

ÂNGELO FONSECA SILVA

**ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO SUS ENTRE ADULTOS NO
ENTORNO SUL DO DISTRITO FEDERAL, 2010-2011**

BRASÍLIA, 2013

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ÂNGELO FONSECA SILVA

**ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO SUS ENTRE ADULTOS NO
ENTORNO SUL DO DISTRITO FEDERAL, 2010-2011**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Orientador: Leonor Maria Pacheco Santos

Coorientador: Maria Margarita Urdaneta Gutierrez

**BRASÍLIA
2013**

ÂNGELO FONSECA SILVA

**ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS DO SUS ENTRE ADULTOS NO
ENTORNO SUL DO DISTRITO FEDERAL, 2010-2011**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília

Aprovado em 03/01/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Daphne Rattner
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Lilian Marly de Paula
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a minha esposa, filhos e ao meu avô “José Cabra”, que com sua simplicidade de homem do campo se tornou para mim um grande exemplo de caráter, humildade e de como lidar com as adversidades da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Jesus por ter me acolhido nos braços da sua misericórdia em todos os meus momentos de dificuldade e temor.

Agradeço a Nossa Senhora das Graças por zelar por minha família durante a minha ausência.

Agradeço a minha esposa, Senhora do meu lar, por toda ajuda que me concedeu durante estes dois anos de curso.

Agradeço aos meus filhos por me inspirar a ir além dos meus limites.

Agradeço aos meus irmãos e pais pelo carinho e apoio dados durante este processo.

Agradeço as minhas orientadoras Leonor Maria Pacheco e Maria Margarita Urdaneta Gutierrez, pela a atenção e disponibilidade em “ensinar” e guiar os meus passos na realização deste trabalho.

Agradeço a Fabiana e Iveraldo que, mesmo à distância, atenderam a todas as minhas solicitações.

Agradeço a Professora Helena Shimizu e todos os professores do PPGSC – UnB pela confiança e conteúdos repassados durante as aulas, sem os mesmos não seria possível a execução deste trabalho.

“Se olhar para trás, para Hipócrates, verá que houve contínuas mudanças, maiores ou menores, mas a maior delas é que mais pessoas puderam se beneficiar de um procedimento. E isto requer uma cobertura para os custos, que o procedimento seja seguro e que possa ser levado aonde os pacientes estão”...

Per-Ingvar Branemark

RESUMO

Introdução: A condição de saúde bucal da população brasileira passou por grandes avanços nas últimas décadas, no entanto, ainda permanece muito abaixo das condições ideais esperadas para o país. Além disso, o acesso e o uso de serviços odontológicos apresentam-se de forma desigual tanto na questão social quanto geograficamente. **Objetivo:** este estudo visa descrever o acesso e característica dos serviços odontológicos do SUS, e os hábitos e indicadores de saúde bucal na população adulta residente no Entorno Sul do Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de base populacional do tipo inquérito domiciliar. A amostra foi constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos (n=605) selecionada aleatoriamente por aglomerados e estratificada pelas regiões do entorno do Distrito Federal. O instrumento de coleta de dados adotado foi o questionário utilizado pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. **Resultados:** as análise dos dados indicam que 76% da população pesquisada não faz uso dos serviços públicos odontológicos do SUS, utilizando, predominantemente, serviços privados. Menos da metade da população realizou consulta odontológica nos últimos 12 meses (44,1%) e 61,2% dos indivíduos justificou tal fato, dizendo não achar necessário realizar visitas regulares ao dentista. Para a população que se encontra em estratos de renda inferior, observa-se um pior nível nos hábitos de higiene bucal. Observa-se que os indivíduos que relataram nunca ter ido ao dentista se encontram em uma faixa de renda inferior a 02 salários mínimos e os indivíduos com menor grau de instrução visitam menos o dentista. **Conclusão:** Com base na discussão dos dados, este estudo aponta a possibilidade de que a população do Entorno Sul do Distrito Federal faz uso de forma insatisfatória dos serviços odontológicos do SUS e talvez seja insuficiente para atender toda a população que necessita de tais atendimentos. Além disso, destaca a necessidade de adotar medidas educativas já que há indícios de hábitos de higiene inadequados, sobretudo, na população de baixa renda.

Palavras-chave: Inquérito de Saúde Bucal; Saúde Coletiva; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: Brazilian oral health status have been great advances in recent decades, however, remains far below the ideal conditions expected for the country. In addition, access to and use of dental services are presented uneven both socially and geographically. **Objective:** This study aims to describe the access and characteristic of Unified Health System (SUS) dental services, and the oral hygiene habits indicators in the adult population living in the Southern regions surrounding the Federal District. **Methodology:** This is a Descriptive population-based study and household survey. The sample consisted of individuals aged over 18 years (n = 605) randomly selected by clusters and stratified by the surrounding regions in the Federal District. Instrument used to collect data was a questionnaire used by the National Health Survey in 2013. **Results:** Analysis indicates that 76% of the surveyed population does not use public dental services SUS, using predominantly private services. Less than half of the population had visit the dental service in the last 12 months (44.1 %) and 61.2 % of subjects justified this fact by saying not consider to be necessary to perform regular dental visits. For the population that is in the lower-income strata, there is a worse score of oral hygiene practices. It was observed that individuals who reported have never been to the dentist are in a range of less than 02 minimum wages and individuals with lower education levels less income visiting the dentist. **Conclusion:** This study points to the possibility that the population of the Southern surrounding regions the Federal District uses unsatisfactorily the public dental services of SUS and maybe it is insufficient to meet all the people who require such care. Furthermore, it highlights the need to take educational measures since there are evidence inadequate hygiene practices especially in lower income population.

Keywords: Oral Health Survey; Public Health; Epidemiology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população adulta estudada no Entorno Sul do Distrito Federal, segundo sexo, 2010/2011.....	41
Tabela 2 - Características do acesso a serviços odontológicos na população adulta (≥ 18 anos) estudada no Entorno Sul do DF, segundo anos de estudo, 2010/2011.....	42
Tabela 3 - Características do acesso a serviços odontológicos na população adulta (≥ 18 anos) estudada no Entorno Sul do DF, classe de renda, 2010/2011.....	44
Tabela 4 - Indicadores de saúde bucal auto-referidos na população adulta (≥ 18 anos) estudada no Entorno Sul do DF, segundo a classe de renda, 2010/2011.....	46

LISTA DE FIGURAS

Fig.1 Quadro 1 – Caracterização dos municípios segundo população para o ano de 2010.....	29
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
BBO - Bibliografia Brasileira de Odontologia
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
COARIDE - Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CPI - Índice Periodontal Comunitário
CPO – Cariado Perdido Obturado
CPO-D – Cariado Perdido Obturado - Dente
CPO-D/cedo – Cariado Perdido Obturado Dente Para Dente Decíduo
CTI-IBP- Comitê Temático sobre Informações de Base Populacional da MS
DF - Distrito Federal
ESF - Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
NOBS - Normas Operacionais Básicas
OMS - Organização Mundial da Saúde
PMS-AB - Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica
PNAD - Pesquisa Nacional por Domicílios
Projeto SB Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
PSF - Programa de Saúde da Família
PSN - Pesquisa Nacional de Saúde
PubMed – Publicações Médicas
RIDE-DF - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RIPSA - Rede Intergerencial de Informações para a Saúde
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB - Universidade de Brasília (UnB)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	12
1.2 HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL	15
1.3 INQUÉRITOS EM SAÚDE BUCAL.....	16
1.4 TERRITÓRIO	22
2 JUSTIFICATIVA	30
3 OBJETIVOS	31
3.1 OBJETIVO GERAL.....	31
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
4 METODOLOGIA	32
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	32
4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	32
4.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL	32
4.4 TAMANHO DA AMOSTRA	33
4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS	37
5.1 ARTIGO 1	37
6 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICE	62
ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência à saúde no Brasil perdeu a vinculação com as atividades previdenciárias, as quais apresentavam caráter contributivo, gerando uma divisão na população brasileira em dois grupos (1).

Essa divisão profundamente injusta do ponto de vista social dividia a população brasileira em duas classes distintas. Os previdenciários, que através de contribuições ao INAMPS possuíam um maior acesso aos serviços de saúde, e os não previdenciários, que ficavam dependentes dos poucos hospitais públicos existentes e entidades filantrópicas (1).

Com o intuito de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde e torná-lo mais igualitário, iniciou-se o processo de implantação dos SUS com as definições legais estipuladas pela constituição federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde (1).

A partir deste período houve várias iniciativas que viabilizaram o direito a saúde, entre estas promulgou-se através do Ministério da Saúde a Lei Orgânica da Saúde – 8080 (2), a qual regulamenta o SUS e amplia o conceito de saúde, que antes era definido apenas como ausência ou presença de doença. Posteriormente com a lei 8.142/90 há a regulamentação da participação popular na gerência do SUS através das conferências e conselhos de saúde. Criaram-se também normas operacionais básicas (NOBs) as quais definem objetivos estratégicos, prioridades em saúde e reorientam as atividades no âmbito do SUS (3).

Com a proposta de mudar a concepção de saúde e modelo de atenção, fugindo do conceito da medicina curativista, cria-se o Programa de Saúde da Família (PSF), que visa proporcionar integralidade na assistência e abordar o indivíduo dentro do seu contexto social, cultural e global (4). As equipes de PSF (compostas em princípio por médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem) a partir do ano 2000 recebem a incorporação da equipe de saúde bucal (ESB), composta por

cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário, através de incentivo financeiro regulamentado pela portaria n 1.444 do Ministério da Saúde (5-6).

A inclusão do cirurgião dentista dentro do sistema público de saúde objetiva acabar com o modelo curativista e excludente que durante muito tempo foi vigente no Brasil (7). Mas mesmo com todas as iniciativas do governo, grande parte da população continua sem acesso aos serviços de saúde bucal (8).

No ano 2003, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) apontou que 15,7% dos indivíduos pesquisados nunca haviam ido ao dentista. Mesmo com os esforços feitos nos últimos anos, a disparidade entre ricos e pobres no acesso aos serviços de saúde bucal é alta. Enquanto 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica, essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a vinte salários mínimos (9). Nas últimas décadas, percebeu-se um considerável avanço na melhora das condições de saúde bucal da população brasileira, no entanto, os resultados encontrados em levantamentos epidemiológicos (realizados até o ano de 2003) revelam que o país ainda estava aquém da meta sugerida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 2000. Apenas o índice médio de CPO-D para as crianças mostrou-se compatível com a meta (inferior a 3,0), variando, todavia, entre as regiões do país (11).

Quando se diz respeito ao acesso e uso de serviços odontológicos, observa-se que as desigualdades geográficas e sociais são ainda predominantes, mesmo com o aumento da oferta de serviços na última década, sejam eles básicos ou especializados (12).

Estudo realizado em idosos dentados e edentados no sudeste do Brasil revelou que, nos dois estratos objetos do estudo, o acesso aos serviços de saúde bucal foi menor entre os idosos com baixa escolaridade, menor renda e residentes em zona rural, indicando uma possível iniquidade da atenção em saúde bucal existente no Brasil para a população idosa (13).

Estudo baseado na Pesquisa Nacional por Domicílios de 1998 demonstrou que há diferença no uso dos serviços odontológicos entre os estados brasileiros. As piores condições de acesso aos serviços odontológicos foram encontradas nas regiões norte e nordeste, e as melhores nas regiões sul e sudeste (14). Os dados da PNAD de 1998 mostraram grande diferencial de uso de serviços odontológicos no Brasil entre grupos populacionais e unidades da federação. Em geral, mulheres

usaram mais que homens, o uso aumentou com a idade até os 14 anos, caindo para as faixas etárias subseqüentes, e foi bem pequeno para os idosos. O diferencial de renda no acesso foi elevado: os 20% mais ricos usaram os serviços de saúde bucal 05 vezes mais que os 20% mais pobres; o acesso aos serviços odontológicos é baixo e difere entre os estados, sendo menor nas regiões mais pobres (14).

Para uma boa saúde bucal, preconiza-se que os indivíduos visitem o dentista frequentemente. Os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS, utilizados pelo Ministério da Saúde para o planejamento dos recursos odontológicos, são de uma consulta a cada dois anos (no mínimo) e até duas consultas odontológicas ao ano (6) e, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde, o ingresso no sistema deve dar-se no máximo a partir dos seis meses de idade (15). Mesmo com o reconhecimento da importância da saúde bucal, uma parte importante da população brasileira não utiliza os serviços odontológicos da maneira recomendada, onde 15% da população nunca fez uma consulta odontológica e apenas 33,2% dos brasileiros consultou o dentista nos últimos 12 meses (16).

Mesmo com as mudanças do perfil epidemiológico das doenças bucais no Brasil nas últimas décadas, principalmente com a redução da prevalência e gravidade da doença cárie aos 12 anos de idade, fato frequentemente observado nos países considerados desenvolvidos (17), há indícios que tal fato não ocorreu de forma equânime na população, ou seja, as desigualdades sociais presentes, implicam em desigualdades nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo aqueles de maior risco social, também válidos aos agravos em saúde bucal (15,18-19).

Embora existam vários trabalhos na área do acesso aos serviços de saúde (20-22), são ainda escassas as pesquisas do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil (8,23), sendo praticamente raros os trabalhos publicados após a inserção da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (24).

