setor público, e que ainda existem grandes expectativas de mudanças no modelo de atenção, caberia a seguinte indagação: estaria a população de Santa Cruz (RN) com a garantia de acesso aos serviços de saúde bucal? E ainda, quais os fatores organizacionais dos serviços que podem estar influenciando na oferta dos serviços de saúde bucal?

METODOLOGIA

Cenário de estudo

Os dados referentes ao cenário do estudo foram obtidos no Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Cruz e são pertinentes ao período de coleta dos dados da pesquisa (SANTA CRUZ, 2006).

O presente estudo foi desenvolvido no município de Santa Cruz, localizado na região do Trairi do Estado do Rio Grande do Norte, distante 115 Km da capital do Estado, Natal. O referido município conta com uma população de 32.796 habitantes, constituindo sede de módulo para os municípios que compõem o Consórcio Intermunicipal de Saúde, constituído atualmente por 10 municípios.

O município conta com cerca de trinta comunidades rurais, sendo sua principal atividade produtiva caracterizada pela agropecuária, especialmente agricultura de subsistência e produção de frutas. Os serviços de saúde pública funcionam nos seguintes estabelecimentos: Hospital Regional Aluizio Bezerra, Hospital Universitário Ana Bezerra, dois centros de saúde, quatro postos de saúde na zona urbana, Clínica de Reabilitação Infantil (CRI) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Em relação ao Programa Saúde da Família (PSF),

funcionam 10 Equipes de Saúde da Família (ESF) e seis Equipes de Saúde Bucal (ESB). É importante destacar que três ESB foram implantadas durante o processo de coleta de dados.

Os serviços de saúde bucal privados são representados por seis consultórios odontológicos.

Sujeitos da pesquisa e delineamento amostral

Os sujeitos participantes da pesquisa foram os usuários dos serviços de saúde bucal, os quais foram abordados em seus domicílios. Visando a representatividade do município em estudo, foi considerado o setor censitário, definido como a menor unidade de análise utilizada pelo IBGE para as quais se pode dispor de dados socioeconômicos, constando de aglomerados de, em média, 300 domicílios.

Foram considerados usuários da zona urbana e rural. O cálculo amostral foi realizado considerando a “prevalência estimada do evento” representada pelo indicador “nunca foi ao dentista” + “foi ao dentista há mais de 3 anos” do Relatório do Projeto SB BRASIL 2000, utilizando-se a fórmula a seguir:

$$n = \frac{z^2 (1 - P)}{\varepsilon^2 P}$$

n – Tamanho da amostra;

Z – Valor da distribuição normal padrão correspondente ao nível de confiança de 95% desejado que é igual a 1,96;

P – Prevalência estimada do evento;

ε – Margem de erro

Dessa forma, foram considerados os seguintes valores para o cálculo amostral:

- Prevalência do evento “nunca foi ao dentista” + “foi ao dentista há mais de 3 anos” = 47,1%
- Taxa de não resposta = 20,0%
- Margem de erro = 15,0%

Aplicando os valores na fórmula do cálculo amostral, temos que **n = 194**.

Segundo metodologia descrita pelo Projeto SB Brasil 2000, foram analisados 10 setores censitários de um universo de 20, sendo sorteados 9 setores na zona urbana, onde foram visitados 167 domicílios, número que corresponde a 86,0% da amostra, visto que essa porcentagem representa as pessoas que moram na zona

urbana do município (IBGE, 2000). Foi identificado um morador para responder às perguntas, ou seja, apenas um morador (selecionado por conveniência) respondeu ao questionário. A abordagem aos usuários nos seus domicílios foi feita de forma ponderada, considerando as quadras presentes em cada setor censitário.

Ainda foram entrevistados 27 usuários moradores da zona rural (número que corresponde a 13,92 % da amostra já que esta porcentagem representa as pessoas que moram na zona rural do município), sendo escolhida por conveniência 1 comunidade rural. A zona rural não dispõe de instalações físicas para atendimento odontológico, sendo este é desenvolvido no espaço físico cedido pela Maçonaria, localizado na zona urbana.

Instrumento de Coleta de dados

Foram realizadas entrevistas estruturadas através da aplicação de um roteiro formulário com perguntas abertas e fechadas junto aos usuários. O formulário elaborado foi baseado na pesquisa realizada pelo Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (BRASIL, 2007).

