

**Barriers on the access to dental services**

# As barreiras de acesso para os serviços odontológicos

*Abstract | Objective: Identify factors considered barriers to access dental services analyzing how these variables, as sociodemographic factors, perceived need, and oral health status influence the demand. Results: showed a variety of reasons influencing access to dental services, such as: geographical, economical, cultural and functional accessibility. Sociodemographic factors, perceived need, beliefs and the importance attributed to the oral health also showed a strong influence on the use of services. Comprehensive factors, as reducing social inequalities, could be more explicable on reducing barriers to access and increasing the demand. Medical services utilization— with attention to the general health— was always higher than dental services utilization. Private dental services are more visited comparing with public services. Conclusion: Female subjects, younger, dentate, living on urban areas, with more years of education and better socioeconomic status are the ones who have more access to oral health services.*

*Keywords | Oral health; Dental health services; Health services accessibility.*

**RESUMO | Objetivo:** Identificar o perfil dos usuários dos serviços e possíveis entraves à utilização, analisando como fatores sociodemográficos, necessidade percebida e situação da dentição podem influenciar na busca e utilização dos serviços odontológicos. **Material e métodos:** Realiza uma revisão de literatura com busca em bases de dados eletrônicas, utilizando as palavras-chave: saúde bucal, serviços de saúde bucal, acesso aos serviços de saúde, além de busca manual. **Resultados:** De modo geral, as dificuldades de acesso, também chamadas de barreiras de acesso aos cuidados bucais, e as taxas de utilização se apresentam diferenciadas por várias razões, como acessibilidade geográfica, acessibilidade econômica, acessibilidade cultural e acessibilidade funcional. Os fatores sociodemográficos, percepção da necessidade, bem como crenças e a importância atribuída à saúde bucal mostraram forte influência sobre a utilização de serviços. Fatores mais abrangentes, como a redução das iniquidades sociais, têm sido mais explicativos para a redução de barreiras de acesso e aumento da demanda aos serviços. A utilização de serviços de atenção à saúde geral é maior do que a utilização de serviços odontológicos. A utilização de serviços odontológicos se mostrou maior na rede privada do que na rede pública. **Conclusão:** Os indivíduos do sexo feminino, mais jovens, dentados, moradores das áreas urbanas, com maior grau de escolaridade e melhor condição socioeconômica são os que têm mais acesso aos serviços de atenção à saúde bucal.

**Palavras-chave |** Saúde bucal; Serviços de saúde bucal; Acesso aos serviços de saúde.

<sup>1</sup>Especialista em Saúde Coletiva; mestranda em Engenharia Ambiental.

<sup>2</sup>Mestre em Saúde Coletiva; professora do curso de Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Odontologia ABO/ES.

## Introdução |

O processo de redemocratização ocorrido na década de 80 e a organização popular, por meio de novos atores sociais, produziram a ampliação das demandas sobre o Estado, desencadeando um forte movimento social pela universalização do acesso e reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado.

O fortalecimento desse Movimento de Reforma Sanitária conquistou a incorporação desses princípios ao Texto Constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito, como determina o art.196, << [...] A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação>><sup>8</sup>.

Para assegurar esse direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema público descentralizado e integrado pelas três esferas de Governo, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/90 e nº 8.142/90<sup>10</sup>.

O sistema público existente na época, que oferecia assistência apenas à parcela da população integrada ao mercado de trabalho formal, passa, então, a atender à demanda de todos os cidadãos brasileiros.

Essas mudanças ocorreram em um momento de contexto econômico desfavorável, apresentando restrições aos gastos públicos, falta de condições para ampliação da oferta de serviços e remuneração deficitária dos prestadores públicos e privados, resultando em uma saúde pública com progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos. Esse fato favoreceu o crescimento de planos e de seguros privados de saúde.

A crise econômica presente no País, aliada à transição demográfica e epidemiológica, gerou um quadro de morbimortalidade típico de países com grandes desigualdades sociais que, somado a problemas políticos de má organização e gerenciamento, certamente contribuíram para a diminuição da oferta de serviços na rede pública, ficando uma boa parte de nossa população excluída de qualquer acesso aos sistemas formais de atendimento<sup>10</sup>.

A situação da saúde bucal reflete esse contexto, agravada por uma situação epidemiológica ainda aflitiva na maioria dos municípios, além de um modelo assistencial odontológico ineficiente, aliado a uma prática mutiladora. Entende-se como modelo assistencial o modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-la e distribuí-la<sup>25</sup>.

