

Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari

Provision and utilization of dental services in Amazonas State, Brazil: a case study in a riverine population in Coari Municipality

Flávia Cohen-Carneiro ¹
Reinaldo Souza-Santos ²
Danielson Guedes Pontes ³
Alessandra Valle Salino ³
Maria Augusta Bessa Rebelo ¹

Abstract

This case study described the conditions in the provision and utilization of dental services in two riverine populations in the municipality (county) of Coari, Amazonas State, Brazil. Structured questionnaires were applied to individuals 18 years and older to measure dental services utilization rates. Semi-structured interviews were also conducted with key informants to characterize the provision of such services. Although the bivariate analysis did not detect any statistically significant differences, residents of the area farthest from the county seat had gone more time since their last dental visit and received less care from public health services and riverboat clinics. The qualitative analysis showed: no permanent dental services in the communities; sporadic services provided by riverboat clinics, with less frequent visits to the remotest community; high transportation cost for river-dwellers to seek treatment in the county seat; and dental treatment focused on pain control, mainly through tooth extraction. Limited access to dental services for riverine populations highlights the need to implement comprehensive health promotion measures and expand the availability of services.

Dental Health Services; Health Services Accessibility; Rural Population

¹ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.

² Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil.

Correspondência

F. Cohen-Carneiro
Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal do Amazonas,
Rua Rio Madeira 1122,
apto. 102, Manaus, AM
69053-030, Brasil.
flaviacohen@ufam.edu.br

Introdução

Quando relacionado aos serviços de saúde, o conceito de acesso é complexo, com inúmeras definições e abrangências. Travassos & Martins ¹ (p. S191) apresentaram a definição proposta por Donabedian em 1973, onde acessibilidade “indica o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde”. O conceito amplo de acesso engloba também a efetividade e eficiência dos cuidados de saúde recebidos ² mas, na perspectiva mais restrita adotada no presente trabalho, refere-se à frequência de utilização e formas de acesso a serviços de saúde bucal.

Embora, no Brasil, a política nacional de saúde preconize a “universalidade” do acesso como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) o acesso a serviços de saúde bucal ainda é restrito. Existem desigualdades regionais marcantes, com as regiões Norte e Nordeste em pior situação se comparadas às demais regiões do país ³. Além disto, desigualdades sócio-econômicas se refletem na utilização de serviços de saúde bucal. No Brasil, a frequência de visita ao dentista é modulada pela renda e idade: jovens e com alto poder aquisitivo, visitam o dentista com maior frequência e têm maior chance de obter atendimento. Na população adulta, a proporção de indivíduos que nunca foi ao dentista é 16 vezes maior para os 20% mais pobres, quando comparados aos 20% mais ricos ⁴.

Uma vez que fatores sócio-econômicos e geográficos têm marcada influência nas oportunidades de acesso aos serviços de saúde, podem ser esperadas variações importantes nas características de utilização dos serviços entre populações rurais e urbanas. No entanto, os dados de abrangência nacional não são capazes de retratar as populações rurais. A *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) não incluiu as áreas rurais dos estados do Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima e Pará⁵; e o último levantamento nacional de saúde bucal estratificou os municípios de acordo com o porte populacional, mas não há estratificação de população rural e urbana³.

Além disto, especificidades regionais importantes, como a diferenciação entre população rural de beira de estrada e rural ribeirinha, precisam ser consideradas para a caracterização da utilização e oferta de serviços de saúde.

No sentido genérico, o termo ribeirinho designa qualquer população que vive às margens dos rios^{6,7}. Porém, no Amazonas, Brasil, ribeirinho⁸ e caboclo-ribeirinho^{9,10} referem-se também a pequenas populações de várzeas⁸. As populações ribeirinhas possuem característica singular de acesso aos centros urbanos, pela estreita relação que possuem com os rios. O termo ribeirinho neste trabalho foi utilizado para designar o indivíduo que vive e subsiste fundamentalmente do rio à margem do qual habita, tendo com este uma relação de dependência nas suas necessidades básicas de alimentação, transporte, trabalho e subsistência.

A ausência de estudos que retratem o perfil epidemiológico de saúde bucal das populações ribeirinhas do Amazonas, assim como a caracterização da oferta e do acesso aos serviços odontológicos, é absoluta. Nem mesmo registros das condições gerais de saúde e utilização de serviços, nas populações ribeirinhas, estão disponíveis, havendo a necessidade destes registros básicos que servirão à formulação de políticas públicas.