O referido formulário foi composto por 17 questões que contemplavam informações sobre o perfil dos entrevistados (escolaridade, ocupação, renda familiar, gênero e idade) e a dimensão político-organizacional dos serviços de saúde bucal (regularidade de visita ao dentista, satisfação com os serviços ofertados, resolatividade dos problemas, dificuldades para atendimento odontológico, dificuldades geográficas relacionadas ao acesso aos serviços, acolhimento, visitas domiciliares e oferta de serviços de urgência).

Seguindo as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sendo aprovado sob o número de protocolo 125/06.

Análise dos dados

O banco de dados da pesquisa foi construído na plataforma SPSS versão 13.0, com posterior verificação de consistência da digitação.

As variáveis obtidas pelo questionário foram categorizadas e expressas na forma de frequências absolutas e percentuais, compondo uma análise descritiva inicial. Em seguida, algumas associações foram testadas, considerando, como variáveis dependentes de interesse, aquelas relativas ao acesso aos serviços de saúde bucal. Como variáveis explanatórias, foram identificadas

informações relativas às condições socioeconômicas e determinantes de caráter individual como faixa etária e gênero. Para verificação da significância estatística da associação foi utilizado o teste Qui-Quadrado, com $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

A caracterização da amostra está demonstrada na Tabela 1, onde se observa que a grande parte dos entrevistados é do gênero feminino, moradores da zona urbana, tem renda entre 1 e 2 salários mínimos e pertence a classe econômica D ou E.

Na população residente em Santa Cruz (RN), 63,3% encontram algum tipo de dificuldade para atendimento odontológico, havendo uma significativa associação entre a existência de dificuldades para conseguir o atendimento, bem como a longa espera pelo mesmo e a procura pelos serviços públicos de saúde bucal ($p<0,001$). As dificuldades expressadas pelos usuários encontram-se na Figura 2.

Em relação ao atendimento de urgência, 71,1% dos usuários relatam existir algum tipo de dificuldade

quando da procura pelo atendimento, assim como retrata a Figura 3.

Foi observado neste estudo que 23,2% dos usuários encontram algum tipo de dificuldade de ordem geográfica para chegar à Unidade Básica de Saúde (UBS), que 96,9% dos usuários nunca receberam a visita de um profissional de saúde bucal em sua residência, que 88,1% se sentem bem acolhidos quando procuram os serviços das UBS e que a maioria (65,7%) encontra resolutividade para seus problemas, sendo que 65,4% classificam os serviços disponíveis como “Bom ou Ótimo”.

Na tentativa de identificar os principais fatores condicionantes para o acesso aos serviços de saúde bucal, foi realizada uma análise de associação considerando o acesso propriamente dito (“nunca foi” e “foi pelo menos uma vez”), a frequência de visita (“menos de 1 ano” e “de 1 a 2 anos”) e o motivo da procura (“quando sente dor”, “quando precisa” e “regularmente”), como variáveis dependentes. Como variáveis explanatórias, consideraram-se duas dimensões: as características individuais e as condições socioeconômicas. Os resultados estão expressos nas Tabelas 2 a 7.

Tabela 1. Caracterização dos usuários dos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006.

| Variáveis estudadas | Categorias | Frequências | |
|-------------------------|-------------------------|-------------|-------|
| | | N | % |
| Gênero | Feminino | 147 | 75,8% |
| | Masculino | 47 | 24,2% |
| Faixa etária | Até 30 anos | 59 | 30,4% |
| | 31 a 40 anos | 48 | 24,7% |
| | 41 anos e mais | 87 | 44,8% |
| Área de moradia | Zona Urbana | 167 | 86,1% |
| | Zona Rural | 27 | 13,9% |
| Ocupação | Sem salário | 101 | 52,1% |
| | Outros | 93 | 47,9% |
| Renda | < 1 salário mínimo | 67 | 34,5% |
| | 1 a 2 salários mínimos | 107 | 55,2% |
| | 3 ou + salários mínimos | 20 | 10,3% |
| Condição socioeconômica | B ₂ e C | 43 | 22,2% |
| | D e E | 151 | 77,8% |

Os dados referentes ao acesso aos serviços de saúde bucal estão expressos na Figura 1.

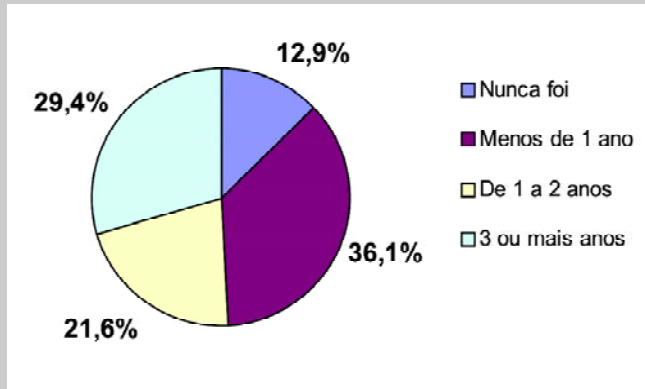


Figura 1. Tempo desde a última consulta com o dentista. Santa Cruz (RN), 2006.