Ver a Odontologia como parte integrante da saúde geral do indivíduo tem sido um desafio ao longo dos anos de

implantação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

## Saúde: Direito Constitucional

Pressupõe-se, pela nossa legislação em saúde pública, que o acesso a serviços de saúde devE ser garantido a todos os níveis de complexidade, sejam esses de ordem médica, sanitária, epidemiológica, ambiental e/ou odontológica.

A ampliação da cobertura dos serviços de atenção à saúde, para além da demanda espontânea e baseada na realidade local, dentro dos princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, regionalização e hierarquização), ainda se mostra irreal em muitos municípios brasileiros<sup>3,26,33</sup>.

Segundo Wennberg (1985), as desigualdades na utilização dos serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Essa mesma desigualdade tende também a existir nos serviços disponíveis à coletividade, e os problemas relativos à saúde, não são exceção à regra, como confirmam outros estudos<sup>3,4,6,9</sup>.

## Saúde: Qualidade de Vida

Na busca pela mudança de paradigma médico-assistencialista por um modelo socioambiental ao longo da história do SUS, a saúde deixa de ser definida como ausência de doença, passando a ser conceituada em termos de bem-estar físico, psicológico e funcional, conferindo importante significado às experiências subjetivas e interpretações de saúde e doença dos indivíduos<sup>18</sup>.

Saúde passa a ser, então, o resultado de um processo de produção social que expressa qualidade de vida, condição de existência das pessoas no seu viver cotidiano, tanto no nível individual como no coletivo, capaz de desencadear um mecanismo de ajuda para os desenvolvimentos econômicos, sociais e pessoais, pressupondo, portanto, acesso a bens e serviços<sup>15</sup>.

Problemas relacionados com a saúde bucal causam impacto sobre a qualidade de vida das pessoas, e a solução para a alta prevalência desses impactos é dar acesso a tratamentos abrangentes aos indivíduos com alta prevalência de necessidades clínicas e percebidas<sup>6,15,19,20,21,22,33</sup>.

## Equidade e acesso à saúde bucal

Em frente a tantos obstáculos a enfrentar na assistência à saúde, como a insuficiência de recursos e ou a ineficiência de seu uso, estão dois tópicos muito relacionados e discutidos ultimamente, que são a equidade e o acesso aos serviços de saúde.

Um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é reduzir os efeitos das desigualdades sociais em relação à saúde bucal. Nas últimas décadas, a condição social tem sido enfatizada como um importante determinante da saúde bucal<sup>34</sup>.

O Departamento de Saúde do Reino Unido define saúde bucal como um padrão de saúde que permite ao indivíduo comer, falar e socializar-se sem doença ativa, desconforto ou embaraço e que contribui para o seu bem-estar geral<sup>20,21</sup>.

A assistência odontológica pública no Brasil tem se restringido quase completamente aos serviços básicos, ainda assim com grande demanda reprimida<sup>34</sup>.

O acesso e a utilização aos serviços odontológicos no SUS tem sido um desafio para a Odontologia. Sua utilização no Brasil é baixa, ficando uma parcela importante da população sem acesso a esses serviços<sup>7</sup>.

A definição de acesso tem significado amplo e implica a garantia de ingresso do indivíduo no sistema, ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, de forma que os indivíduos possam usufruir desses serviços de maneira contínua e organizada. Diversos componentes devem ser observados, tais como: acessibilidade geográfica; acessibilidade econômica; acessibilidade cultural; e acessibilidade funcional<sup>26</sup>.

Portanto, o acesso à saúde envolve múltiplos aspectos de ordem socioeconômica e cultural que extrapolam a assistência à saúde, seja esta sanitária, seja médica, seja odontológica<sup>3,5,17,22,23,29,33</sup>.

### **O grau de adequação ao cliente e o sistema de saúde ofertado**

De modo geral, as dificuldades de acesso, também chamadas de barreiras de acesso aos cuidados bucais, e as taxas de utilização desses serviços podem se apresentar, diferenciadas por várias razões. Os estudos realizados sobre esse tema retratam um pouco mais da realidade do SUS no campo da Odontologia e sinalizam a necessidade emergente de acesso, resolutividade e uma nova forma de inserção do cirurgião-dentista no campo da saúde pública<sup>1,3,23,28,29,37</sup>.

Se pensarmos que a acessibilidade implica prestação contínua e organizada de serviços que as pessoas possam usufruir, como vencer os desafios impostos pelas barreiras de acesso e assegurar a equidade, com um mínimo de qualidade e a um custo compatível, num país de tão grandes desigualdades?