O presente trabalho objetivou descrever as condições de oferta e utilização de serviços odontológicos em duas populações ribeirinhas no Município de Coari, Amazonas.

Métodos

A escolha do Município de Coari (localizado na meso-região Centro Amazonense, às margens do rio Solimões, distante 363km de Manaus) se deu pela oportunidade de financiamento do estudo pela Agência de Fomento do Estado do Amazonas (FAPEAM) em edital para o diagnóstico das

condições de vida e saúde de populações expostas ao impacto da construção do gasoduto Coari-Manaus. As comunidades ribeirinhas foram escolhidas por representarem 33% da população total do município e necessitarem de planejamento diferenciado para a oferta de serviços de saúde, em virtude das características próprias de acesso fluvial.

Os critérios para seleção das duas comunidades ribeirinhas foram: (1) acesso estritamente fluvial; (2) comunidades mais populosas; (3) distância ao centro urbano – uma deveria ser a mais perto da sede de Coari e a outra a mais distante, desde que respeitados os pré-requisitos anteriores. Desta forma as comunidades escolhidas foram: Divino Espírito Santo do Isidoro e Lauro Sodré. A primeira distanciada 8km, 45 minutos, de Coari, e a segunda a 65km ou 6 horas.

Este trabalho foi um estudo de caso destas comunidades ribeirinhas, desenhado para caracterizar a oferta e utilização de serviços de saúde bucal. Os dados para o estudo foram coletados através de entrevistas com instrumentos e em grupos distintos. O trabalho de campo foi desenvolvido entre 14 e 24 de março de 2006 e o estudo piloto entre 24 e 27 de janeiro de 2006.

Todos os indivíduos que participaram da pesquisa forneceram seu consentimento informado, tendo sido a pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (processo nº. 130/04).

Utilização de serviços de saúde bucal

Os instrumentos de coleta utilizados foram questionários estruturados, aplicados sob a forma de entrevista, em uma amostra de indivíduos acima dos 18 anos. Dois questionários foram utilizados: um para conhecer a utilização dos serviços de saúde bucal, e outro para caracterização sócio-econômica dos indivíduos (sexo, idade, renda, anos de estudo, número de pessoas no domicílio). Ambos tiveram como base o questionário utilizado no último levantamento nacional de saúde bucal³, porém com maior detalhamento em relação ao provedor do serviço e ao local de atendimento. Todos os questionários foram aplicados por um único entrevistador, professor universitário, sem vínculo com os prestadores de serviço locais.

De acordo com informações obtidas no município, a estimativa do número de moradores de Divino Espírito Santo do Isidoro (N = 384, dos quais 211 com 15 ou mais anos) e Lauro Sodré (N = 361, dos quais 237 com 15 ou mais anos) é feita por agentes comunitários de saúde (ACS), não havendo metodologia para tal estimativa, nenhum cadastro de moradores com identifica-

ção e localização de indivíduos e famílias, e tão pouco qualquer controle desses dados. Adicionalmente, como vários habitantes residem em casas espalhadas ao longo dos rios, optou-se por uma amostra por conveniência. Para isto, durante o estudo piloto para adequação dos instrumentos de coleta, as lideranças comunitárias foram contatadas para que fossem informados às comunidades os dias e locais da pesquisa. O alerta à população sobre o estudo se deu através da divulgação da pesquisa em cada domicílio feita pelos ACS, que têm acesso a todos os domicílios e moradores, sendo responsáveis pelo cadastro de moradores junto à Prefeitura.

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha e analisados por meio da estatística descritiva e de análises bivariadas. Para a comparação sócio-econômica e das variáveis de acesso entre as comunidades foram utilizados os testes não paramétricos: qui-quadrado – variáveis categóricas; exato de Fisher – variáveis categóricas com ocorrência menor que 5 em pelo menos uma casela; Mann-Whitney – variáveis ordinais, e variáveis discretas ou contínuas com distribuição não normal. Para testar a normalidade destas variáveis foi aplicado o teste D'Agostinho-Pearson.

Oferta de serviços de saúde bucal

Os dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave e através da observação direta com a anotação sistemática em diário de campo. Os informantes-chave foram escolhidos com base na posição social, tempo de residência na comunidade e conhecimento sobre o tema abordado. Logo, contatamos gestores municipais e agentes comunitários e pedimos indicação de líderes comunitários.