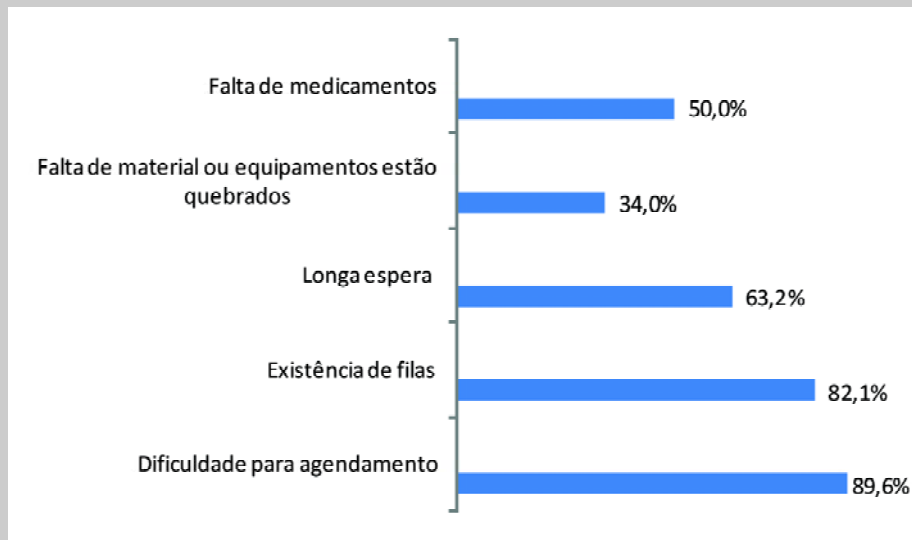


Figura 2. Dificuldades encontradas pelos usuários quando da procura pelo atendimento odontológico. Santa Cruz (RN), 2006.

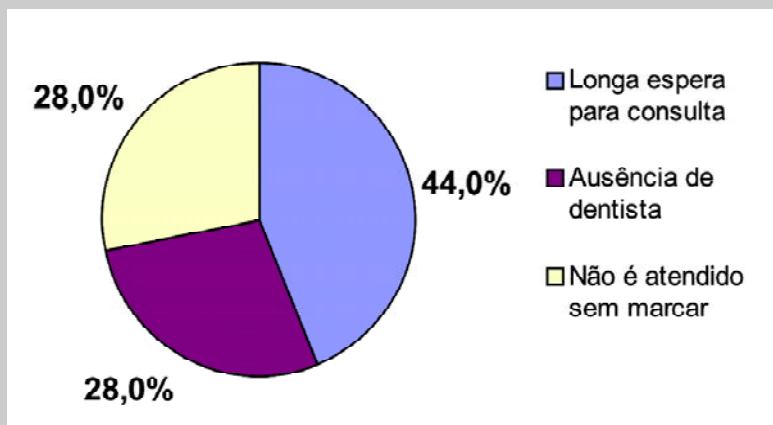


Figura 3. Dificuldades encontradas pelos usuários quando da procura pelo serviço de urgência odontológica. Santa Cruz (RN), 2006.

Tabela 2. Acesso aos serviços de saúde bucal segundo as características individuais dos usuários, Santa Cruz, RN, 2006.

| Variável | | Acesso aos serviços de saúde bucal | | | | χ^2 | p |
|---------------------|----------------|------------------------------------|-------|---------------------------|-------|----------|-------|
| | | Nunca foi | | Foi pelo ao menos uma vez | | | |
| | | N | % | n | % | | |
| Faixa Etária | Até 30 anos | 7 | 28,0% | 52 | 30,8% | 0,125 | 0,939 |
| | 31 a 40 anos | 6 | 24,0% | 42 | 24,9% | | |
| | 41 anos e mais | 12 | 48,0% | 75 | 44,4% | | |
| Gênero | Masculino | 13 | 52% | 34 | 20,1% | 12,059 | 0,001 |
| | Feminino | 12 | 48% | 135 | 79,9% | | |

Tabela 3. Frequência de visita ao dentista segundo as características individuais dos usuários. Santa Cruz, RN, 2006.