1.2 HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

Erroneamente, a cavidade bucal sempre foi vista como uma estrutura anatômica isolada do resto do corpo; no entanto, os agravos relacionados à saúde bucal podem levar prejuízos à saúde geral do indivíduo (25). As práticas de higiene bucal e o controle da dieta são mecanismos eficazes na prevenção das patologias bucais, principalmente contra cárie e doença periodontal; dentro dos meios utilizados para higienização bucal, destaca-se o uso diário do fio dental e a escovação (26).

Dentro da literatura especializada, não há um consenso quanto à frequência da escovação; alguns autores afirmam que o controle da placa bacteriana pode ser realizado através de duas escovações dentro de um período de 24hs (27), enquanto que outros recomendam o uso de escova e dentífrico três vezes ao dia além da utilização diária do fio dental (28).

Com o intuito de se prevenir agravos à saúde bucal, recomenda-se também visitas regulares ao dentista na frequência de no mínimo uma vez ao ano (29), mas tal acesso está intimamente relacionado a fatores epidemiológicos, socioeconômicos, sociodemográficos, raça (30) e condição social (31).

A saúde bucal tem grande importância como componente da qualidade de vida do indivíduo, no entanto, uma grande parte da população brasileira não tem acesso às ações e aos serviços em saúde bucal (8), acesso este que possibilitaria um melhor esclarecimento sobre a importância e prática das técnicas de higiene oral na prevenção das doenças bucais e seus agravos, uma vez que a educação em saúde é ferramenta de grande importância dentro dos programas odontológicos de atenção (32).

Há evidências de que a higiene bucal também se associa a fatores socioeconômicos, além de gênero, idade, estilo de vida, auto percepção de saúde e condições psicológicas (33). Grande parte dos levantamentos epidemiológicos em saúde realizados no Brasil não abordaram questões relacionadas a comportamentos em saúde bucal além da visita ao cirurgião-dentista; e poucos estudos analisaram a influência das variáveis socioeconômicas nos hábitos de higiene bucal (34).

1.3 INQUÉRITOS EM SAÚDE BUCAL

Estudos transversais, também chamados de seccionais, de prevalência, inquéritos ou levantamentos epidemiológicos são dispositivos largamente utilizados dentro da vigilância em saúde. Tais instrumentos têm a função de fornecer dados estatísticos de saúde, elementos importantes para a realização do monitoramento das condições de saúde e do desempenho do sistema de saúde em determinada região (35).

Os inquéritos têm fundamental importância também no monitoramento da equidade em saúde, levando-se em conta variáveis como a realidade socioeconômica, demográfica, regional, individual, entre outras (36).

Mesmo com a existência de dados coletados através do projeto SB Brasil (edições 2003 e 2010) (37-38), ainda existe uma lacuna em estudos epidemiológicos de base populacional abordando questões relacionadas à saúde bucal e serviços odontológicos (8,39). Em uma pesquisa bibliográfica objetivando identificar estudos epidemiológicos de base populacional sobre saúde bucal no Brasil, nas bases de dados PubMed, LILACS e Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), sem restrição ao ano de publicação, encontrou-se apenas os estudos baseados nas PNAD 1998 (40) e 2003 (41) e o da cidade de Bambuí, oeste de Minas Gerais, que incluiu apenas idosos (42); além dos resultados do projeto SB Brasil dos anos 2003 e 2010, considerados os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal mais relevantes.

Em 1986 o Ministério da Saúde (MS) realizou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, que foi realizado na zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos obtendo dados relativos à cárie dentária, doença periodontal e acesso a serviços (10).

Após dez anos, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos e gerando dados relativos à cárie dentária (43).

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais

agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana como rural.

Este projeto, hoje identificado como “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, teve início em 1999, com a criação do Subcomitê responsável pela elaboração e execução do Projeto.

Em 2001 foi realizado um estudo piloto, em duas cidades de diferentes portes populacionais - Canela-RS e Diadema-SP. Após a validação da metodologia e dos instrumentos desenhados para o estudo, foi executado o sorteio dos municípios amostrais e definido o início das oficinas de sensibilização nas diferentes regiões. As oficinas de treinamento e calibração das equipes foram realizadas nos anos de 2002 e 2003, após as quais foi iniciado o trabalho de campo, com realização dos exames e entrevistas (44).

O SB Brasil 2003 objetivava produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira e subsidiar o planejamento-avaliação de ações nessa área nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. Este trabalho é realizado através da coordenação de um amplo esforço nacional para o estudo destas condições e para a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, articulando diferentes agências e unidades de saúde, contribuindo na perspectiva da estruturação de um sistema nacional de vigilância epidemiológica em saúde bucal (37). Mais especificamente, o projeto SB Brasil 2003 investigou a prevalência de cárie dentária para as faixas etárias de 18 a 36 meses, 5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos (esses extratos etários foram selecionados tendo como base as patologias bucais que seriam identificadas durante a pesquisa). Identificou na amostra de 5 anos, a prevalência de alterações gengivais; relatou, na amostra de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, a prevalência de doença periodontal; identificou, na amostra correspondente às idades de 5, 12 e 15 a 19 anos, a prevalência de oclusopatias; analisou, na amostra correspondente às idades de 12 e 15 a 19 anos, a prevalência de fluorose dentária; estimou as necessidades de tratamento relacionadas com a cárie dentária e descreveu a necessidade e uso de prótese nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos.

Além disso, descreveu variáveis referentes ao acesso a serviços odontológicos e autopercepção de saúde bucal como: autoavaliação da saúde bucal,

motivo da última consulta, local da última consulta e tempo decorrido desde a última consulta (37).

O inquérito epidemiológico SB Brasil 2003 revelou em relação à população infantil, que em ambas as dentições (decídua e permanente) são notáveis as diferenças na distribuição da ocorrência da doença cárie. Essas diferenças foram observadas tanto na experiência global (CPOD/ceod) quanto na análise por componentes. As crianças do norte e nordeste do Brasil apresentaram os maiores números de elementos cariados não tratados. Essas diferenças são ainda mais destacadas na análise por porte municipal e entre os adolescentes. A ocorrência de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos são bastante elevados. A identificação de bolsa periodontal durante o exame indicou agravamento das condições do órgão de suporte dentário relacionadas à presença e/ou risco de infecção periodontal; a região da boca excluída do exame reflete incapacidade funcional gerada por mobilidade e/ou perda do órgão dental. Foi demonstrado também que cerca de 10% dos adultos brasileiros possuíam bolsa periodontal em uma ou mais regiões da boca. Praticamente a mesma proporção de adultos apresentou pelo menos um sextante da boca excluído sendo que esse problema foi notificado em metade dos idosos. A perda de dentes precocemente é grave; a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo continuava sendo um grave problema em nosso país, especialmente entre os idosos. Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas (37).

Os resultados do SB Brasil 2003 serviram de alicerce para que em 2004, por determinação do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Ministério da Saúde lançasse a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente (45). Com essa política, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral. Houve a inserção de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no SUS, resgatando a cidadania da população brasileira (38). O Brasil Sorridente teve como embasamento epidemiológico a conclusão do Projeto SB Brasil 2003 – Condições da Saúde Bucal da População Brasileira. Entre os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal, estão: (a) utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento e (b) centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do

processo saúde-doença. A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – se constitui num marco na história das Políticas Públicas no Brasil na medida em que incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde (38). Dentro deste novo paradigma em saúde bucal, os pressupostos dessa política visam à reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, destacando o uso de informações epidemiológicas e territoriais para subsidiar o planejamento em saúde bucal e focar a atuação da vigilância sanitária incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde doença (15). Tais pressupostos devem, portanto, ser postos em prática a partir de diversas estratégias, dentre elas a realização de pesquisas epidemiológicas de base nacional (38).

Sete anos após o lançamento do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, conclui em 2011 o mais recente levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, intitulado *SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal* (38).

O SB Brasil 2010 foi uma pesquisa de base amostral realizada nas 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior de diferentes portes populacionais, sendo 37.519 indivíduos examinados pertencentes às faixas etárias de: 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos. Cerca de 2.000 trabalhadores e trabalhadoras do SUS das três esferas governamentais foram fundamentais no sucesso da execução do SB Brasil 2010 (38).

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 analisou a situação da saúde bucal da população brasileira com o objetivo de proporcionar ao SUS informações úteis ao planejamento de programas de prevenção e tratamento, tanto em nível nacional quanto no âmbito estadual e municipal (38). É fundamental ressaltar que o SB Brasil 2010 faz parte do processo histórico que se ampliou e aprofundou com o Projeto SB Brasil 2003 (37), o qual proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros, é a continuação processo, sendo

realizada uma pesquisa em moldes semelhantes, de maneira a construir uma série histórica, contribuindo para as estratégias de avaliação e planejamento dos serviços, ao mesmo tempo em que consolida um modelo metodológico e demarca o campo de atuação do componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal (38).

Como objetos de pesquisa, o SB Brasil 2010 teve foco nas mesmas variáveis trabalhadas no SB Brasil 2003, além da obtenção de dados que contribuíram para caracterizar o perfil socioeconômico, a utilização de serviços odontológicos, a autopercepção e os impactos da saúde bucal (38).

Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 demonstraram que, segundo a classificação adotada pela Organização Mundial da Saúde, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6). Levando-se em consideração as condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), em termos populacionais, estes problemas aumentaram com a idade, indicando que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos; a presença de tártaro dentário e sangramento foi mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes; as formas mais graves da doença periodontal apareceram de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), em que se observou uma prevalência de 19,4%; nos idosos, os problemas gengivais tiveram pequena expressão em termos populacionais devido ao reduzido número de dentes presentes. Quanto à necessidade de uso de prótese dentária entre adolescentes e adultos houve uma redução de 52% e 70% respectivamente, em um intervalo de sete anos, já para os idosos a frequência se equiparou aos dados do SB Brasil 2003 (38).

É fato que os inquéritos populacionais são utilizados de forma cada vez mais constante para obtenção de dados referentes à qualidade dos serviços de saúde, estilo de vida e morbidade referida de determinada população, havendo um esforço do governo para tal. Com este intuito, deu-se início, no ano de 2003, ao desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (46); em 2007 tal projeto foi reiterado no seminário da ABRASCO sobre inquéritos e em 2009 foi promulgada a portaria que nomeou o Comitê Gestor para a elaboração da PNS (a ser realizada no ano de 2013), do qual fez parte a Fundação Oswaldo Cruz. Através de inquéritos de

saúde como a PNS é possível conhecer o perfil de saúde e a distribuição de exposições e condições de risco, assim como obter um grande número de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde, como o acesso, a utilização e o grau de satisfação do usuário com os serviços de saúde, em conjunto com as características sócio-demográficas, possibilitando investigar as relações entre as diversas variáveis. Em particular, as informações obtidas através dos inquéritos de saúde podem complementar, de maneira importante, o conhecimento sobre as desigualdades em saúde, subsidiando a orientação das políticas de saúde para o alcance de maior equidade. Mas para tal objetivo é necessário que os inquéritos ocorram com periodicidade, sendo este fato uma das prerrogativas para realização da Pesquisa Nacional de Saúde 2012/2013, além de somar forças com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Ministério da Saúde para um melhor desenho da situação de saúde da população Brasileira (46).

O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde, com periodicidade pré-estabelecida, iniciou-se em 2003, pelo Comitê Temático Interinstitucional da Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RIPSA) sobre Informações de Base Populacional da CTI-IBP, cujos membros recomendaram a realização de uma pesquisa de âmbito nacional para responder às demandas da gestão e da avaliação da política de saúde implantada, consideradas as prioridades do MS. Entre as demais recomendações feitas pelo CTI-IBP, destacam-se a previsão de recursos para a aplicação periódica da PNS e a coleta das informações segundo três eixos: as condições de saúde (determinantes sociais, condições e estilos de vida); a atenção à saúde (acesso, utilização, qualidade – que abrange a continuidade e a integralidade do cuidado entre outros domínios); e a vigilância (monitoramento de fatores de risco individuais e ambientais/coletivos, e controle de doenças e agravos), além das questões relacionadas às desigualdades sociais em saúde, que perpassam os três eixos. Dessa forma, a Pesquisa Nacional de Saúde se configura em uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, que está sendo realizada em conjunto com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2012/2013, com periodicidade recomendada de 5 anos (46).

Para teste do questionário que será utilizado na PNS, um estudo preliminar foi conduzido na Região Integrada do Distrito Federal (RIDE/DF) no segundo semestre de 2010, em parceria com a Universidade Federal de Goiás e a Universidade de Brasília. O questionário foi aplicado em uma amostra de 2400 indivíduos,

selecionados por meio de amostragem probabilística no Distrito Federal (DF), região de Goiás e entorno do DF (46). Dentro deste grupo amostral, um dos estratos pesquisados foi a Região do Entorno Sul do Distrito Federal, a qual é composta por sete municípios, representado o foco deste trabalho.