As entrevistas sobre oferta de serviços seguiram um roteiro do tipo focalizado, com questões abertas, que serviu como guia sinalizando tópicos que deveriam ser abordados¹¹. Dois roteiros distintos foram construídos: um para entrevistas com informantes-chave nas comunidades, que priorizou perguntas sobre experiências e comportamentos, relacionados ao acesso a serviços de saúde bucal nas comunidades; e outro para entrevistas com gestores municipais de saúde, que priorizou perguntas sobre conhecimentos e interpretação de informações, acerca dos serviços de saúde bucal ofertados pelo município aos ribeirinhos, custos e orçamentos de tais serviços e recursos humanos disponíveis.

Um único entrevistador também foi empregado, do sexo feminino, professora universitária, sem vínculo com os prestadores de serviço locais. As entrevistas foram transcritas e digitadas, e seu

conteúdo classificado e organizado, para a síntese dos dados. Para tanto, uma estrutura de análise foi realizada sob a forma tabular, contendo as categorias de análise nas linhas e o conteúdo das entrevistas nas colunas, sendo estas organizadas segundo local da pesquisa e codificação do informante-chave. Desta forma, foi possível a construção de sínteses horizontais – segundo análise em três níveis (comunidades e Secretaria Municipal de Saúde – SMS – isoladamente; as duas comunidades juntas; e comunidades mais SMS), e sínteses verticais – por informante-chave. Na etapa final da análise de conteúdos foram definidos, *a posteriori*, os núcleos de sentidos mais importantes para cada categoria de forma a possibilitar as inferências^{12,13}.

Resultados

Características sócio-econômicas e de utilização de serviços

Foram entrevistados 126 indivíduos, sendo 52 em Divino Espírito Santo do Isidoro e 74 em Lauro Sodré, a maioria mulheres nas duas comunidades. Os entrevistados em Lauro Sodré apresentaram média de idade mais elevada ($p < 0,01$). A análise sobre anos de estudo indicou que os indivíduos de Divino Espírito Santo do Isidoro possuem mais tempo de escolaridade do que os de Lauro Sodré, sem diferença estatística significativa (Tabela 1).

Em relação à utilização de serviços de saúde bucal foram observadas as seguintes características, embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significantes: em Lauro Sodré, mais indivíduos já foram ao dentista pelo menos uma vez na vida, o tempo decorrido desde a última consulta foi maior, uma menor proporção dos indivíduos relatou atendimento pelo serviço público e barcos de saúde (Tabela 2).

Se comparados mulheres e homens nas duas comunidades, a proporção de mulheres que visitou o dentista há menos de dois anos foi maior que a proporção de homens (62,69% e 52,08%, respectivamente), mas não houve diferença estatística entre os sexos neste quesito ($p = 0,596$) e nem no quesito “já foi ao dentista” ($p = 0,5215$) – teste qui-quadrado.

Oferta de serviço

Foram realizadas oito entrevistas com duração média de 15 minutos, sendo dois entrevistados de Divino Espírito Santo do Isidoro (IC01/IS – ACS, IC02/IS – líder), e três de Lauro Sodré (IC01/LS – ACS passado, IC02/LS – líder, IC03/LS – ACS

Tabela 1

Perfil sócio-demográfico das comunidades de Divino Espírito Santo do Isidoro e Lauro Sodré, Município de Coari, Amazonas, Brasil, 2006.

	Divino Espírito Santo do Isidoro * (n = 52)	Lauro Sodré (n = 74)	Valor de p
Sexo feminino [%]	59,62	59,46	0,986 **
Idade (anos) [média ± DP]	30,50 ± 12,61	35,70 ± 12,57	0,0091 ***
Renda (Reais – R\$) [média ± DP]	238,24 ± 137,22	254,33 ± 209,80	0,6697 ***
Número de pessoas no domicílio [média ± DP]	5,63 ± 1,88	5,82 ± 2,24	0,6991 ***
Anos de estudo [média ± DP]	4,58 ± 3,43	3,99 ± 3,80	0,15 ***

DP: desvio-padrão.

* Comunidade mais próxima à sede do município;

** Teste qui-quadrado;

*** Teste Mann-Whitney.

atual), e três gestores da SMS/Coari (IC01/SMS – assistente administrativo e ex-secretário municipal de saúde interino, IC02/SMS – secretário municipal de saúde e ex-coordenador do Programa Agentes Comunitários de Saúde/Programa Saúde da Família – PACS/PSF –, IC03/SMS – coordenadora atual do PACS/PSF). A idade média dos entrevistados foi de 35 anos, sendo apenas um do sexo feminino (gestor de saúde).