| Variável | | Frequência de visita ao dentista | | | | χ^2 | p |
|---------------------|----------------|----------------------------------|-------|---------------|-------|----------|-------|
| | | Menos de 1 ano | | De 1 a 2 anos | | | |
| | | N | % | N | % | | |
| Faixa Etária | Até 30 anos | 28 | 40,0% | 24 | 24,2% | 8,490 | 0,014 |
| | 31 a 40 anos | 20 | 28,6% | 22 | 22,2% | | |
| | 41 anos e mais | 22 | 31,4% | 53 | 53,5% | | |
| Gênero | Masculino | 17 | 24,3% | 17 | 17,2% | 1,291 | 0,256 |
| | Feminino | 53 | 75,7% | 82 | 82,8% | | |

Tabela 4. Determinantes individuais que influenciam a procura pelo dentista, Santa Cruz, RN, 2006.

| Variável | | Razões da procura pelos serviços de saúde bucal | | | | | | χ^2 | p |
|---------------------|----------------|---|-------|----------------|-------|--------------|-------|----------|-------|
| | | Quando sente dor | | Quando precisa | | Regularmente | | | |
| | | N | % | n | % | N | % | | |
| Faixa Etária | Até 30 anos | 12 | 21,4% | 33 | 34,7% | 7 | 38,9% | 4,435 | 0,350 |
| | 31 a 40 anos | 18 | 32,1% | 20 | 21,1% | 4 | 22,2% | | |
| | 41 anos e mais | 26 | 46,4% | 42 | 44,2% | 7 | 38,9% | | |
| Gênero | Masculino | 14 | 25,0% | 18 | 18,9% | 2 | 11,1% | 1,820 | 0,402 |
| | Feminino | 42 | 75,0% | 77 | 81,1% | 16 | 88,9% | | |

Tabela 5. Determinantes socioeconômicos do acesso aos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006.

| Variável | | Acesso aos serviços de saúde bucal | | | | | |
|----------------------|--------------------|------------------------------------|-------|------------------------|-------|----------------|-------|
| | | Nunca foi | | Foi pelo menos uma vez | | X ² | P |
| | | N | % | N | % | | |
| Área | Urbana | 20 | 80,0% | 147 | 86,1% | 0,886 | 0,347 |
| | Rural | 5 | 20,0% | 22 | 13,9% | | |
| Ocupação | Sem renda | 11 | 44,0% | 90 | 53,3% | 0,747 | 0,387 |
| | Com renda | 14 | 56,0% | 79 | 46,7% | | |
| Renda | < 1 SM | 13 | 52,0% | 54 | 32,0% | 4,290 | 0,117 |
| | 1 a 2 SM | 11 | 44,0% | 96 | 56,8% | | |
| | 3 ou mais SM | 1 | 4,0% | 19 | 11,2% | | |
| Densidade Domiciliar | Baixa | 13 | 52,0% | 88 | 52,1% | 0,000 | 0,995 |
| | Alta | 12 | 48,0% | 81 | 47,9% | | |
| Classe social | B ₂ e C | 2 | 8,0% | 41 | 24,3% | 3,338 | 0,068 |
| | D e E | 23 | 92,0% | 128 | 87,1% | | |

Tabela 6. Associação entre fatores socioeconômicos e frequência de visita ao dentista, Santa Cruz, RN, 2006.

| Variável | | Frequência de Visita ao Dentista | | | | | |
|----------------------|--------------------|----------------------------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|
| | | Menos de 1 ano | | 1 ano ou mais | | X ² | P |
| | | N | % | N | % | | |
| Área | Urbana | 60 | 85,7% | 87 | 87,9% | 0,170 | 0,680 |
| | Rural | 10 | 14,3% | 12 | 12,2% | | |
| Ocupação | Sem renda | 32 | 45,7% | 58 | 58,6% | 2,729 | 0,099 |
| | Com renda | 38 | 54,3% | 41 | 41,4% | | |
| Renda | < 1 SM | 28 | 40,0% | 26 | 26,3% | 3,560 | 0,169 |
| | 1 a 2 SM | 35 | 50,0% | 61 | 61,6% | | |
| | 3 ou mais SM | 7 | 10,0% | 12 | 12,1% | | |
| Densidade Domiciliar | Baixa | 32 | 45,7% | 56 | 56,6% | 1,935 | 0,164 |
| | Alta | 38 | 54,3% | 43 | 43,4% | | |
| Classe social | B ₂ e C | 13 | 18,6% | 28 | 28,3% | 2,105 | 0,147 |
| | D e E | 57 | 81,4% | 71 | 71,7% | | |