1.4 TERRITÓRIO

A região do entorno faz parte da Capital Federal desde a criação da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) a partir da Lei Complementar de n. 94, em 12 de fevereiro de 1998 (10). Esta lei complementar (n. 94/1998) foi regulamentada pelo Decreto de n. 2.710, de 04 de agosto de 1998, alterado pelo Decreto n. 3.445, de 04 de maio de 2000, na estrutura do Ministério da Integração Nacional, para efeitos de articulação da ação administrativa da União, dos Estados de Goiás, de Minas Gerais e do Distrito Federal, tendo em vista que a RIDE é constituída pelo Distrito Federal, 19 municípios do Estado de Goiás e três municípios do Estado de Minas Gerais (10). O Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - COARIDE surge com o objetivo de: coordenar as ações dos entes federados que compõem a RIDE, almejando ao desenvolvimento e à redução de suas desigualdades regionais; aprovar e supervisionar planos, programas e projetos para o desenvolvimento integrado da RIDE; programar a integração e a junção dos serviços públicos que sejam comuns à RIDE; apontar providências para compatibilizar as ações desenvolvidas na RIDE com as demais ações e instituições de desenvolvimento regional; harmonizar os programas e projetos de interesse da RIDE com os planos regionais de desenvolvimento; coordenar a execução de programas e projetos de interesse da RIDE. O Decreto No. 7.469 de 4 de maio de 2011 (47) Regulamenta a Lei Complementar No. 94, de 12 de fevereiro de 1998 (10), que autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal; com isso espera-se a implementação de programas e projetos prioritários para a RIDE-DF, principalmente no que se refere à infraestrutura básica e geração de empregos (47).

A região do entorno é formado por uma malha de municípios que, em sua maioria, são de médio e pequeno porte. Segundo dados do censo demográfico de 2010, a RIDE-DF apresenta uma área de 57.169,99 km² com uma população estimada de 3.732.063 habitantes, dos quais 1.128.280 habitantes fixam residência nos municípios do entorno do DF (48).

Na região mais central do entorno está representado a área mais densa, composta pelo Distrito Federal, detentor de 69% da população e seus municípios limítrofes. Existe uma grande área na direção sul da BR-040, incluindo-se nessa região os municípios de Valparaíso de Goiás, Cidade Ocidental, Novo Gama e Luziânia que somam juntos 12,3% da população da RIDE-DF e Entorno. Outros municípios também considerados como área metropolitana de Brasília e cuja população tem relações comerciais fortes com a Capital Federal são: Águas Lindas de Goiás, na direção da BR-070, Formosa nas margens da BR-020, Planaltina nas margens da BR-010, e Santo Antônio do Descoberto nas margens da BR-060.

Os municípios da RIDE-DF estão divididos em quatro regiões, a saber: Entorno Sul, Entorno Norte, Região dos Pirineus e Macro Região de Unai. Compõem a Região do Entorno Sul os Municípios de Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto e Valparaíso. A Região do Entorno Norte inclui os municípios de Água Fria de Goiás, Cabeceiras, Formosa, Planaltina, e Vila Boa. Os municípios de Abadiânia, Alexânia, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo e Pirenópolis compõem a Região dos Pirineus. A Macro Região de Unai está composta por três municípios do Estado de Minas Gerais: Unai, Buritis e Cabeceira Grande (10,49).

A expansão populacional dos municípios da RIDE/DF, bem como a modificação na economia dessas unidades territoriais tem origem a partir da consolidação e expansão de Brasília, pois grande parte da população atraída para o DF não consegue fixar residência na Capital Federal, transbordando para além dos seus limites (50).

De acordo com as informações obtidas no censo 2010 (48) observou-se um crescimento da RIDE-DF de 2,3%, no período de 2000 a 2010, sendo que os municípios de Goiás tiveram um crescimento de 2,6%, os municípios de Minas Gerais 1,0% e o DF 2,3% (48). Pode-se observar que os municípios do Estado de Goiás demonstraram uma maior taxa de crescimento, fato provavelmente decorrente

de essa região ser composta por um número maior de municípios (o maior conjunto da RIDE-DF). Essa situação também pode ter sido causada pela migração de moradores do DF para os municípios da RIDE (chamados de entorno), em busca de custo de vida menor e pela proximidade que estes municípios têm com a Capital Federal.

Os motivos para o movimento migratório da população do DF em direção as regiões vizinhas podem ser vários. Acredita-se que a diminuição da oferta de imóveis, e a especulação com a elevação dos preços dentro do território do DF, e as restrições ao uso do solo, assim como a migração em busca de custo de vida mais baixo podem ser causas para este movimento. Estas dificuldades levaram milhares de pessoas a tomar o caminho da ilegalidade e várias áreas foram ocupadas, por meio do processo de grilagem e a conseqüente criação de novos bairros denominados condomínios. O redirecionamento dos migrantes para o entorno continua elevado até os dias atuais (51).

Levando-se em consideração os investimentos públicos em infraestrutura em toda a região, o capital aplicado em setores produtivos, e a grande massa populacional que migrou para a região a partir do surgimento de Brasília, promoveram novas modificações intrarregionais. Uma nova configuração territorial entrava em curso e entre os resultados estão as atuais peculiaridades e problemas existentes no Distrito Federal e em todo o seu Entorno (52).

Essa relação de interdependência entre o DF e os municípios do entorno ocorre, principalmente, em função da vasta concentração no Distrito Federal de infraestrutura em setores como a saúde e a oferta de emprego, o que faz com que o fluxo existente de pessoas dos municípios do entorno - muitos migrantes do Distrito Federal - seja expressivo e constitua um forte movimento de migração pendular. O Entorno Sul, segundo a CODEPLAN (50), tem crescimento mais intenso, sendo formado por: Luziânia, Valparaíso de Goiás, Cidade Ocidental, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Águas Lindas de Goiás. No Entorno Norte, apenas Formosa e Planaltina de Goiás recebem impacto maior do fluxo populacional vindo.

A migração intensa entre a população menos favorecida dos núcleos urbanos periféricos do Distrito Federal e os municípios goianos e mineiros vizinhos, é um indicador que aponta para o fluxo existente nessa região. Na estruturação da RIDE/DF são identificados vários problemas de infraestrutura que atrapalham o seu desenvolvimento de, principalmente aqueles relacionados ao transporte público

coletivo e às questões relacionadas às barreiras sanitárias, cujas dificuldades são expressivas.

Segundo dados do Censo Demográfico, a RIDE-DF teve um produto interno bruto de R\$ 125.7 bilhões no ano de 2010 (48). Pode-se dizer que é a terceira região mais rica do Brasil, ainda que não siga os mesmos modelos técnicos de organização espacial de outras regiões do país. Não é uma região metropolitana, apesar de já ser considerada como tal; tampouco pode ser classificada como uma mesorregião, quando na verdade é composta por parte da microrregião do Entorno do Distrito Federal no estado de Goiás, excluído o município de Vila Propício, três municípios da Microrregião de Unaí no estado de Minas Gerais e o próprio DF que em alguns momentos é classificado como município, em outros, como Estado e ainda como microrregião e também mesorregião. A verdade é que o Distrito Federal, independentemente dos demais municípios, só tem PIB menor que a Mesorregião Metropolitana de São Paulo e a Mesorregião Metropolitana do Rio de Janeiro (48).

Observa-se então que a RIDE-DF é uma região que tem a circulação financeira muito concentrada no núcleo de seu território, aumentando a dependência para a geração de emprego e renda, justificando assim o grau de dependência com a Capital Federal, e os grandes movimentos pendulares diários dos municípios fronteiriços, assim como as Regiões Administrativas do Distrito Federal para o Plano Piloto de Brasília, que concentra a maior parte dos serviços e postos de trabalho para essa população (48).

Ainda segundo dados do Censo Demográfico o Distrito Federal concentra 93,58% do PIB em relação a RIDE-DF, sobretudo no setor de serviços em geral, mas tem uma participação expressiva também nos demais setores, apresentando o 10º maior PIB industrial e o 14º maior PIB agropecuário entre os municípios do Brasil.

O município de Unaí pertencente ao estado de Minas Gerais, no campo do agronegócio, teve um PIB agropecuário de R\$512 milhões, sendo o maior da RIDE-DF e Entorno, e o 6ª maior do país. A Capital Federal Brasília, Cristalina, Buritis e Luziânia também aparecem no ranking nacional entre os 100 melhores colocados, ocupando respectivamente a 14ª, 16ª, 68ª e 85ª posições, despontando a região como uma das mais importantes para a agropecuária no Brasil (48). Na indústria a atividade predominante é sem dúvida a construção civil. No Distrito Federal corresponde a 56,6% do setor, e segundo dados do IBGE/2008 movimentou nesse

ano um total aproximado de R\$ 3.7 bilhões. O município de Luziânia é o único município do entorno a ter um parque industrial de destaque, sobretudo devido à indústria de alimentos. No ano de 2008 teve movimentação industrial de aproximadamente R\$ 600 milhões (53).

Analisando os serviços do setor da Administração Pública, os mesmos têm grande impacto na composição do PIB do Distrito Federal, e às vezes leva a uma visão equivocada de que toda a economia do DF se resume a esse quesito. Na verdade, assim como a economia fluminense tem grande dependência da indústria extrativista, por exemplo, para dinamizar outros tantos setores de sua economia, em Brasília o setor público funciona como mola propulsora, mas paralelamente outros serviços se desenvolveram fortemente, destacando-se os serviços financeiros, os serviços de informação, atividades imobiliárias, empresas que terceirizam os serviços prestados, dentre outros (53).

O município de Luziânia destacou-se como o maior exportador da RIDE-DF e Entorno, ocupando em novembro de 2010 a 102ª posição no Ranking Nacional de acordo com publicação mensal do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, totalizando R\$ 348 milhões de reais nos primeiros 11 meses do ano. A principal matéria exportada foi a soja e seus derivados, assim como milho e seus derivados (54).

A estruturação econômica da RIDE-DF está apoiada no setor terciário, responsável por grande parcela da renda e empregos gerados, o que demonstra a influência marcante da estrutura administrativa da Capital do País.

A maioria dos municípios integrantes da RIDE é altamente dependente dos repasses de recursos dos Estados e da União, o que significa que eles têm baixa capacidade de geração de renda própria (54).

A dinâmica imobiliária residencial é que formou essa grande periferia ao redor da Capital Federal, e com essa popularização descontrolada a gestão desse território não criou mecanismos que estimulassem essa desconcentração ao longo dos anos, alguns municípios integrantes da RIDE-DF nem mesmo mantêm uma relação mais estreita que caracterize uma dependência com o DF.

Com o passar dos anos os indicadores socioeconômicos apontam cada vez mais para um grande aprofundamento das desigualdades desses municípios em relação ao Distrito Federal (56).

De acordo com a CODEPLAN (50), no que diz respeito à busca por serviços de saúde dos pacientes oriundos dos municípios do Entorno do DF que necessitam de atendimento médico, 96,82% vêm para o Distrito Federal e apenas uma pequena parcela busca outros centros de atendimento como Goiânia ou Anápolis, provocando dessa forma uma sobrecarga na rede pública de saúde do Distrito Federal. Reiterando ainda que a baixa capacidade dos equipamentos instalados nesses municípios não poderá ser revertida se depender apenas da capacidade de investimento deles próprios, pois todos os indicadores observados em pesquisas apontam a necessidade de uma agenda emergencial que abranja o Entorno Metropolitano do DF.

A região do entorno apresenta uma situação de grande dependência em relação ao DF, de exclusão das oportunidades de trabalho, carência de educação pública, serviços de saúde precários, assim como inadequação no uso e ocupação de seu território (50).

A partir de dificuldades constatadas, carências da área da saúde na região e a necessidade de pensar ações para inversão do quadro, inicialmente criou-se um grupo de trabalho em saúde denominado Grupo Gestor de Saúde da RIDE – GGS/RIDE, por solicitação de representantes do COARIDE. Em 19 de dezembro de 2003, a Resolução COARIDE nº. 11, publicada no DOU nº. 28, de 10 de fevereiro de 2004, formalizou a composição do GGS/RIDE, tendo como primeira tarefa a implantação de um Plano Integrado de Saúde para a região, no prazo de 12 (doze) meses, com base nos diagnósticos e na definição de linhas gerais de ação aprovadas na reunião do COARIDE, em Unaí – MG, em 27 de novembro de 2003.

Informações levantadas serviram como base para a discussão de propostas para melhoria desta Região, a nova etapa a ser desenvolvida seria a pactuação de um Plano de Ação prioritário, considerando as carências imediatas da Região, capaz de indicar no curto, médio e longo prazo, tipos de serviços a serem implantados, bem como as localidades e o impacto financeiro (50).

Este estudo foi desenvolvido nos sete municípios pertencentes ao Entorno Sul da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE – DF), a saber, Santo Antônio do Descoberto, Águas Lindas, Novo Gama, Valparaíso, Luziânia, Cristalina e Cidade Ocidental. Segundo dados do IBGE, no ano de 2010 os sete municípios somaram uma população total de 727,652 habitantes.

O município de Santo Antônio do Descoberto possuía no ano de 2012 uma população estimada de 64.960, com um leve equilíbrio entre os habitantes do sexo masculino e feminino. O município de Águas Lindas de Goiás possui uma população estimada de 167.477 habitantes, apresentando também equilíbrio da distribuição populacional entre os sexos, com um leve predomínio para o sexo masculino. Para o município do Novo Gama a população estimada é de 98.135 habitantes, com um leve predomínio da população feminina. Em Valparaíso a população estimada foi de 138.740 habitantes, predominando a população do sexo feminino, sendo um dos municípios com maior densidade demográfica do Entorno Sul do Distrito Federal. Luziânia, com uma população estimada de 179.582 habitantes, apresenta equilíbrio entre os sexos.