Pautando-se na análise do conteúdo das entrevistas com informantes-chave, foram construídas nove categorias de análise, abrangendo toda a informação coletada acerca dos serviços de saúde bucal ofertados, sintetizadas na Tabela 3.

As informações coletadas nas comunidades foram confrontadas com as obtidas junto aos gestores municipais de saúde, de forma que consensos e dissensos fossem explorados. Desta forma, os dados seguem apresentados de forma dialógica, na seqüência das temáticas exploradas.

- **Presença de dentista ou serviço odontológico permanente nas comunidades**

Não há dissenso em relação à ausência absoluta de serviço odontológico permanente em ambas as comunidades. A perspectiva do gestor municipal de saúde a este respeito é a de falta de mão de obra qualificada para viabilizar a implantação de um serviço permanente nas comunidades. Nas palavras do IC02/SMS “*Um posto de saúde na zona rural é um elefante branco, porque você não vai ter uma equipe pra deslocar pra lá*”. A necessidade de se trabalhar a educação permanente e a capacitação técnica para promoção de saúde bucal, dentro das comunidades, aparece apenas como possibilidade futura.

- **Tipo de serviço odontológico esporádico nas comunidades**

Nas comunidades ribeirinhas estudadas, o serviço odontológico tem caráter esporádico e é executado principalmente em barcos equipados com consultório odontológico. Além da SMS, outras instituições aparecem como prestadoras deste tipo de serviço, em caráter também eventual, como igrejas, o Exército brasileiro e mais recentemente a Petrobrás – como consequência da construção do gasoduto Coari-Manaus. Entretanto, o serviço ofertado por um prático foi apresentado como uma possibilidade de atendimento pago, e eventual, na comunidade mais distante – Lauro Sodré.

- **Ocorrência do serviço odontológico esporádico nas comunidades**

Esta categoria de análise foi a que apresentou maiores contradições entre os discursos, apresentando também freqüentes inconsistências internas.

Em Lauro Sodré, os relatos dos ribeirinhos foram sempre imprecisos e vagos, o que pode ser consequência de uma ocorrência muito baixa e irregular – “*...a gente não tem uma freqüência certa... quase 1 ano, acho que uns 2 anos, que a gente não recebe esse atendimento*” (IC01/LS). Dois informantes (IC01/LS e IC03/LS) reforçaram a idéia de que essas visitas são insuficientes para cobrir a demanda por tratamento da comunidade, e que as visitas são muito rápidas e apenas uma pequena parcela da população é atendida, o que gera frustrações. O atendimento ofertado pelo Exército, em 2005, foi criticado pelo curto tempo de permanência na comunidade, apenas

Tabela 2

Acesso aos serviços de saúde bucal nas comunidades de Divino Espírito Santo do Isidoro e Lauro Sodré, Município de Coari, Amazonas, Brasil, 2006.