Tabela 7. Associação entre fatores socioeconômicos e procura pelos serviços de saúde bucal, Santa Cruz, RN, 2006.

| Variável | | Razões da procura pelos serviços de saúde bucal | | | | | | χ^2 | p |
|----------------------|--------------------|---|-------|----------------|-------|--------------|-------|----------|-------|
| | | Quando sente dor | | Quando precisa | | Regularmente | | | |
| | | N | % | n | % | N | % | | |
| Área | Urbana | 38 | 90,5% | 51 | 86,4% | 8 | 80,0% | 0,907 | 0,636 |
| | Rural | 4 | 9,5% | 8 | 13,6% | 2 | 20,0% | | |
| Ocupação | Sem renda | 20 | 47,6% | 28 | 47,5% | 1 | 10,0% | 5,197 | 0,074 |
| | Com renda | 22 | 52,4% | 31 | 52,5% | 9 | 90,0% | | |
| Renda | < 1 SM | 13 | 31,0% | 19 | 32,2% | 3 | 30,0% | 4,246 | 0,374 |
| | 1 a 2 SM | 27 | 64,3% | 30 | 50,8% | 5 | 50,0% | | |
| | 3 ou mais SM | 2 | 4,8% | 10 | 16,9% | 2 | 20,0% | | |
| Densidade domiciliar | Baixa | 13 | 31,0% | 32 | 54,2% | 5 | 50,0% | 5,483 | 0,065 |
| | Alta | 29 | 69,0% | 27 | 45,8% | 5 | 50,0% | | |
| Classe social | B ₂ e C | 12 | 28,6% | 14 | 23,7% | 2 | 20,0% | 0,464 | 0,793 |
| | D e E | 30 | 71,4% | 45 | 76,3% | 8 | 80,0% | | |

DISCUSSÃO

No que se refere às características dos usuários, observa-se que a amostra estudada foi composta, em sua maioria, por mulheres (75,8%), fato que pode limitar a interpretação de alguns dados, atuando como fator de confusão, já que as mulheres tendem a procurar com mais frequência os serviços de saúde, dado constatado por CAPILHEIRA, SANTO (2006). Outro motivo que pode ter determinado o grande número de pessoas do gênero feminino é que a pesquisa foi realizada em domicílio e, culturalmente, as mulheres tendem a ficar mais tempo em suas casas, desempenhando suas atividades domésticas.

Grande parcela da amostra apresenta condições socioeconômicas desfavoráveis. Foi encontrado que dos usuários entrevistados, 77,8% pertencem às classes sociais D e E, quando avaliados segundo o Critério Brasil (ABEP, 2003). Ainda foi verificado que 55,2% detêm uma renda, reconhecida como o somatório de todo o ganho da família, de 1 a 2 salários mínimos.

A pesquisa realizada pelo IBGE em 1998, PNAD,

mostrou que a proporção de pessoas que nunca foi ao dentista é 16 vezes maior entre os mais pobres (BARROS, BERTOLDI, 2002). Esse fato evidencia que deve haver um planejamento adequando do setor saúde, buscando ampliar o acesso, principalmente em locais de alta concentração de pessoas com condições socioeconômicas desfavoráveis. Neste estudo não foi observada associação entre as variáveis renda e classe social e acesso aos serviços de saúde do município estudado.

Com relação à utilização dos serviços de saúde bucal, verificou-se que 12,9% dos entrevistados nunca tinham ido ao dentista, dado bastante semelhante ao encontrado no último levantamento epidemiológico realizado no Brasil na área de saúde bucal, Projeto SB Brasil (BRASIL, 2004), o qual demonstrou que 13,43% da população brasileira, na faixa etária de 15 a 19 anos nunca visitaram o dentista, sendo que, no Nordeste do país, esse número chega a 21,65%. Ressalta-se que neste estudo a faixa etária não foi considerada na análise, não permitindo, assim, comparações com os resultados dos levantamentos epidemiológicos brasileiros. De toda forma, destaca-se que nunca ter consultado o dentista

é um indicador bastante negativo relacionado à falta de acesso aos serviços odontológicos (PINHEIRO, TORRES, 2006).

Segundo dados da PNAD 2003, observa-se que no Estado do Rio Grande do Norte 18,1% dos indivíduos nunca consultaram o dentista, o que reflete uma redução da prevalência desse evento quando comparada com a da PNAD de 1998. Tal redução pode ser resultado de maior investimento em políticas e programas de saúde bucal no País e relacionados ao tempo de implantação do SUS. Percebe-se que ocorreu uma melhoria na oferta de serviços, muito embora não esteja diretamente relacionada à melhoria na qualidade deste atendimento (PINHEIRO, TORRES, 2006).