O município de Cidade Ocidental possui uma população estimada de 58.262 habitantes, com um número de mulheres um pouco maior do que o número de homens. Com 48.463 habitantes, a cidade de Cristalina apresenta um número maior de indivíduos do sexo masculino se contrapondo aos demais municípios. Para Santo Antônio do Descoberto a população estimada é de 64.963 habitantes, demonstrando um leve predomínio da feminina sobre a masculina (56). De uma forma geral, o índice de desenvolvimento humano para estes municípios é considerado médio (57). Em levantamento realizado no ano de 2009 (DATASUS), constatou-se a existência de 183 estabelecimentos de saúde no Entorno Sul do DF e destes, 143 são estabelecimentos de saúde públicos e 83 possuíam atendimento odontológico ambulatorial.

Todos os sete municípios possuem equipes de saúde bucal em seu território, mas a análise de dados mais recentes disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde revela que a cobertura assistencial na área de saúde bucal diminuiu em todas as cidades, mesmo com manutenção e ou aumento das equipes de saúde bucal (58); o pior desempenho para o ano de 2012 é observado no município de Valparaíso de Goiás, com cobertura odontológica inferior a 15% da população (59). Há ainda indícios de baixa cobertura populacional quanto aos serviços odontológicos, uma vez que para uma cobertura ideal é necessário uma equipe de saúde bucal para cada 3.000 habitantes (60) proporção que se mostra inferior em todos os municípios deste estudo (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização dos municípios segundo população para o ano de 2010

Municípios	População censo 2010	IDH	Atendimento odontológico ambulatorial	ESB	CEO	Cobertura odontológica
Valparaíso	132.982	0,746	14	6	1	14,92%
Cristalina	46.580	0,699	9	9	1	64,07%
Luziânia	174.531	0,701	23	11	1	21,13%
Novo Gama	95.018	0,684	7	6	0	21,90%
Santo Antônio do Descoberto	63.248	0,665	12	11	1	58,42%
Águas Lindas de Goiás	159.378	0,686	13	12	0	24,72%

Fig 1. Índice de desenvolvimento humano (IDH), quantidade de ambulatórios com atendimento odontológico, quantidade de equipes de saúde bucal (ESB), quantidade de centros odontológicos especializados (CEO) e cobertura odontológica populacional

Tanto o uso dos serviços odontológicos quanto os hábitos em saúde e de higiene bucal são de fundamental importância para a prevenção e redução dos agravos das doenças bucais. De acordo com a literatura, ambos os aspectos estão relacionados com o status socioeconômico, cultural, e sociodemográfico do indivíduo além de outros fatores, demonstrando uma inter-relação entre acesso aos serviços e hábitos de higiene bucal. A maneira mais adequada de se pesquisar estas variáveis é por meio de inquéritos epidemiológicos, pois os mesmos podem revelar características relacionadas à saúde bucal da região em estudo para fornecer dados estatísticos que posteriormente poderão servir de base comparativa para novos inquéritos; além disso, existem poucas pesquisas epidemiológicas referentes ao tema na população do Entorno Sul do Distrito Federal.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista a inexistência de inquéritos em saúde bucal para a população do Entorno Sul do Distrito Federal, este trabalho se justifica na medida em que fornecerá dados os quais poderão ser utilizados na implementação das estratégias em saúde bucal da população, melhorando o acesso aos serviços de saúde bucal e instituindo planos que possibilitem melhorar a qualidade da higiene bucal da população, com conseqüente redução dos agravos em saúde bucal além de servir como base comparativa para os inquéritos futuros.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer e descrever a situação de saúde bucal e a utilização de serviços odontológicos da população adulta dos municípios que compõe a região do Entorno Sul do Distrito Federal; por meio de inquérito epidemiológico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a autopercepção em saúde bucal.
- Descrever os hábitos em higiene bucal da população do estudo.
- Identificar as características do uso dos serviços odontológicos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico descritivo, do tipo inquérito domiciliar de base populacional, viabilizado mediante a disponibilização do banco de dados do inquérito RIDE DF (região do Entorno Sul do Distrito Federal) pela Universidade Federal de Goiás, Universidade de Brasília em conjunto com o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – ICICT/Fiocruz.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população estudada é constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nas áreas urbanas e rurais dos municípios selecionados do Entorno Sul da RIDE-DF.

4.3 PROCEDIMENTO AMOSTRAL

Trata-se de amostra probabilística por conglomerados, aleatória, sem substituição, estratificada pelas regiões do entorno do DF: Sul, Norte, Pirineus, e Regional de Saúde do Paranoá. Os procedimentos de amostragem foram realizados em três estágios. No primeiro, foram selecionados 40 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho, dado pelo número de domicílios do setor. Para a seleção dos setores censitários, a etapa preliminar consistiu em construir uma lista de setores. Nesta etapa, a partir das informações da Fundação Instituto de Geografia e Estatística (CD ROM - Contagem da população 2007, Agregado por Setores Censitários), foram considerados, primeiramente, todos os setores com domicílios particulares permanentes, isto é, aqueles que servem como residência de

famílias e são construídos com material durável. Para a seleção da amostra de setores, foram eliminados todos os setores com menos de 30 domicílios particulares permanentes e os setores classificados como especiais (penitenciárias, instalações militares, asilos, reservas de índios, entre outros). Após essas eliminações restaram 266 setores censitários na região. A única exceção em relação aos dados dos setores censitários foi o município de Luziânia, para o qual não houve contagem da população em 2007 e foram utilizados dados do Censo Demográfico de 2000. No segundo estágio de amostragem foram selecionados 18 domicílios por setor censitário através de uma amostragem sistemática, onde o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente entre o primeiro do setor e a razão entre o número total de domicílios no setor e o número de domicílios a serem selecionados. No terceiro estágio, em cada domicílio, para a condução da presente investigação utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: um indivíduo foi selecionado com equiprobabilidade entre os moradores adultos do domicílio (18 anos ou mais de idade), para responder ao questionário individual.

Dentro do estrato do entorno Sul do Distrito Federal selecionou-se um total de 40 setores censitários entre urbanos (34) e rurais (6) dos municípios do Entorno Sul. A distribuição de setores urbanos e rurais em cada município foi representada da seguinte forma: Águas Lindas de Goiás com 9 setores, sendo 8 urbanos e 1 rural; Santo Antônio do Descoberto com 6 setores, dos quais 5 urbanos e 1 rural; Luziânia com 8 setores, sendo 6 urbanos e 2 rurais; Valparaíso de Goiás com 6 setores todos urbanos; Novo Gama com 6 setores todos urbanos; Cristalina com 5 setores, dos quais 3 urbanos e 2 rurais. Não foi sorteado nenhum setor censitário no Município de Cidade Ocidental. Este procedimento amostral se propõe a oferecer representatividade para a região como um todo.

4.4 TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra foi calculado pela equipe do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – ICICT/FIOCRUZ para detectar diferenças de até 3,5% em um a proporção de 15%, com um poder de teste de 80% e um nível de significância de 95%; mesmo sabendo que algumas prevalências teriam estimativas

muito baixas optou-se por este tamanho de amostra também por razões de disponibilidade de recursos para viabilização da realização do inquérito. Por se tratar de um desenho complexo de amostragem, foi incorporado um efeito de desenho de 1,3, sendo necessário entrevistar 2.400 indivíduos no total, sendo 600 indivíduos em cada estrato (região da RIDE DF). Levando-se em consideração possíveis perdas, em torno de 20%, aumentou-se o tamanho da amostra em cada estrato (região) para 720 domicílios.

4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi originalmente adaptado da Pesquisa Mundial de Saúde-Atenção Básica (PMS-AB) já validado pelo grupo de pesquisadores do ICICT/FIOCRUZ no ano de 2005 (59). O questionário já foi utilizado em diversos inquéritos domiciliares no Brasil. Posteriormente o instrumento passou por novas adaptações. As mudanças foram feitas em grupos de trabalhos por pesquisadores, gestores e representantes das áreas técnicas do Ministério da Saúde, para servir de piloto para a Pesquisa Nacional de Saúde 2013, que está sendo conduzida nas capitais e principais municípios brasileiros.

O instrumento de coleta de dados corresponde, portanto, à primeira versão do questionário que está sendo utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) neste ano de 2013.

Os dados para realização desta pesquisa foram coletados através do módulo referente à saúde bucal (módulo H) do questionário utilizado para realização do Inquérito RIDE-DF; este mesmo questionário forneceu as variáveis socioeconômicas para descrição; o módulo H do questionário RIDE-DF é composto por 15 perguntas (APÊNDICE A) as quais elucidam os seguintes aspectos: frequência de escovação dentária (onde se considera ideal uma frequência de duas vezes ou mais ao dia), dispositivos usados para a higiene bucal (sendo importante o uso concomitante de escova, pasta e fio dental), compartilhamento de escova de dentes (o ideal é uma escova para cada indivíduo), frequência de troca da escova de dentes (é recomendado a troca das escovas de 3 em 3 meses no mínimo), percepção da saúde bucal (avaliada como muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim), grau de

dificuldade para se alimentar devido a problemas bucais (avaliado como nenhum, leve, regular, intenso e muito intenso), tempo da última consulta odontológica (recomenda-se uma consulta por semestre no mínimo), motivo de não ter consultado o dentista no último ano, motivo principal da última consulta, local da realização da última consulta, atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS (variável dicotômica, sim ou não), houve pagamento pelo atendimento, perda de dentes na arcada superior e inferior e uso de prótese dentária.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a digitação dos dados foi gerado um banco de dados gerenciado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – ICICT/Fiocruz. Para a análise foi utilizado o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0 for Windows. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas (proporções e prevalências, quando pertinente) e respectivos intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas contínuas foram calculadas as médias e medianas e respectivas medidas de dispersão.

Por se tratar de um desenho complexo de amostragem, os dados foram ponderados sendo o peso final atribuído a cada variável o resultado da multiplicação de três fatores, $p_1 =$ probabilidade de seleção do setor censitário \times $p_2 =$ probabilidade de seleção do domicílio dentro do setor censitário \times $p_3 =$ probabilidade de seleção do indivíduo dentro do domicílio, o produto final dessa multiplicação é a probabilidade de seleção do indivíduo dentro da amostra total e o peso é o inverso dessa probabilidade.

Para classificar a renda familiar em salários mínimos utilizou-se os parâmetros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, considerando o valor do salário mínimo vigente em 678,00 reais.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) (ANEXO A) e identificada com o número de Registro 074/10, de 18 de junho de 2010. A pesquisa desenvolveu-se de acordo com os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia, contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

A participação na pesquisa foi condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B), indivíduo com idade igual ou maior de 18 anos entrevistado. Aos sujeitos da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sempre previamente ao início da entrevista, onde todas as informações pertinentes à pesquisa foram fornecidas, como os objetivos do estudo explicados, seus direitos quanto a livre escolha de participação na entrevista, o sigilo das informações fornecidas caso concordassem em participar, assim como seu anonimato, solicitando após a leitura do mesmo e concordância em participar da pesquisa, a assinatura em duas vias, uma para o pesquisador, e a outra para deixar no domicílio do entrevistado.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1

Acesso a serviços odontológicos do SUS entre adultos no Entorno Sul do Distrito Federal, 2010-2011

Ângelo Fonseca Silva¹, Margarita Urdanetta², Leonor Maria Pacheco Santos³

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília - UnB

² Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília – UNB

³ Departamento de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília - UnB

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica – ICICT/Fiocruz e Fundação de Amparo a Pesquisa do Distrito Federal (FAPDF) pelo apoio para realização da pesquisa

RESUMO

Objetivo: Descrever o acesso a serviços odontológicos do SUS e indicadores de saúde bucal na população residente no Entorno Sul do Distrito Federal bem como os diferenciais por nível de educação e de renda. **Método:** Estudo de base populacional do tipo inquérito domiciliar, constituído por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos (n=605). A amostra foi selecionada em três estágios. **Resultados:** Observou-se que 76% da população pesquisada não faz uso dos serviços públicos odontológicos do SUS, utilizando predominantemente serviços de caráter privado. Menos da metade da população realizou consulta odontológica nos últimos 12 meses (44,1%). Quando questionados sobre o motivo de não ter consultado o dentista nos últimos 12 meses, 61,2% dos indivíduos julga não achar necessário realizar visitas regulares ao dentista. Para a população que se encontra em estratos de renda inferior observa-se um pior nível nos hábitos de higiene bucal. Levando-se em consideração a renda familiar observa-se que os indivíduos que relatam nunca ter ido ao dentista se encontram em uma faixa de renda inferior a 02 salários mínimos, e os indivíduos com menor grau de instrução visitam menos o dentista. **Conclusão:** Os dados deste estudo mostram que a população do Entorno Sul do Distrito Federal faz uso de forma insatisfatória dos serviços odontológicos, havendo indícios de desigualdades quando se leva em consideração as variáveis socioeconômicas; pode-se perceber também que há insuficiência no acesso à atenção odontológica de caráter público para esta população, sobretudo a de baixa renda.