A eliminação ou apenas a redução de barreiras, como o custo, pode, em alguns casos, não resultar em aumento da utilização dos serviços<sup>20</sup>. Fatores mais abrangentes, como a redução da iniquidade social, podem ser mais explicativos quando se almeja alcançar o aumento da demanda aos serviços.

Hortale et al.<sup>17</sup> analisaram o acesso aos serviços de saúde e destacaram sua importante ligação a vários planos no processo de produção de serviços. Na dimensão política, a descentralização do SUS foi considerada como condição necessária para melhorar não só o acesso, mas também a qualidade, a sustentação, a equidade, a participação e a resposta social no campo da saúde.

### **Fatores que influenciam a utilização dos serviços odontológicos**

A necessidade percebida mostrou-se como um fator determinante para o acesso aos serviços de saúde e para o padrão de utilização desses serviços, alertando ainda que a maioria das pessoas avaliam de forma favorável suas condições bucais<sup>2,5,6,13,16,18,20,22,26,27,35,36,39,40</sup>.

Homens são menos propensos a reportar problemas referentes à saúde quando comparados com as mulheres; estas têm uma avaliação mais negativa do seu estado de saúde. As mulheres mais jovens e com mais escolaridade, residentes tanto em área urbana quanto na rural, visitam mais o cirurgião-dentista e de forma mais regular<sup>5,13,14,21,27,39</sup>.

Os serviços de atenção à saúde geral são mais utilizados do que os serviços odontológicos especialmente na infância e pelos indivíduos mais velhos<sup>6,7,13,14,27</sup>. Os problemas bucais, em sua maioria, não causam ameaça à vida, sendo compostos, em geral, de alguns episódios agudos e prontamente tratáveis. Dessa forma, seus impactos no bem-estar podem não ser óbvios e, muitas vezes, minimizados pelo contexto de outras condições crônicas mais sérias<sup>31</sup>.

A escolaridade é uma variável que, na maioria dos estudos, aparece como determinante do padrão de frequência odontológica, mostrando que indivíduos com mais anos de escolaridade têm mais acesso e utilizam mais os serviços<sup>5,6,9,14,20,21,29</sup>.

A condição socioeconômica apresentou-se como um fator significativo para a utilização dos serviços de saúde bucal: indivíduos inseridos nas classes econômicas mais favorecidas procuram mais por serviços odontológicos<sup>3,4,6,7,9,14,21,23,28,35</sup>.

Pensar que o atendimento odontológico pelo SUS é gratuito e, portanto, não traz custos para o paciente, é irreal. Os gastos com transporte e alimentação, tempo de deslocamento, e turnos de trabalho perdidos se configuram como barreiras e influenciam o resultado final do tratamento de problemas bucais e da qualidade de vida dos usuários.

### **Reordenação das práticas odontológicas na Estratégia Saúde da Família**

O modelo socioambiental proposto pelo SUS só recentemente, em 2004, delineou de forma clara as diretrizes da Política Na-

cional de Saúde Bucal, publicadas pelo Ministério de Saúde. O Projeto Saúde Bucal Brasil mostrou que a epidemiologia da cárie apresenta grandes diversidades regionais em todas as idades, e com uma tendência crescente de acordo com as faixas etárias estudadas, assim como perda dentária, fruto de prioridades passadas<sup>9,11</sup>.

A inclusão do cirurgião-dentista (CD), auxiliar de consultório dentário (ACD) e técnico de higiene dental (THD) na Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe o multiprofissionalismo e a reordenação das práticas odontológicas, necessárias diante dos problemas bucais vividos pela nossa sociedade. Essa inclusão certamente amplia o acesso da população a esse serviço<sup>11</sup>.

O conhecimento sobre as barreiras existentes pode gerar informações importantes para a política de atenção à saúde bucal, buscando, em cada contexto, arranjos singulares que assegurem um padrão de qualidade e eficiência dentro das viabilidades possíveis do processo de gestão.

### Considerações finais |

A taxa de utilização de um serviço de saúde deve ser considerada um indicador de acesso, levando-se em consideração a amplitude de variáveis objetivas e subjetivas com as quais o acesso está relacionado.

A eliminação de barreiras ao acesso é um dos eixos importantes do planejamento e dimensionamento de serviços de saúde bucal, visando ao estabelecimento do vínculo entre o usuário e o sistema, além do aumento da utilização, ainda considerada baixa no Brasil, se comparada com os padrões internacionais. A otimização e eficiência da organização dos serviços deve ser a meta de qualquer gestor ciente da importância da economia da saúde no processo de gestão.

Mais do que garantir o acesso, lembramos que o modelo de assistência odontológica deve ser constante, universal, justo, eficiente, de caráter integral e resolutivo, capaz de satisfazer tanto usuários como profissionais de saúde, de forma a contribuir para a melhora na qualidade de vida da população.