Vale ressaltar que os dados da nossa pesquisa foram obtidos a partir de entrevistas com pessoas adultas, enquanto que os inquéritos nacionais (SB BRASIL, 2003; PNAD, 1998; PNAD, 2003) foram realizados abrangendo todas as faixas etárias. Há uma menor chance de nunca ter consultado o dentista para todas as faixas etárias em comparação com as crianças menores de cinco anos (PINHEIRO, TORRES, 2006). Isso contribui para explicar a menor prevalência de pessoas que nunca foram ao dentista no nosso estudo.

Segundo o Ministério da Saúde, para se obter condição favorável para uma boa saúde bucal, preconiza-se que os indivíduos visitem o dentista frequentemente. Os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS são de uma consulta a cada dois anos até duas consultas odontológicas ao ano (BRASIL, 2002).

71,1% dos usuários relatam existir algum tipo de dificuldade quando da procura pelo atendimento de urgências, sendo a longa espera pela consulta a mais citada (Fig. 4). No ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) lançou “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, onde afirma que nas situações de urgência/emergências, o atendimento deverá ocorrer de forma incondicional, em qualquer unidade do sistema. Assim, quando 28% dos usuários afirmam que não são atendidos em situações de urgências sem prévia marcação, percebe-se inadequação do processo de trabalho, onde os direitos dos usuários não são considerados.

O MS preconiza que o acesso deve ocorrer próximo ao local de moradia (BRASIL, 2006), porém 23,2% dos usuários encontram algum tipo de dificuldade para chegar a Unidade Básica de Saúde (UBS). Segundo UNGELT (1990), a localização geográfica da UBS interfere na acessibilidade, sendo esta por sua vez é um pré-requisito fundamental para se garantir de atendimento. Por outro lado, RAMOS, LIMA (2003) acreditam que a proximidade geográfica entre a moradia

do paciente e o serviço de saúde não se constitui no elemento central determinante de sua escolha, já que esse fator pode não significar garantia de atendimento.

Como reflexo da inexistência de centro de referência para atendimento odontológico mais especializado verificou-se que 92,9% dos entrevistados nunca foram encaminhados para realização de consulta odontológica mais especializada, demonstrando ausência de resolutividade do sistema vigente, fator decisivo para obtenção de um estado de saúde pautado na integralidade da atenção.

Torna-se importante destacar que o HUAB atua no município como uma unidade acadêmica que presta assistência odontológica de baixa complexidade, sem o compromisso de assumir a posição de local de referência, já que não dispõe de capacitação técnica e nem estrutura física para tanto. Como o serviço público de saúde bucal de Santa Cruz é desenvolvido exclusivamente através das estratégias do Programa Saúde da Família, e que estas estão baseadas no princípio do vínculo e cuidado, é importante ressaltar que 96,9% dos usuários entrevistados nunca receberam a visita de um profissional de saúde bucal em sua residência, evidenciando ausência de adequação das práticas desenvolvidas.

Um dado bastante curioso diz respeito ao acolhimento, 88,1% dos entrevistados se sentem bem acolhidos quando procuram os serviços das UBS. Tal dado despertou reflexão sobre o assunto. O termo acolhimento pode ter sido mal interpretado pelos usuários, possivelmente sendo compreendido como o ato de “ser bem recebido”, ou seja, ser cordialmente recepcionado pelos profissionais que atuam nas unidades básicas. Essa incompreensão, possivelmente, foi ocasionada pela maneira como o entrevistador conduziu a pesquisa. Uma avaliação de cunho mais qualitativo seria necessária para elucidar a questão do acolhimento na perspectiva do usuário.

Para CARVALHO, CAMPOS (2000) existe uma estreita relação entre acolhimento e utilização dos serviços de saúde. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda, havendo uma responsabilização pelos seus problemas. Ela deve resultar das relações no processo de atendimento, o que ocorre após ultrapassar a etapa do acesso.

Segundo TAKEMOTO, SILVA (2007), os objetivos do acolhimento são: ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. SILVA JR, MASCARENHAS (2006) entendem o acolhimento como reformulador do processo de trabalho, onde os problemas são pontuados e são

oferecidas soluções e respostas pela identificação das demandas dos usuários, rearticulando o serviço em torno delas.

Mesmo diante de todas as dificuldades encontradas pelos usuários, 65,7% dos entrevistados relataram encontrar resolutividade para seus problemas, e ainda, 65,4% classificam os serviços disponíveis como “Bom ou Ótimo”. É importante destacar que para os usuários o conceito de “resolutividade” pode significar apenas resolução de um problema perceptível pelos mesmos.