Palavras-chave: Inquérito de Saúde Bucal; Saúde Coletiva; Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: Describe the access to dental services at SUS and oral health indicators in the population living in the Southern regions surrounding the Distrito Federal and the differentials by education and income levels. **Method:** Population-based household survey, including individuals aged over 18 years (n=605). The sample was selected in three stages. **Results:** According to the results it can be observed that 76% of the surveyed population does not make use of public dental services SUS using predominantly privately services. Less than half of the population held dental visit in the last 12 months (44.1%). When asked about the reason of not consulting dentist in the past 12 months, 61.2 % of individuals judged not find it necessary to perform regular dental visits. For the population that is in the lower-income strata observed a worse level in oral hygiene habits. Taking into account the family income it was observed that most individuals who reported never been to the dentist are in the range of less than 2 minimum wages, and individuals with lower education visited the dentist less often. **Conclusions:** Data from this study show that the population of the Southern surrounding regions the Distrito Federal uses unsatisfactorily public dental services, with evidence of inequalities when taking into account the socioeconomic variables, especially among the lower income families.

Keywords: Oral Health Survey, Public Health, Epidemiology.

Introdução

Nos últimos anos, houve um considerável avanço nas condições de acesso e de saúde bucal da população brasileira¹, principalmente devido à inclusão de equipes de saúde bucal no Programa de Saúde da Família e a criação dos Centros de Especialidades odontológicas^{1,2,3}. Apesar da expressiva melhora na condição de saúde bucal dos brasileiros, os resultados encontrados nos levantamentos epidemiológicos Projeto Saúde Bucal Brasil 2003⁹ e 2010 (PSB-Brasil)⁶ revelaram que o país ainda está aquém da meta sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000. Apenas o índice médio de dentes perdidos cariados e obturados (CPO-D) para as crianças mostrou-se compatível com a meta (inferior a 3,0), variando, todavia, entre as regiões do país⁴. Para uma boa saúde bucal, preconiza-se que os indivíduos visitem o dentista frequentemente. Os parâmetros de cobertura assistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), utilizados pelo Ministério da Saúde para o planejamento dos recursos odontológicos, são de uma consulta a cada dois anos e até duas consultas odontológicas ao ano². De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde³, o ingresso no sistema deve dar-se no máximo a partir dos seis meses de idade. Mesmo com o reconhecimento da importância da saúde bucal, uma parte importante

da população brasileira não utiliza os serviços odontológicos da maneira recomendada, onde 15% da população nunca fez uma consulta odontológica e apenas 33,2% dos brasileiros consultou o dentista nos últimos 12 meses⁵; corroborando estes dados, o SB-Brasil 2010 demonstrou para estas mesmas variáveis percentuais de 14,7% e 30,4% respectivamente⁶.

Estudos transversais, também chamados de seccionais, de prevalência, inquéritos ou levantamentos epidemiológicos são largamente utilizados no âmbito da vigilância em saúde. Tais instrumentos têm a função de fornecer dados estatísticos de saúde, elementos importantes para a realização do monitoramento das condições de saúde e do desempenho do sistema de saúde em determinada região⁷. Segundo Barros⁸ (2008), os inquéritos têm fundamental importância também no monitoramento da equidade em saúde, levando-se em conta variáveis como a realidade socioeconômica, demográfica, regional, individual, entre outras. Mesmo com a existência de dados coletados através do SB Brasil^{6,9}, ainda existe uma lacuna em estudos epidemiológicos de base populacional abordando questões relacionadas à saúde bucal e serviços odontológicos¹⁰.

O uso dos serviços odontológicos é de fundamental importância para a prevenção e redução dos agravos das doenças bucais. De acordo com a literatura, este aspecto está relacionado com o status socioeconômico, cultural, e sociodemográfico do indivíduo além de outros fatores¹¹. A maneira mais adequada de se pesquisar estas variáveis é através de inquéritos epidemiológicos, pois os mesmos podem revelar características relacionadas à saúde bucal da região em estudo, fornecendo dados estatísticos que posteriormente poderão servir de base comparativa para novos inquéritos^{12,13}. Deste modo, o objetivo desse trabalho foi conhecer e descrever a situação de saúde bucal e o acesso (utilização dos serviços odontológicos) pela população adulta dos municípios que compõem a região do Entorno Sul do Distrito Federal (DF).

Métodos

Trata-se da análise de dados oriundos de estudo epidemiológico descritivo, de base populacional, inserido dentro do inquérito realizado em municípios pertencentes ao Entorno Sul do Distrito Federal (DF). A presente pesquisa faz parte do projeto desenvolvido pela Universidade de Brasília (UnB), a Universidade Federal

de Goiás (UFG) e o Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/Fiocruz) que tem como objetivo a avaliação do desempenho do sistema de saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF). A população estudada foi constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nas áreas urbano/rural dos seguintes municípios goianos da Região do Entorno Sul da RIDE-DF (Águas Lindas de Goiás, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antonio do Descoberto e Valparaíso).

O procedimento amostral foi realizado em três estágios. No primeiro, foram selecionados 40 setores censitários da região, com probabilidade proporcional ao tamanho, dado pelo número de domicílios do setor (foram eliminados todos os setores com menos de 30 domicílios particulares permanentes e os setores classificados como especiais - penitenciárias, instalações militares, asilos, reservas indígenas, entre outros). No segundo estágio de amostragem foram selecionados 18 domicílios por setor censitário através de uma amostragem sistemática, onde o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente. No terceiro estágio, em cada domicílio, um indivíduo foi selecionado com equi-probabilidade entre os moradores adultos do domicílio (18 anos ou mais de idade), que respondeu ao questionário individual.

O tamanho da amostra foi calculado para detectar proporções de 15% e diferenças de até 3,5%, com um poder de 80% e um nível de significância de 95%. Por se tratar de um desenho complexo de amostragem, foi incorporado um efeito de desenho de 1,3, sendo necessário entrevistar 600 indivíduos. Levando-se em consideração possíveis perdas, em torno de 20%, aumentou-se o tamanho da amostra para 720 domicílios.

O instrumento de coleta de dados correspondeu à primeira versão do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) iniciada pelo IBGE em agosto de 2013. O trabalho de campo foi realizado no período de agosto de 2010 a abril de 2011 por equipe treinada para tal fim. Os dados foram digitados em uma plataforma “em linha” gerenciada pelo ICICT/Fiocruz gerando um banco de dados que foi analisado utilizando o aplicativo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 for Windows*.

Os dados analisados correspondem aos módulos referentes às características sócio-demográficas e à saúde bucal do questionário (módulos A e H,

respectivamente), além da renda familiar (questionário domiciliar). Para a estratificação do rendimento familiar em salários mínimos observou-se os critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹⁴ com o salário mínimo vigente no valor de 678,00 reais. Do Módulo A foram incluídas as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade e cor/raça. O módulo de saúde bucal aborda variáveis relacionadas com hábitos de higiene, auto-avaliação da saúde bucal, procura por serviços odontológicos e motivos, local de atendimento. Foram calculadas as frequências ponderadas absolutas e relativas (proporções e prevalências, quando pertinente) e respectivos intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas contínuas foram calculadas as médias e medianas e respectivas medidas de dispersão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Brasília (UnB) e identificada com o número de Registro 074/10, de 18 de junho de 2010. A participação na pesquisa foi condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Um total de 605 questionários foi respondido, havendo uma predominância de indivíduos do sexo feminino na amostra ($n= 319$, correspondendo a 52,7%). Na Tabela 1 pode-se observar que 51% da população se auto-declarou de cor parda, sendo a renda familiar predominante entre zero e dois salários mínimos (35%). Quanto à escolaridade, quase a metade da população referiu oito anos de estudo completos ou menos. A mediana de idade foi de 37 anos, variando de 18 a 92 anos. A distribuição da população segundo a idade mostra uma equiparação entre os indivíduos com idade entre 25 a 34 anos e 35 a 44 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da população adulta estudada no Entorno Sul do Distrito Federal, segundo sexo, 2010/2011.

Características	Sexo							
	Total		Masculino			Feminino		
	n	Proporção (%)	Proporção (%)	IC95%		Proporção (%)	IC95%	
			Min	Máx		Min	Máx	
Raça								
Branca	174	28,8	29,3	23,6	35,8	28,3	22,1	35,3
Preta	78	13,2	15,9	11,7	21,3	10,7	6,6	16,9
Amarela	33	5,5	3,0	1,3	6,6	8,0	5,1	12,3
Parda	311	51,1	50,5	44,0	57,0	51,7	43,4	59,8
Indígena	9	1,3	1,3	0,4	3,8	1,4	0,6	3,3
Idade (anos)								
18 a 24	91	18,4	19,7	14,9	25,7	17,1	13,0	22,2
25 a 34	166	27,1	26,0	20,5	32,4	28,2	23,4	33,6
35 a 44	168	26,3	25,1	19,8	31,3	27,3	22,8	32,4
45 a 54	94	15,7	14,8	11,6	18,8	16,6	12,2	22,1
55 a 64	45	7,1	8,9	5,5	14,3	5,4	3,2	9,0
≥ 65	41	5,3	5,4	3,2	9,0	5,3	3,2	8,7
Escolaridade (anos de estudo)								
0 a 8	300	47,5	46,7	37,7	55,9	48,2	39,9	56,6
9 a 11	127	21,8	18,8	14,0	24,7	24,6	19,8	30,1
≥ 12	178	30,8	34,6	26,5	43,6	27,2	20,5	35,2
Renda (Salários Mínimos)								
0 a 2	335	47,0	38,8	31,3	46,9	54,7	47,4	61,9
2 a 4	180	33,8	38,8	32,9	45,0	29,1	23,0	36,0
4 a 10	77	16,3	18,8	13,0	26,3	13,9	9,7	19,5
> 10	13	2,9	3,6	1,5	8,3	2,3	0,8	6,1
Total	605	100	100			100		

IC 95%= Intervalo de confiança de 95% n = tamanho amostral

Proporção= proporções considerando a ponderação da amostra

De acordo com a tabela 2 verificou-se que 44% da população adulta teve acesso à consulta odontológica nos últimos doze meses. O uso de serviços odontológicos segundo o grau de instrução dos indivíduos pesquisados revela que, quando questionados quanto à época da última consulta odontológica, os indivíduos que relataram ter consultado o dentista há mais de dois anos possuem nível de instrução menor do que o resto da população (0 a 8 anos de estudo completos), dado que se observa também no grupo de indivíduos que relataram nunca ter consultado o dentista (24,2% e 3,4%, respectivamente). Dos indivíduos que não consultaram o dentista nos últimos 12 meses (n=341), a maior parte relatou não achar necessário, sendo que grande parte destas afirmações são oriundas de indivíduos com menor nível de escolaridade (0 a 8 anos de estudo); a dificuldade financeira também foi apontada como uma das causas para não procurar atendimento odontológico e, mais uma vez, os indivíduos com menos escolaridade

Motivo da última consulta

Revisão	123	47,9	38,3	26,7	51,5	57,1	43,9	69,4	51,3	37,5	64,9
Dor de dente	27	9,8	14,9	8,2	25,4	7,9	3,1	18,9	5,9	2,6	13,0
Extração	28	10,0	16,5	9,3	27,8	6,3	2,3	16,5	5,7	2,4	12,7
Tratamento	77	32,0	30,2	21,6	40,5	27,5	17,4	40,4	37,1	23,9	52,5
Não se aplica	349										
Atendimento odontológico pelo SUS											
Sim	62	24,0	32,2	22,3	43,9	16,2	8,4	29,1	21,1	13,1	32,2
Não	198	76,0	67,8	56,1	77,7	83,8	70,9	91,6	78,9	67,8	86,9
Não se aplica	354										
Total	605	100	100			100			100		

Ao se avaliar as variáveis dependentes e de renda familiar por salários mínimos observa-se que a maior parte da população relata procurar os serviços odontológicos em tempo inferior a 1 ano (44,1%) e em período compreendido entre 1 e 2 anos, o percentual foi de 18,6%; observa-se que os indivíduos que relataram nunca ter realizado uma consulta odontológica se encontram-se predominantemente na faixa de renda familiar inferior a 2 salários mínimos, sendo que para a população que consulta o dentista em período inferior a 1 ano a faixa de renda predominante é superior a quatro salários mínimos (Tabela 3).

Os indivíduos que não procuraram atenção odontológica nos últimos 12 meses foram questionados sobre o motivo de não ter feito consulta odontológica, e a maior parte dos indivíduos relatou não achar necessário (61,2%); um percentual de 21% alegou dificuldades financeiras, sendo que destes a frequência é maior na faixa de renda familiar inferior a dois salários mínimos.

Para os indivíduos que realizaram consulta odontológica questionou-se o motivo que os levou a procurar o serviço de saúde bucal, e 47,9% dos entrevistados relatou ter procurado o serviço para procedimentos preventivos/revisão e 32% realizou tratamento dentário de rotina; motivos como extração dentária e dor de dente representaram 10% e 9,8% respectivamente, sendo que a frequência maior para estas variáveis são observadas onde a faixa de renda é inferior a dois salários mínimos. Quanto ao local da consulta 77,7% da amostra afirma ter sido atendida dentro do setor privado de atenção e para esta mesma amostra o percentual de atendimentos realizados que não foram cobertos pelo SUS foi de 76%, apresentando frequências elevadas nos estratos de renda mais baixos (menor que 4 salários mínimos).