	Divino Espírito Santo do Isidoro		Lauro Sodré		Total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Já foi ao dentista							
Sim	44	84,62	70	94,59	114	90,48	0,0714 ***
Não	8	15,38	4	5,41	12	9,52	
Total	52	100,00	74	100,00	126	100,00	
Há quanto tempo (anos) *							
Menos de 1	19	42,22	18	25,71	37	32,17	0,1362 #
1-2	10	22,22	20	28,57	30	26,09	
3 ou mais	16	35,56	32	45,71	48	41,74	
Total	45	100,00	70	99,99	115	100,00	
Tipo de serviço que procurou *							
Serviço público	38	84,44	52	74,29	90	78,26	0,7934 ##
Serviço privado liberal	7	15,56	11	15,71	18	15,65	
Planos e convênios **	0	0,00	1	1,43	1	0,87	
Organizações Não-governamentais **	0	0,00	2	2,86	2	1,74	
Igreja **	0	0,00	2	2,86	2	1,74	
Outros **	0	0,00	2	2,86	2	1,74	
Total	45	100,00	70	100,01	115	100,00	
Tipo de serviço público *							
Governo Estadual	2	4,44	0	0,00	2	1,74	0,1740 ***
Governo Municipal	35	77,78	51	72,86	86	74,78	
Outros **	1	2,22	0	0,00	1	0,87	
Não público **	7	15,56	19	27,14	26	22,61	
Total	45	100,00	70	100,00	115	100,00	
Local do atendimento *							
Barco da saúde	17	37,78	17	24,29	34	29,57	0,1471 ##
Sede do município	28	62,22	51	72,86	79	68,70	
Na própria comunidade **	0	0,00	2	2,86	2	1,74	
Total	45	100,00	70	100,01	115	100,01	
Motivo da consulta *							
Rotina/Manutenção **	0	0,00	0	0,00	0	0	0,7199 ##
Dor	27	60,00	44	62,86	71	61,74	
Sangramento gengival **	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Cavidade nos dentes	17	37,78	24	34,29	41	35,65	
Feridas, caroços, manchas **	1	2,22	2	2,86	3	2,61	
Outros **	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Total	45	100,00	70	100,01	115	100,00	
Como avalia o atendimento *							
Péssimo	0	0,00	1	1,43	1	0,87	0,7833 #
Ruim	3	6,67	4	5,71	7	6,09	
Regular	6	13,33	8	11,43	14	12,17	
Bom	32	71,11	49	70,00	81	70,43	
Ótimo	4	8,89	8	11,43	12	10,43	
Total	45	100,00	70	100,00	115	99,99	
Recebeu orientações preventivas/educativas *							
Sim	16	35,56	31	44,29	47	40,87	0,3527 ##
Não	29	64,44	39	55,71	68	59,13	
Total	45	100,00	70	100,00	115	100,00	

(continua)

Tabela 2 (continuação)

	Divino Espírito Santo do Isidoro		Lauro Sodré		Total		Valor de p
	n	%	n	%	n	%	
Considera que necessita de tratamento							
Sim	50	96,15	71	95,95	121	96,03	1,0000 ***
Não	2	3,85	3	4,05	5	3,97	
Total	52	100,00	74	100,00	126	100,00	

* Excluídos indivíduos que nunca foram ao dentista;

** Opções não comparadas na análise estatística;

*** Teste exato de Fisher;

Teste Mann-Whitney;

Teste qui-quadrado.

Tabela 3

Síntese de informações sobre oferta de serviços de saúde bucal, obtidas nas comunidades de Divino Espírito Santo do Isidoro e Lauro Sodré, e na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Município de Coari, Amazonas, 2006.

	Divino Espírito Santo do Isidoro	Lauro Sodré	SMS
Serviço na comunidade			
Serviço permanente (dentista)	Não possui	Não possui	Não possui
Tipo de serviço esporádico	Barcos de saúde (SMS, Petrobrás e Exército)	Barcos de saúde (Exército, igreja, SMS *)	Barcos de saúde (SMS, Exército, ONGs)
Frequência de visita dos barcos de saúde	Duas vezes ao ano, apenas no período de cheia dos rios	Irregular, uma vez por ano	Menor frequência nas comunidades mais distantes
Tipo de tratamento ofertado nos barcos	Extração **	Extração **	Mesmos procedimentos ofertados pela SMS na sede do município (atenção básica)
Custo	Sem custo	Sem custo ***	Sem informação
Serviço fora da comunidade			
Oferta na sede do Município	Postos de saúde da SMS e particular	Postos de saúde ou no hospital	Unidades básicas de saúde (postos e hospital)
Tipo de tratamento ofertado na sede	Extração	Extração	Nos postos da SMS: procedimentos de atenção básica
Custo	Custo com deslocamento	Custo com deslocamento e estadia na sede	Atendimento gratuito nos postos da SMS; não possui auxílio ao deslocamento
Conduta em caso de dor	Ida à sede do município	Auto medicação	Não existe auxílio para deslocamento à sede nos casos de emergência odontológica

* Não há consenso quanto ao barco da SMS;