Com relação às características individuais, a análise estatística mostrou que o acesso aos serviços de saúde bucal é influenciado pelo gênero do usuário ($p=0,001$, Tabela 3). Esse resultado corrobora aos achados de CAPILHEIRA, SANTOS (2006) quando estudaram a associação entre os fatores individuais e a utilização de consultas médicas. É válido destacar que em ambas as pesquisas, a amostra foi composta em sua grande maioria por mulheres, fato que pode estar influenciando o resultado encontrado.

A associação do gênero feminino à maior utilização dos serviços de saúde, confirmada na literatura por alguns estudos (TRAVASSOS, 2002; MENDONÇA-SASSI, 2003; PARSLOW, 2004), pode ser explicada pelo fato de que as mulheres percebem potenciais riscos para a saúde mais facilmente que os homens, já que teriam mais acesso a informações de saúde.

Foi verificado que existe uma estreita relação entre frequência de utilização dos serviços odontológicos e a faixa etária dos usuários ($p=0,014$, Tabela 3), onde indivíduos de menor idade tendem ir mais vezes ao dentista, dado confirmado pelas pesquisas realizadas por BARROS, BERTOLDI (2002), CAPILHEIRA, SANTOS (2006) e PINHEIRO *et al.*, (2002).

Segundo dados do SB BRASIL (2000), a dor foi o maior motivo de procura pelas consultas odontológicas em todas as faixas etárias. Neste estudo, a maioria dos usuários (49%) procura o serviço quando “acham que precisa”, evidenciando maior conscientização por parte da população da importância da saúde bucal. Porém, não foi observada associação entre os determinantes individuais de procura pelo atendimento odontológico e variáveis como a faixa etária e gênero (Tabela 4).

A estreita relação entre as condições de saúde bucal e as condições socioeconômicas as quais as pessoas estão inseridas tem sido relatada por diversas pesquisas (MELO, 2005; MOYSÉS, 2000; PINHEIRO *et al.*, 2002; SILVA *et al.*, 2000).

As tabelas 5, 6 e 7 ilustram os resultados para

associação entre as condições socioeconômicas e acesso aos serviços de saúde bucal, onde não foi verificada significância estatística entre as variáveis estudadas e os desfechos.

Em estudo que analisou e correlacionou o acesso aos serviços odontológicos para faixa etária entre 15 e 19 anos, levando em consideração indicadores de desenvolvimento humano, de desigualdade, de intensidade de pobreza, condições de saúde bucal e oferta dos serviços odontológicos, foi observado que a condição econômica e necessidade de tratamento são fatores determinantes para utilização dos serviços e que as medidas de superação desse obstáculo devem ocorrer em nível da sociedade e não apenas do com aumento na oferta dos serviços (MELO, 2005). Entretanto, é importante destacar que este estudo abrangeu todo território nacional e considerou uma faixa etária específica, representada pelos indivíduos jovens, além de ter analisado variáveis diferentes. Esses fatos devem ser levados em consideração quando da comparação com os resultados apresentados no nosso estudo.

A percepção dos usuários quanto à necessidade de busca pelo atendimento odontológico apresenta-se como importante indicador que pode determinar a utilização dos serviços, podendo ser influenciada por medidas de educação em saúde. Os usuários do município de Santa Cruz (RN) buscam o atendimento, em sua maioria, quando “acha que precisa” ir ao dentista, sendo esta percepção não influenciada por fatores socioeconômicos (Tabela 7). Entretanto, outros fatores não investigados neste estudo podem influenciar a busca pelo atendimento, como os culturais e os relacionados à forma de organização dos serviços, que refere-se aos recursos disponíveis e características da oferta (disponibilidade de profissionais, ambulatório, hospitais, tipo de assistência, etc) (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

CONCLUSÃO

Entendendo que a acessibilidade organizacional apresenta-se influenciada por fatores ligados aos modos de organização dos recursos destinados à assistência à saúde, os dados obtidos nesta pesquisa permitem concluir que acessibilidade aos serviços de saúde bucal desenvolvidos no município de Santa Cruz (RN) apresenta-se prejudicada, indicando a necessidade de reorganização do processo de trabalho desenvolvido.

Diante de todos os fatores que estão afetando a acessibilidade aos serviços de saúde bucal é fácil

perceber que medidas de reflexão e planejamento são necessárias, devendo ocorrer de forma que usuários, profissionais, gestores e prestadores de serviços possam participar, favorecendo tomadas de decisões compatíveis com a realidade localmente observada, traduzindo-se em ações de cidadania.