Tabela 3 - Características do acesso a serviços odontológicos na população adulta (≥18 anos) estudada no Entorno Sul do DF, segundo a classe de renda, 2010/2011.

Variáveis	Salários Mínimos										
	Total		Até 2		>2 ≤4		>4				
	%*	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		
	n**		Min	Máx	Min	Máx	Min	Máx			
Última Consulta											
< 1,0 ano	257	44,1	34,8	29,0	41,1	46,5	38,5	54,7	63,1	52,7	72,4
1,0 - 1,9 anos	113	18,6	21,0	16,0	27,0	18,2	13,5	24,1	13,5	7,8	22,2
2,0 - 2,9 anos	61	9,7	10,8	7,6	15,0	10,1	6,4	15,5	6,2	2,7	13,5
≥ 3,0 anos	152	24,2	26,9	22,1	32,3	24,4	19,2	30,5	17,2	11,8	24,5
Nunca consultou	18	3,4	6,5	4,1	10,3	0,8	0,1	5,8	0	0	0
Ignorado	4										
Motivo por não consultar o dentista no último ano											
Não achou necessário	206	61,2	53,7	46,2	61,1	68,1	57,5	77,1	76,4	53,5	90,2
Não teve tempo	27	8,2	11,2	7,4	16,4	5,1	2,1	11,6	2,8	0,4	16,4
Serviço muito distante	8	2,3	3,2	1,4	7,3	1,7	0,4	6,9	0	0	0
Espera muito grande	13	3,3	4,3	2,2	8,2	1,1	0,2	7,6	4,2	0,6	25,0
Dificuldade financeira	75	21,0	22,8	16,5	30,6	21,3	14,1	30,8	11,9	5,1	25,5
Horário incompatível	2	0,6	0,7	0,1	5,1	0,7	0,1	5,6	0	0	0
Não sabe procurar/ outro	10	3,4	4,1	1,5	12,6	1,9	0,4	10,8	4,6	0,7	25,7
Não se aplica	264										
Motivo da última consulta											
Revisão	123	47,9	44,9	35,0	55,2	49,0	37,1	61,1	50,5	35,7	65,2
Dor de dente	27	9,8	14,7	9,1	22,8	6,8	2,3	18,4	7,3	2,5	19,0
Extração	28	10,0	16,7	10,6	25,3	7,4	3,6	14,7	4,1	0,9	16,3
Tratamento	77	32,0	23,0	16,4	31,2	36,7	25,9	49,2	38,2	23,8	55,0
Não se aplica	349										
Atendimento odontológico pelo SUS											
Sim	61	24,0	29,2	20,1	40,2	24,8	14,7	38,6	16,1	7,6	31,1
Não	190	76,0	70,8	59,8	79,9	75,2	61,4	85,3	83,9	68,9	92,4
Não se aplica	354										
Total	605	100	100			100			100		

IC 95%: Intervalo de confiança de 95% %* - Proporção ponderada n** - tamanho amostral

A maioria dos participantes afirma escovar os dentes duas ou mais vezes ao dia, porém, uma baixa frequência de escovação é verificada em estratos de renda inferiores onde 3% dos indivíduos relatam nunca ter escovado os dentes e 3,1% afirma não escovar todos os dias. A maioria dos indivíduos faz uso regular de escova e creme dental, já o fio dental não é utilizado por 32,6% da população total, sendo que a frequência maior está presente nos indivíduos com renda familiar inferior a dois salários mínimos (39,3%). O compartilhamento de escova de dente apresentou percentual bastante reduzido (0,8% da amostra) e foi representado unicamente por indivíduos com renda familiar inferior a dois salários mínimos. Para a frequência de troca de escova de dentes, a maior parte da amostra realiza a troca de escova em um período máximo de 6 meses, sendo que relatos de troca superior a 6 meses são mais comuns na população com renda menor que dois salários mínimos (Tabela 4).

A percepção individual de saúde bucal foi relatada como boa e regular para a maior parte da amostra (55,4% e 28,5% respectivamente), por sua vez percepções de saúde bucal ruim e muito ruim foram mais presentes nos indivíduos com renda inferior a dois salários mínimos (12,8% e 2,5% respectivamente); relatos de dificuldades para se alimentar devido a problemas bucais também foram observados apenas neste estrato de renda.

Para a perda de elementos dentários na arcada superior grande parte da amostra afirma já ter perdido algum dente (44,6%); para as perdas maiores que 5 elementos dentários observa-se uma maior casuística nos indivíduos com renda familiar inferior a dois salários mínimos, tal dado é semelhante com a perda de dentes relatada para a arcada inferior, onde 59,6% do total da amostra afirma já ter perdido algum dente. Dos indivíduos que afirmaram já ter perdido algum dente 63,3% não possuem reabilitação protética, demonstrando uma relação com o estrato de renda familiar dos indivíduos, onde o acesso à reabilitação protética é mais evidente na população onde a renda familiar é superior a dois salários mínimos.

Tabela 4 - Indicadores de saúde bucal auto-referidos na população adulta (≥ 18 anos) estudada no Entorno Sul do DF, segundo a classe de renda, 2010/2011.

Variáveis	Salários Mínimos										
	Total	Até 2				>2 ≤4				>4	
	n**	%*	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%	Min	Máx	
Frequência de escovação											
Nunca escovou	6	1,1	1,2	0,4	3,5	1,7	0,3	7,9	0	0	0
Não escova todo dia	8	1,3	1,9	0,6	5,5	1,2	0,3	3,9	0	0	0
Uma vez ao dia	60	10,0	13,7	10,1	18,3	8,3	4,5	15,0	3,6	0,8	14,1
Duas vezes ou mais	527	87,6	83,2	77,7	87,5	88,8	81,1	93,6	96,4	85,9	99,2
Ignorado	4										
Uso de fio dental											
Sim	379	67,4	60,7	54,5	66,6	67,4	57,5	76,0	83,6	72,0	91,0
Não	192	32,6	39,3	33,4	45,5	32,6	24,0	42,5	16,4	9,0	28,0
Ignorado	34										
Compartilhamento de escova											
Uso individual	580	99,2	98,9	97,0	99,6	99,5	96,3	99,9	99,3	94,5	99,9
Uso compartilhado	6	0,8	1,1	0,4	3,0	0,5	0,1	3,7	0,7	0,1	5,5
Ignorado	19										
Percepção de saúde bucal											
Muito boa	50	8,0	6,9	4,9	9,6	7,2	4,3	11,7	12,0	6,3	21,6
Boa	320	54,4	48,8	42,0	55,6	57,4	48,2	66,1	62,7	48,7	74,8
Regular	173	28,5	29,0	24,8	33,7	29,9	23,0	37,8	24,6	15,8	36,3
Ruim	48	7,9	12,8	9,2	17,5	5,1	2,6	9,7	0,7	0,1	5,8
Muito ruim	9	1,3	2,5	0,9	6,6	0,4	0,1	3,2	0	0	0
Ignorado	5										
Dificuldade para se alimentar devido a problemas bucais											
Nenhuma	508	84,9	79,6	73,0	84,8	87,7	81,1	92,2	93,3	84,7	97,2
Leve	42	7,0	8,9	5,8	13,5	5,1	2,5	10,0	5,6	2,1	14,3
Regular	31	4,7	6,2	3,7	10,2	4,5	1,8	10,7	1,1	0,1	8,1
Intensa	16	2,7	3,8	1,8	7,7	2,7	1,1	6,7	0	0	0
Muita intensa	4	0,7	1,4	0,5	3,8	0	0	0	0	0	0
Ignorado	4										
Perda de dentes superiores											
Não	272	45,4	42,7	36,4	49,2	45,1	35,4	55,1	52,6	41,0	63,9
Sim, de 1 a 4	200	33,4	30,7	25,7	36,2	33,9	25,9	43,0	38,8	28,6	50,1
Sim, de 5 ou mais	5	4,0	12,6	9,0	17,3	9,6	5,6	15,9	4,0	1,7	9,3
Sim, todos	6	4,6	14,0	10,3	18,8	11,4	7,1	18,0	4,6	1,8	11,2
Ignorado	5										
Perda de dentes inferiores											
Não	225	40,4	33,8	28,0	40,0	39,9	30,3	50,5	57,3	45,3	68,6
Sim, de 1 a 4	247	40,5	44,0	38,7	49,4	39,7	32,0	48,1	33,3	23,7	44,5
Sim, de 5 ou mais	70	11,2	11,6	8,3	16,0	12,7	8,2	19,0	7,8	4,0	14,6
Sim, todos	51	7,9	10,7	7,6	14,8	7,7	4,2	13,4	1,6	0,4	7,1
Ignorado	12										
Uso de prótese dentária											
Não usa	240	63,2	68,3	60,6	75,0	57,4	47,2	67,1	58,8	41,8	74,0
Faz uso de prótese	152	36,8	31,7	25,0	39,4	42,6	32,9	52,8	41,2	26,0	58,2
Ignorado	213										
Total	605	100	100			100			100		

IC 95%: Intervalo de confiança de 95% %* - Proporção ponderada n**- tamanho amostral

Discussão

As Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílios têm apontado maior utilização de serviços odontológicos pela população brasileira. Contudo, há indícios de que ainda persistem importantes desigualdades no acesso a serviços odontológicos, sendo que a população de maior renda apresenta melhores condições de acesso a estes serviços, especificamente aos privados^{15,16}. Para a população do entorno sul do Distrito Federal observa-se também tal indício de desigualdade quanto à frequência de visitas ao dentista; nos extratos onde a renda familiar é maior, não há relatos de indivíduos que ficam mais de dois anos sem fazer uma consulta odontológica, tal experiência é mais freqüente onde a renda familiar é menor. Um trabalho realizado em municípios de médio porte no estado da Bahia no ano de 2012 apontou que para a amostra estudada há uma utilização de serviços odontológicos de caráter público relativamente elevado; contrariamente, tal inferência não pode ser observada no presente trabalho, uma vez que para a amostra selecionada no entorno sul do Distrito Federal há uma predomínio de atendimentos odontológicos realizados dentro do setor privado¹⁷. Um trabalho realizado por Peres *et al.*¹⁸ em 2012, usando os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009), descreveu que a maior parte dos indivíduos pesquisados utiliza os serviços privados de atenção odontológica, corroborando os achados do presente estudo.

De acordo um estudo de Silva e colaboradores¹⁹, publicado no ano de 2011, relacionando a PNADs dos anos de 2003 e 2008, dos indivíduos que necessitaram de atenção odontológica apenas 30% e 29,6% respectivamente conseguiram atendimento dentro do SUS, corroborando os dados do presente estudo, onde apenas 24% dos indivíduos conseguiram atendimento dentro do sistema público de saúde, o que pode demonstrar certa dificuldade no acesso aos serviços odontológicos de caráter público. As PNADs apontam ainda que, nas faixas de renda inferiores a procura por serviços públicos de saúde é maior do que nas demais faixas de renda, contraditoriamente ao presente estudo, pois dos indivíduos com faixa de renda familiar inferior a dois salários mínimos que procuraram atenção odontológica, a maioria (70.8%) foi atendida dentro do setor privado da atenção; tal fato pode revelar uma insuficiência dos serviços públicos de saúde na RIDE-DF.

Estudo realizado por Peres e colaboradores²⁰ feito no ano de 2012 pode-se aventar a possibilidade de que entre os anos de 1998 e 2008 houve uma diminuição na desigualdade quanto ao acesso aos serviços odontológicos entre os indivíduos de maior e menor renda, envolvendo fatores complexos como os socioeconômicos dentro do setor saúde, houve também neste período um aumento nas taxa de emprego e de oferta dos serviços públicos em saúde bucal. Mas a desigualdade ainda persiste se comparado a alguns estudos internacionais onde a renda familiar apresenta efeito direto sobre a utilização do serviço odontológico²¹. Tal fato pôde ser observado no presente estudo, onde dos indivíduos com renda inferior a dois salários mínimos demoram mais tempo para ir ao dentista, possuem maior número de dentes perdidos e hábitos de higiene bucal em padrão um pouco inferior se comparado aos indivíduos com melhor poder aquisitivo.

Lisboa e Abbeg²², em trabalho publicado no ano de 2006 apontaram que a renda não possui associação com a frequência de escovação; observou-se, contudo, que as pessoas com maior escolaridade escovavam os dentes com maior frequência. Outro estudo realizado na Lituânia²³ indicou que há uma frequência de escovação maior entre indivíduos beneficiados com uma educação de padrão mais elevado. Para a pesquisa realizada no entorno sul do Distrito Federal pode-se observar dados semelhantes, uma vez que os indivíduos entrevistados independentemente da faixa de renda, escovam os dentes com regularidade em um percentual superior a 83,2%, contudo o percentual de indivíduos que relatam nunca ter escovado os dentes se distribui apenas na faixa de renda inferior a quatro e a dois salários mínimos. Outro fator observado foi à perda de elementos dentários, que se apresentou maior na faixa de renda inferior a quatro salários mínimos, sendo similar ao estudo realizado por Barbato e colaboradores²⁴ em 2007 utilizando dados do SB Brasil 2002-2003 onde perdas dentárias foram observadas com maior frequência em estratos de renda inferior a um salário mínimo; tal fato pode ser explicado uma vez que nos estratos de renda superiores o acesso aos serviços privados de saúde é maior, restando aos indivíduos menos favorecidos apenas a atenção pública que pode ser insuficiente para atender a demanda da região do entorno sul do Distrito Federal.