Certamente, esse é um desafio ainda a se vencer na grande maioria dos municípios brasileiros.

### Referências |

- 1 Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2004; 9(1): 131-8.
- 2 Almeida, CS, Miotto MHMB, Barcellos LA. O perfil do usuário do serviços odontológico do município de São Mateus-ES. *UFES Rev Odontol* 2007; 9(2):8-15.
- 3 Assis AMM, Villa TCS, Nascimento MAA. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(3): 815-23.
- 4 Baldani HM, Vasconcelos GA; Antunes FLJ. Associação do índice CPOD como indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pub* 2004; 20(1):1-15.
- 5 Barcellos LA, Miotto MHMB. Fatores que influenciam a utilização dos serviços odontológicos. *UFES Rev Odontol* 2002; 4(1): 25-31.
- 6 Barcellos LA, Loureiro, CA. O público do serviço odontológico. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(2):4-10.
- 7 Barros DJ, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação a nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(4):1-10.
- 8 Brasil. (Constituição de 1988). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Saraiva, 2002.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, 2003a.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. O desenvolvimento do sistema único de saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2. ed. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2003b.
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS. 2004. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/bucal> . Acesso em: 21 abr. 2004b.
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. 6-02-2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> Acesso em: 20 fev. 2005.
- 13 Brasil. IBGE. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 1998. Acesso e utilização de serviços de saúde*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 20 abr. 2004.
- 14 Burt B, Eklund SA. *Odontologia: Prática dental e a comunidade*. 6. ed. São Paulo: Ed. Santos; 2007.
- 15 Buss PM. Promoção de saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro:[S.n.] 1998.
- 16 Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of socio-dental indicators. *Int J Health Serv* 1976; 6(4): 681-98.
- 17 Hortale AV; Pedroza M.; Rosa GLM.; Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pub* 2004;16(1): 1-12.
- 18 Locker D, Grushka M. The impact of dental and facial

- pain. *J Dent Res* 1987; 66(9): 1414 -7.
- 19 Locker, D. Does dental care improve the oral health of older adults? *Community Dent Health* 2001;18:7-15.
- 20 Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pub* 2001; 17(3): 661-8.
- 21 Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Revista Saúde Publica* 2002; 36: 237-43 .
- 22 Miotto MHMB, Loureiro CA. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2003; 5(3):6-14.
- 23 Muller A, Trojahn MRB, Santos R, Gonçalves, EMG. Um desafio para o cirurgião dentista: a valorização da Saúde. *UFES Rev Odontol* 2003; 5(2): 11-8.
- 24 National Center For Health Statistics (NCHS). Health, United States. Public Health Service. Hyattsville, 1995.
- 25 Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Caderno de Saúde Pública* 2008; 24(2):241-6.
- 26 Pereira GM. Epidemiologia teoria e prática. Rio de Janeiro: Koogan; 1999.
- 27 Pinheiro RS, Travassos CM. Desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três áreas da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pub* 1999; 15(3):487-96.
- 28 Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços em saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):1-21.
- 29 Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4. ed. São Paulo: Editora Santos; 2000.
- 30 Reisine ST. Dental disease and work loss. *J Dent Res* 1984; 63(9):1158-61.
- 31 Reisine ST. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Ann Rev Public Health* 1988;9:1-19.
- 32 Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Méd* 1980; 14(6):597-605.
- 33 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, Faculdade de Odontologia; 2000.
- 34 Silva MCB, Silva RA, Ribeiro CCC, Cruz MCFN, Perfil da assistência odontológica pública para infância e adolescência em São Luis (MA). *Ciênc Saúde Coletiva* 2007; 12(5):1237-45.
- 35 Slade GD et al. The oral health status and treatment needs of adults aged 65+ living independently in Ottawa - Carleton. *Can J Public Health* 1999; 81(2):114- 19.
- 36 Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J* 1982; 32(3):265-70.
- 37 Sheiham A. Strategies for promoting oral health care. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva* 2001; 2 (1):7-24.
- 38 Sheiham A. Determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. (Org). *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Ed. Santos; 2000.
- 39 Verbrugge LM, Wingard DL. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health* 1987; 12(2):103-45.
- 40 Wennberg JE. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Medical Care* 1985; 23(5): 512-20.

DATA DE RECEBIMENTO 22/7/2008 • DATA DE ACEITE 10/9/2008

Correspondência para/Reprint request to:

**Rosane Íório Tessari Rohr**

Rua: Muniz Freire n°. 10 centro

Rio Novo do Sul, ES.