O Ministério da Saúde tem incentivado o processo de mudança através da implantação da Estratégia Saúde da Família, porém os programas são implantados de forma vertical, sem prévio planejamento e adequação. Mas, mesmo diante da constatação desse fato, o momento é oportuno para aquisição e consoli-

idação de novas práticas, estando os atores envolvidos abertos e preparados para enfrentar os novos desafios.

Há de se considerar que em se tratando de saúde bucal, um grande passo foi dado através da implantação da atual política nacional destinada ao setor, porém, é necessário que haja, além de incentivos para implantação de novas políticas públicas de saúde bucal, um maior suporte e capacitação técnica para os trabalhadores da saúde, traduzindo-se em mudanças efetivas no modo de produção e organização do sistema de saúde. Talvez, esse seja o grande desafio a ser enfrentado.

REFERÊNCIAS

1. ABEP. Critério de classificação econômica Brasil. 2003. Disponível em: www.abep.org. Acesso em: 2006 jun.
2. BARROS JDA, BERTOLDI AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet*, 7(4): 709-71, 2002.
3. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: Registro de uma Conquista Histórica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.72.
4. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva. Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), estudos de linha de base – Lote 1- Nordeste. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
5. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1101, de 12 de Junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>. Acesso em 2006 jun. 15.
6. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília; 2004.
7. CAPILHEIRA MF, SANTOS IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saude Pública*, 40(3): 436-443, 2006.
8. CARVALHO SR, CAMPOS GWS. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cad Saude Pública*, 16(2): 507-15, 2000.
9. CASTRO RD. Avaliação em saúde bucal na perspectiva do usuário: enfoque ao estudo da acessibilidade organizacional. [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007. 63p.
10. COSTA RCR. Descentralização, financiamento e regulação: a reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. *Rev Sociol Polit*, 18:49-71, 2002.
11. FERREIRAAS. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*, 9(1): 69-76, 2004.
12. IBGE. Informações em saúde. Demográficas e socioeconômicas 2000. Disponível em :<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B379C6D0E0F359G23H011Jd6L26M0N&VInclude=../site/infsaude.php&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/aag>. Acesso em 2007 jan. 15.
13. KOVACS MH, FELICIANO KVO, SARINHO SW, VERAS AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr*, 81(3): 251-258, 2005.
14. MELO CF. Determinantes sócio-sanitários do acesso a serviços odontológicos: análise em nível municipal no Brasil. [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005. 62p.
15. MENDONÇA-SASSI RB, BERIA JU, BARROS AJD. Fatores Associados à utilização de serviços ambulatoriais: estudo de base populacional. *Rev Saude Pública*, 37(3): 372-378, 2003.
16. MOYSÉS SJ. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev Bras Odontol Saude Coletiva*, 1(1): 7-15, 2000.
17. PARSLOW R, JORMA, CHRISTENSEN H, JACOMB P, RODGERS B. Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged older Australians. *Soc Sci Med*, 59(10): 2121-2129, 2004.
18. PINHEIRO RS, TORRES TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet*, 11(4): 999-1010, 2006.
19. PINHEIRO RS, VIANCAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*, 7(4): 687-707, 2002.
20. RAMOS DDR, LIMA MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Pública*, 19(1): 27-34, 2003.

21. RONCALLI AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em Saúde Bucal Coletiva [Tese de Doutorado]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000. 238p.
22. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Santa Cruz, RN). Plano Municipal de Saúde do Município. Santa Cruz, RN; 2006.
23. SILVA JR. AG, MASCARENHAS MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*, 3ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2006. 320p.
24. SILVA NN, PEDROSO GC, PUCCINI RF, FURLANI WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública*, 34(1): 44-49, 2000.
25. SOUZA TMS. A incorporação da Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Rio Grande do Norte: investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. [Dissertação de Mestrado]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005, 122p.
26. TAKEMOTO MLS, SILVA EM. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 23(2): 331-340, 2007.
27. TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*, 2(2): 190-198, 2004.
28. TRAVASSOS C, VIACAVA F, PINHEIRO R, BRITO A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*, 26(1): 224-7, 2002.
29. UNGELT CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*, 24(6): 445-452, 1990.

Correspondência

Ricardo Dias de Castro
Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Clínica e Odontologia Social
Campus I, Cidade Universitária
58059 – 900 João Pessoa – Paraíba - Brasil

E-mail

ricardodiasdecastro@yahoo.com.br