Em relação à necessidade de prótese Mallmann e colaboradores²⁵ utilizando dados encontrados para o Brasil por ocasião do levantamento nacional de 2002-2003, mostraram que 67,6% dos indivíduos investigados não necessitavam de

prótese superior e 43,9% não necessitavam de prótese inferior, para o presente estudo pode-se observar que a necessidade de prótese dentária é um pouco menor sendo de 45,4% para a arcada superior e 40,4% para a arcada inferior, mas de qualquer forma existe na população pesquisada um grande percentual de indivíduos desdentados, e destes 63,2% não fazem uso de prótese, seja por falta de recursos financeiros ou por falta de acesso dentro do serviço público para esta modalidade de tratamento, a maioria da população desdentada pode estar sofrendo com problemas mastigatórios e estéticos.

Levando-se em consideração a frequência de visita ao dentista, o inquérito RIDE-DF, ao avaliar o uso de serviços odontológicos observou que a maioria da população consultou o dentista a menos de um ano. Este dado está em sintonia com os dados auferidos pelos inquéritos SB Brasil 2003⁹ e 2010⁶, em que a maior parte dos indivíduos consultou o dentista há menos de um ano. 3,4 % da dos indivíduos entrevistados no presente estudo relatou nunca ter feito uma consulta odontológica, dado mais significativo se comparado com o SB Brasil 2003⁹ que foi de 2,8% e menos significativo se relacionado com o SB Brasil 2010⁶ que foi de 7,1%, o que pode representar uma possível redução na população que nunca teve acesso a serviços odontológicos. No presente trabalho, dos indivíduos que afirmaram nunca ter ido ao dentista, a maior parte é composta por indivíduos com idade de até 34 anos e com 0 a 4 anos de estudo completos, dados similares podem ser observados em outro estudo²². Nunca ter consultado o dentista é um indicador negativo relacionado à falta de acesso e uso de serviços odontológicos. A PNAD²⁶ 2003 (Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios) apontou para uma redução no percentual de indivíduos no Brasil que nunca consultaram o dentista, sendo que tal percentual no ano de 1998 foi de 18,7% e em 2003 este valor diminuiu para 15,9%²⁷; no inquérito realizado com a população do entorno sul do Distrito Federal observou-se que apenas 3,3% dos entrevistados nunca havia feito uma consulta odontológica representado um valor inferior aos demais estudos, tal redução pode ser devido a maiores investimentos por parte do governo em saúde bucal nos últimos anos.

Para a faixa etária de 65 a 74 anos de acordo com o presente estudo, 0,4% dos indivíduos pesquisados afirmam nunca ter consultado um dentista; para os inquéritos SB Brasil 2003 e 2010 esse percentual é de 5,81 e 14,7 respectivamente, podendo indicar que para a população idosa houve uma redução no número de pessoas que relataram nunca ter ido ao dentista. Este padrão é semelhante na faixa

etária de 35 a 44 anos onde o presente estudo demonstrou que 0,4% dos indivíduos nunca haviam ido ao dentista, e tal percentual se revelou maior para os inquéritos SB Brasil 2003⁹ e 2010⁶. Em contrapartida, para a população que afirma ter visitado o dentista a menos de um ano, independente da faixa etária, o percentual é maior nos estudos SB Brasil 2003⁹ e 2010⁶ sendo menor para os indivíduos pesquisados no presente estudo, o que pode revelar um possível uso inadequado de serviços odontológicos por esta população.

O SB Brasil 2003⁹ evidenciou, mais especificamente para a região norte do país, uma maior proporção de consultas odontológicas motivadas por dor de dente, um maior número de indivíduos que nunca consultou o dentista e maior intervalo de tempo desde a última consulta, dados similares foram observados em um estudo realizado no ano de 2009²⁸; já para o presente estudo verifica-se uma situação contrária, onde o motivo para realização de consultas odontológicas se concentra nos procedimentos preventivos e de manutenção, deixando a dor de dente de ser a queixa principal dos indivíduos.

De uma maneira geral, no Brasil¹⁵ a barreira financeira é tida como causa para o não uso dos serviços odontológicos, tal afirmação não pode ser totalmente comprovada no presente estudo, uma vez que em todas as faixas de rendimento familiar há uma predominância de assistência odontológica de natureza privada, em contraposição ao atendimento público; além do mais, quando questionados sobre o motivo de não ter procurado o dentista nos últimos 12 meses, a maior parte dos entrevistados relatou não achar necessário (61,2%), sendo a falta de recursos financeiros o segundo motivo (21%)²⁸. Mas de qualquer forma, esta parcela da população que relata dificuldades financeiras merece atenção dentro das políticas públicas de saúde.

A partir de uma ampla análise, observa-se para o presente estudo que a maior parte dos pesquisados que relataram ter consultado o dentista nos últimos 12 meses afirmaram que tal atendimento não foi realizado pela rede de atenção à saúde bucal do SUS. Tal dado é corroborado pelo SB Brasil 2010⁶, onde os indivíduos pesquisados, em sua maior parte, relataram terem sido atendidos na rede privada de saúde bucal. Porém, no SB Brasil 2003⁹, observou-se uma tendência contrária, prevalecendo o atendimento público. Tal fato é capaz de levantar algumas hipóteses como: os serviços públicos de saúde se tornaram insuficientes desde o SB Brasil 2003⁹, ou o poder aquisitivo da população está aumentando, ou

ainda, que a oferta de serviços privados aumenta cada vez mais e a um custo mais acessível. Mesmo entre os indivíduos com menor renda familiar, há uma maior incidência de procura de serviços privados de saúde bucal; tal dado pode ser um indicativo de que a oferta de serviços públicos em saúde bucal para a área do entorno do Distrito Federal são insuficientes para a população que lá reside. Um estudo realizado por Lisboa e Abbeg²² em 2006 demonstrou que a maior parte da amostra (70,7%) é cliente dos serviços privados de saúde bucal, reafirmando os dados analisados no presente estudo.

Analisando os motivos pelos quais a população procurou atendimento odontológico, os entrevistados desta pesquisa afirmaram em maior parte que o principal motivo de terem procurado o dentista nos últimos 12 meses foi para a realização de revisões e manutenções preventivas de rotina. Em outros inquéritos epidemiológicos de saúde bucal não se observou tal característica; para o SB Brasil 2010⁶ a maior parte dos pesquisados afirmaram que consultaram o dentista para realização de tratamentos restauradores e ou cirúrgicos, e no SB Brasil 2003⁹ registrou-se um grande número de consultas odontológicas decorrentes de dor dentária. Observa-se claramente que entre esses inquéritos há diferenças entre o padrão de saúde bucal dos indivíduos pesquisados. Independentemente da renda, a maior parte dos indivíduos pesquisados neste trabalho afirmou ter procurado assistência odontológica para consultas preventivas ou de revisão; este fato pode indicar que para esta população existe um nível relativamente alto de conhecimentos quanto a importância da prevenção das doenças bucais.

Os dados do presente estudo mostram que a população do entorno sul do Distrito Federal acessa de maneira insatisfatória os serviços públicos de saúde bucal odontológicos, podendo haver indícios de desigualdades quanto a este aspecto quando se leva em consideração as variáveis socioeconômicas. Para os hábitos de higiene bucal a população deste estudo demonstrou índices satisfatórios, mas que poderiam ser melhores principalmente quanto ao uso do fio dental. Pode-se perceber também que há indícios de insuficiência na atenção odontológica de caráter público para esta população, sobretudo a de baixa renda.

Referências

1. Oliveira RS. Acesso aos serviços de saúde bucal e avaliação da satisfação de usuário em Olinda PE [dissertação] Recife (PE): Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000; 29 dez.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília (DF): MS; 2004.
4. Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde. Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Brasília, 2006 [acessado 2013 mai 15]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie_tecnica_11_port.p df
5. Pinheiro RS, Viacava F; Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Cien Saude Colet 2002; 7: 687-707.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais: MS; 2012. [documento da Internet]. [acessado 2013 jun 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
7. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Cien Saude Colet 2002; 7: 607-621.
8. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev Bras Epidemiol 2008; 11 (Supl. 1): 6-19.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: MS; 2005. [documento da Internet]. [acessado 2013 jun 5]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf
10. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Cien Saude Colet 2002;4(7):709-717.
11. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saude Publica 2004; 20:1290-1297.
12. Roncalli AG, Côrtes MIS, Perez GK. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e modelos de vigilância. Cad Saude Publica 2012; 28(Supl.) S58-S68.
13. Szwarcwald CL, Viacava F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. Rev Bras Epidemiol 2008; 11(Supl. 1): 58-66.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Padrão de vida e distribuição de renda: Síntese de indicadores sociais-2012 [acessado em 10 jun 2013]. Disponível em:

- [ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores Sociais/Sintese de Indicadores Sociais 2012/pdf/padrao_vida_pdf.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/pdf/padrao_vida_pdf.pdf)
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/Brasil. 2009. [acessado 2013 jul 10]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf
 16. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377 (9779): 1778-1797.
 17. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN, Cury PR. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em município de médio porte. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11): 3115-3124.
 18. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saude Publica* 2012; 28 (Sup):S90-S100.
 19. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Cienc saúde coletiva* 2011;16(9):3807-16.
 20. Peres, KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev saúde pública*. 2012;46(2):250-8.
 21. Lu HX, Wong MCM, Lo ECM, McGrath C. Trends in oral health from childhood to early adulthood: a life course approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39(4):352-60.
 22. Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2006;15(4):29-39.
 23. Petersen PE, Aleksejuniene J, Christensen LB, Eriksen HM, Kalo I. Oral health behavior and attitudes of adults in Lithuania. *Acta Odontol Scand* 2000;58:243-248)
 24. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública* 2007;23(8):1803-14.
 25. Mallmann FH, Toassi RFC; Abegg C. Perfil epidemiológico do uso e necessidade de prótese dentária em indivíduos de 50-74 anos de idade, residentes em três 'Distritos Sanitários' de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil, em 2008. *Epidemiol Serv Saúde* 2012;.21(1):79-88.
 26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/Brasil. 2003. [acessado 2013 jun 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>
 27. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4): 999-1010.
 28. Cohen-Carneiro F, Santos RS, Pontes DG, Salino AV, Rebelo MAB. Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. *Cad Saude Publica* 2009; 25(8):1827-1838.

6 CONCLUSÃO

A despeito dos investimentos feitos em saúde bucal no Brasil, vários estudos ainda apontam desigualdades no acesso a esses serviços; sendo que a população com renda maior parece possuir melhores condições de saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos. Dessa forma, o presente trabalho demonstra indícios que a população residente no Entorno Sul do Distrito Federal apresenta hábitos de higiene bucal compatíveis com a manutenção da saúde oral, com elevada prevalência no uso da escova de dentes e do creme dental, deixando um pouco aquém o uso do fio dental, mais frequente onde a renda familiar é maior. Um pequeno percentual da população não possui hábitos regulares de higiene bucal, sendo necessário a adoção de medidas educativas para esta parcela de indivíduos. A maior parte dos indivíduos com perdas dentárias ainda necessitam de reabilitação protética, indicando para uma possível desassistência dentro do sistema de saúde pública, uma vez que os usuários de prótese são mais frequentes nos estratos de renda superiores.

O acesso aos serviços de saúde bucal para a população deste estudo parece ser insatisfatória, uma vez que pouco menos da metade dos indivíduos entrevistados realizam consultas odontológicas com regularidade. Há ainda indícios de que a atenção odontológica de caráter público no entorno do Distrito Federal é insuficiente, uma vez que a maior parte da população, quando atendida por um cirurgião dentista, o fez dentro do setor privado de atenção; isso pode ser um fator complicador ao acesso dos serviços em saúde bucal, principalmente para a população de baixa renda. Pode-se perceber também a possibilidade de desigualdade no acesso quanto aos aspectos socioeconômicos, onde a população com estrato de renda menor e menor escolaridade parece possuir menos acesso aos serviços de saúde bucal e conseqüentemente sofre mais com os danos gerados por tal fator.

REFERÊNCIAS

1. CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
2. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990.
3. Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cad Saude Fam.* 1996;1:10-5.
4. Levcovitz E, Garrido NG. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. *Cad Saude Fam.* 1009;1:5-12.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Diário Oficial da União; 2000.
6. Lourenço EC, Silva ACB, Meneghin MC, Pereira AC. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciênc saúde colet.* 2009; 14 (Suppl.1):1367-77.
7. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(11):2727-39.
8. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet.* 2002;4(7): 709-17.
9. Rocha RACP, Goes 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):2871-80.
10. Ministério da Saúde (BR) - Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana. Brasília;1986. 137p.
11. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre, RM. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2006. [Acesso em 25 Out 2014]. Disponível em:

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/serie_tecnica_11_port.pdf

12. Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. *Radis*. 2010; 96:12-19.
13. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):81-92.
14. Pinheiro RS, Aguiar FP, Sass PE, Vilela MJN. Diferenças no uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil: uma análise baseada em modelos hierárquicos. *Cad Saúde Colet*. 2006;14(1):141-8.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
16. Pinheiros RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2002;7:687-707.
17. Nadanovsky P. O declínio da cárie dentária. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000. p.341-51.
18. Patussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med*. 2001;53(7):915-25.
19. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública*. 2002; 2(36):237-43.
20. Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2002; 7(4):795-811.
21. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):372-8.
22. Castro MSM, Travassos CCMS, Carvalho MS. Impact of health services delivery on hospital admission utilization in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):277-84.
23. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1665-75.

24. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2006;11(4):999-1010.
25. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: Department of Dental Ecology, Scholl of Dentistry, University of North Carolina; 1997. p.11-25.
26. Locker D. *An introduction to behavioural science & dentistry*. London: Tavistock; 1989.
27. Levine RS. *The scientific bases of dental health education: a policy document*. 4th ed. London: Health Education Authority; 1996.
28. Benatti RM, Trotta EA. A saúde bucal da criança e do adulto: aspectos atuais. *Rev HCPA*. 2000;20:37-43.
29. Machado LP, Camargo MJB, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):526-33.
30. Antunes JL, Pegoretti T, Andrade FP, Junqueira SR, Narvai PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. *Int Dent J*. 2003;53(1):7-12.
31. Jiang H, Petersen PE, Peng B, Tai B, Bian Z. Self- assessed dental health, oral health practices, and general health behaviors in Chinese urban adolescents. *Acta Odontol Scand*. 2005;63(6):343-52.
32. Bardal PAP, Olympio KPK, Bastos JRM, Henriques JFC, Buzalaf MAR. Educação e motivação em saúde bucal – prevenindo doenças e promovendo saúde em pacientes sob tratamento ortodôntico. *Dental Press J Orthod*. 2011;16(3):95-102.
33. Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health behavior of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *Int Dent J*. 2006;56:61-70.
34. Lisboa IC, Abbeg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(4):29-39.
35. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Cienc Saude Colet*. 2002;7(4):607-21.
36. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(Supl.1):6-19.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: MS; 2005. [acesso 5 jun 2013]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf
38. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais: MS; 2012. [acesso 5 jun 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
39. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saúde Pública. 2004;20(5): 1290-7.
40. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;1998.
41. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2003: microdados. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004.
42. 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 Pública. 2001;17(3):661-8.
43. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 1ª etapa: cárie dental: projeto. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
44. Roncalli AG, Frazão P, Pattussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. Rev Bras Odontol Saúde Coletiva. 2000;1(2):9-25.
45. Portal Brasil (BR). Saúde. Brasil Sorridente é o maior programa de saúde bucal do mundo. [Internet]. Brasil: 2013 [atualizado em 25 out 2013; citado em 30 out 2013]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/10/brasil-sorridente-e-o-maior-programa-de-saude-bucal-do-mundo>
46. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Projeto de Planejamento da Pesquisa Nacional de Saúde; 2010. [acesso 02 ago. 2012]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br>

47. Brasil. Decreto nº 7.469, de 4 de maio de 2011. Regulamenta a Lei Complementar 94, de 19 de fevereiro de 1998, que autoriza o poder executivo a criar a Região integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno –RIDE - e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo demográfico de 2010. [acesso 15 jan 2012]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
49. Ministério da Integração Nacional (BR). Conselho Administrativo da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – COARIDE. Decreto n. 2710, de 04 de agosto de 1998, alterado pelo Decreto n. 3.445, de 04 de maio de 2000. Brasília: Ministério da Integração Nacional; 2000.
50. Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central. Relatório do Seminário Estratégias para o Desenvolvimento Sustentável do Distrito Federal e seu Entorno. [Internet] Brasília–DF; 2010. [acesso 15 jan 2012]. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/publicações>
51. Caiado MCS. Deslocamentos intra-urbanos e estruturação sócio-espacial na metrópole paulista. São Paulo Perspec. 2010;19(4):64-77.
52. Queiroz EP. A migração intrametropolitana no Distrito Federal e Entorno: o conseqüente fluxo pendular e o uso dos equipamentos urbanos de saúde e educação. In: Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 18-22 setembro 2006; Caxambu, Minas Gerais. – MG, ABEP; 2006.
53. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Contagem da População 2007. [acesso em 20 jul 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/default.shtm>
54. Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (BR). Balança Comercial Brasileira por Município. Brasília: Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior; 2011.
55. Secretaria Especial de Políticas Regionais. Ministério do Planejamento e Orçamento. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. Brasília: Ministério do Planejamento e Orçamento; 2006.
56. Ferreira ICB. Gestão do Território e novas territorialidades. In: Paviani A (org). Brasília. Gestão urbana: conflitos e cidadania. Brasília: Editora UnB; 2005. p.137-9.

57. PNUD (BR) - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Desenvolvimento Humano e IDH. O que é o IDH. [Internet]. Brasil: 2012 [citado em 20 out 2013]. Disponível em <http://www.pnud.org.br>
58. Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (BR) [homepage na internet]. Informações de Saúde (TABNET), Demográficas e Socioeconômicas. [acesso 15 out 2013]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?popestim/cnv/pop>
59. Brasil. Portal da Saúde. [homepage na internet]. Sala de apoio a gestão estratégica [acesso 13 out 2013]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.html>
60. Brasil. Ministério da saúde. [homepage da internet]. Biblioteca virtual em saúde. [acesso em 20 Out 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm../2011/prt2027_25_08_2011.html

APÊNDICE

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO – MÓDULO DE SAÚDE BUCAL

H. Saúde Bucal

Horário de Início ___ : ___

H1	Com que frequência o(a) sr(a) escova os dentes?	1. Nunca escovei os dentes		Se 1: Ir para H5
		2. Não escovo todos os dias		
		3. 1 vez por dia		
		4. 2 vezes ou mais por dia		
H2	O que o(a) sr(a) usa para fazer a higiene de sua boca?			
	a. Escova de dente?	1. Sim	2. Não	
	b. Pasta de dente?	1. Sim	2. Não	
	c. Fio dental?	1. Sim	2. Não	
H3	O(a) sr(a) tem uma escova de dente só para você ?	1. Sim, tenho uma somente para mim		
		2. Não, compartilho minha escova com outra(s) pessoa(s)		
H4	Com que frequência o(a) sr(a) troca a sua escova de dente por uma nova?	1. Com menos de 3 meses		
		2. Entre 3 meses e menos de 6 meses		
		3. Entre 6 meses e menos de 1 ano		
		4. Com mais de um ano		
		5. Nunca trocou		
H5	Em geral, como o(a) sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?	1. Muito Boa		
		2. Boa		
		3. Regular		
		4. Ruim		
		5. Muito ruim		
H6	Que grau de dificuldade o(a) sr(a) tem para se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?	1. Nenhum		
		2. Leve		
		3. Regular		
		4. Intenso		
		5. Muito intenso		

H7	Quando o(a) sr(a) consultou um dentista pela última vez?	1. Há menos de 1 ano		Se 1: Ir para H9
		2. Entre 1 ano e menos de 2 anos		
		3. Entre 2 anos e menos de 3 anos		
		4. 3 anos ou mais		
		5. Nunca consultou		
H8	Por que o(a) sr(a) não consultou um dentista nos últimos 12 meses?	1. Não achou necessário		Ir para H13
		2. Não tem tempo		
		3. O serviço é muito distante		
		4. O tempo de espera no serviço é muito grande		
		5. Tem dificuldades financeiras		
		6. O horário de funcionamento do serviço é incompatível com suas atividades.		
		7. Não sabe quem procurar ou aonde ir		
		8. Outro (<i>especifique</i>): _____		
H9	Qual o principal motivo da sua última consulta?	1. Revisão, manutenção ou prevenção		
		2. Dor de dente		
		3. Extração		
		4. Tratamento dentário		
		5. Problema na gengiva		
		6. Tratamento de ferida na boca		
		7. Outro (<i>especifique</i>): _____		

H10	Onde foi a consulta?	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família ou policlínica pública ou PAM - Posto de Assistência Médica)	
		2. UPA (Unidade de pronto Atendimento)	
		3. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)	
		4. Pronto-socorro ou emergência de hospital público	
		5. Ambulatório de hospital público	
		6. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato	
		7. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado	
		8. Outro (especifique): _____	
H11	O atendimento foi feito pelo SUS?	1. Sim	2. Não
H12	O(a) sr(a) pagou pelo atendimento?	1. Sim, pagou diretamente sem reembolso	
		2. Sim, pagou, mas teve reembolso total pelo plano de saúde/odontológico	
		3. Sim, pagou, mas teve reembolso parcial pelo plano de saúde/odontológico	
		4. Não, porque o atendimento foi feito pelo SUS	
		5. Não, porque o plano de saúde/odontológico cobriu totalmente o serviço	
		6. Não, porque o atendimento foi pago por entidade filantrópica, igreja, ONG	
H13	Lembrando-se dos seus dentes de cima, o(a) sr(a) perdeu algum dente? <i>[Entrevistador: excluir extração do dente do siso e extração de dente para colocação de aparelho dental.]</i>	1. Não	
		2. Sim, de 1 a 4 dentes	
		3. Sim, 5 ou mais dentes	
		4. Sim, todos os dentes	
		Se AMBAS as respostas das questões H13 e H14 forem iguais a 1: Ir para o	
H14	Lembrando-se dos seus dentes de baixo, o(a) sr(a) perdeu algum dente? <i>[Entrevistador: excluir extração do dente do siso e extração de dente para colocação de aparelho dental.]</i>	1. Não	
		2. Sim, de 1 a 4 dentes	
		3. Sim, 5 ou mais dentes	
		4. Sim, todos os dentes	
H15	O(a) sr(a) usa algum tipo de prótese dentária?	1. Não	
		2. Sim, para substituir um dente	
		3. Sim, para substituição de mais de um dente	
		4. Sim, prótese dentária total (dentadura) em cima	
		5. Sim, prótese dentária total (dentadura) em baixo	
		6. Sim, próteses dentárias totais (dentaduras) em cima e em baixo	

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA


Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **074/10**

Título do Projeto: “Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno”.

Pesquisadora Responsável: Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez

Data de Entrada: 31/05/10

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **074/10** com o título: “Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno”, analisado na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 17 de junho de 2010.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 18 de junho de 2010.


Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade de Brasília - Campus Universitário Darcy Ribeiro - CEP: 70.910-000
Telefone: (61)-3107-1947 - E-mail: cepfs@unb.br

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde em municípios selecionados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno**

Estamos convidando vocês a participar de uma pesquisa que será realizada em _____ (nome do município ou Região Administrativa). Os principais objetivos da pesquisa são o de coletar dados que possibilitem o cálculo de indicadores para avaliação do desempenho do sistema de saúde incluindo as condições de saúde e da assistência em saúde nos 19 municípios de Goiás que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-DF) e na Regional de Saúde do Paranoá, do Distrito Federal.

As informações serão colhidas por meio de entrevistas com os moradores dos domicílios sorteados para participar do estudo e ajudarão a melhorar a qualidade de vida da população do seu município e os municípios vizinhos que compõem a RIDE-DF ao identificar os problemas e necessidades de saúde da população, assim como, verificar como estão funcionando os serviços de saúde, para assim planejar ações que melhorar as condições de saúde da população.

O seu domicílio foi sorteado para participar da pesquisa. Caso aceitem em participar o responsável pelo domicílio responderá questões relacionadas ao número de pessoas que moram no domicílio, a idade, sexo, situação conjugal, as relações de parentesco, a situação socioeconômica e se tem plano de saúde privado; as características do domicílio (número de cômodos, bens, abastecimento d'água e destino do lixo); e, se estão cobertos pelo Programa de Saúde da Família, o que levará em torno de uns 20 minutos.

Em seguida, será realizada outra entrevista com um morador maior de 18 anos que levará em torno de 30 minutos. O participante sorteado responderá a perguntas sobre as suas condições de saúde e de doenças que possa estar sofrendo, a disponibilidade de medicamentos para o seu tratamento, se pertinente, bem como, da disponibilidade de tratamento no dentista e de vacinas. Em caso de ser mulher, questão relacionada aos cuidados de sua saúde serão feitas e do seu filho menor de dois anos, se tiver.

Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como o seu anonimato. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões em que não se sentir confortável e pode parar a qualquer momento se desejar. É possível que precisemos retornar para verificar dados ou informações faltantes.

Uma cópia deste documento ficará com vocês. Em caso de dúvida, você poderá procurar por _____ (nome do coordenador de campo responsável pela região onde o município se encontra localizado), nos telefones _____ ou pelo coordenador geral da pesquisa, Profa. Maria Margarita Urdaneta Gutiérrez, no telefone (61) 9648-7704.

Portanto, eu _____, responsável pelo domicílio declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista.

Assinatura do responsável pelo domicílio: _____

Portanto, eu _____, morador do domicílio maior de 18 anos, declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista.

Assinatura do participante maior de 18 anos: _____

Nome do Entrevistador e assinatura: _____

Nome do Supervisor e assinatura: _____

Local: _____ Data: _____