** Extração é o tratamento mais comum, mas há relatos de outros tipos de procedimentos;

*** Esporadicamente existe um prático que oferta seus serviços mediante pagamento.

duas horas, e pela meta preestabelecida de atender apenas dez indivíduos da comunidade: “...é uma crítica que eu vou fazer né, porque tem pessoas que têm dez dentes pra arrancar e eles arrancam só dez dentes” (IC03/LS). O interesse político das visitas na época das eleições também foi lembrado: “...época que dão mais assistência é a época da política né” (IC03/LS). Mas há um relato destoante, com claro predomínio do discurso oficial, favorecendo a idéia de assistência ideal por parte do município: “Numa faixa de 3 em 3 meses, sempre eles passam. Às vezes 6 em 6 meses. Às vezes atrasa né, um pouco”; “Eles dão o espaço todinho pro pessoal consultar... 1 dia, 2 dias”; e “se eu não to enganado, foram 3 vezes [visitas do barco da Prefeitura em 2005]” (IC02/LS). Este relato chega a afirmar uma ocorrência de visitas superior a informada pelos gestores municipais de saúde. O discurso apresenta inconsistências internas, pois a freqüente auto-medicação para controle da dor de dente, relatada em momento posterior na entrevista, é contraditória aos relatos de regularidade, freqüência e tempo de permanência dos barcos da saúde na comunidade.

Já a comunidade mais próxima, Divino Espírito Santo do Isidoro, tem sido beneficiada com maior ocorrência de visita de barcos da saúde. Nos relatos, a ocorrência foi de duas vezes ao ano. Entretanto, no período da seca, esta comunidade fica isolada e sem acesso aos barcos “...para setembro o rio já tá seco, aí eles não vêm” (IC01/IS).

A informação dos gestores municipais de saúde é conflitante com a obtida nas comunidades, pois os gestores tendem a informar uma maior ocorrência de cobertura que os ribeirinhos. Entretanto há a concordância de que comunidades mais distantes são visitadas com menor freqüência. Para o IC01/SMS esta freqüência chega a ser de “somente uma vez por ano”, e para o IC02/SMS de “até 150, 180 dias”. O número de comunidades cobertas em cada viagem depende da densidade demográfica e proximidade das comunidades em uma determinada área de abrangência (a SMS divide a zona rural em sete áreas). As viagens duram em média 15 dias, e o tempo de permanência do barco em cada comunidade depende do tamanho da comunidade, mas em geral é de menos de um dia (IC02/SMS). Para o IC01/SMS as viagens duram de 30-40 dias, com permanência de 2-3 dias em cada comunidade, entretanto, estas informações não são coerentes com os dados de validação interna do discurso conforme discutido posteriormente. A imprecisão desta informação junto aos gestores municipais de saúde é ilustrada pela fala do IC03/SMS: “...nós não temos uma quantidade assim fixa de viagens... não sei te afirmar certo...”.

- **Tipos de tratamento odontológico oferecidos nas comunidades**

A idéia de mutilação pela extração dentária, sem reposição protética se apresenta no discurso do IC01/IS “Só mesmo deixar arrancado o dente. Pra colocar ainda não veio”. Outros tratamentos dentários, como restaurações e raspagens, foram introduzidos apenas recentemente, e de forma incipiente e esporádica. Segundo o IC01/LS “não dá tempo” para outros serviços ou orientação de higiene.

Apesar de o discurso oficial dos gestores de saúde ser da oferta de todos os procedimentos relativos à atenção básica em saúde bucal (prevenção, tratamento restaurador, raspagens e exodontias), percebe-se a ênfase na extração dentária, principalmente nos discursos do IC01/SMS e IC03/SMS “...geralmente mais é extração”. Há muita contradição a respeito da distribuição de itens de higiene bucal à população (IC01/SMS: “só quando há parceria”; IC02/SMS: “não se faz, pois não é atributo da SMS” e “eventualmente em escolares”; IC03/SMS: “kits distribuídos na maioria das viagens”). Devido à força do discurso do IC02/SMS, sua informação parece ser a mais próxima do real. Em relação à prevenção-promoção de saúde bucal: a orientação, escovação e aplicação de flúor aparecem como serviços ofertados.

Interessante ressaltar que, na visão dos ribeirinhos, a prevenção e orientações de higiene são importantes, mas vistas como necessidades dos jovens. Tal enfoque também é partilhado pelo gestor municipal, uma vez que se privilegia a faixa etária de escolares na distribuição de kits de higiene bucal.

- **Custo do serviço odontológico esporádico nas comunidades**

O serviço odontológico prestado nos barcos de saúde em visita às comunidades é sempre gratuito, seja ele oferecido pela SMS, seja por instituições filantrópicas, Organizações Não-governamentais (ONGs), igrejas ou Forças Armadas.

Entretanto, o custo do tratamento ofertado pelo prático foi relatado: “...era pago né... pagava R\$15,00 pra extrair dente, pagava pra fazer a prótese...” (IC03/LS).

- **Tipo de serviço odontológico disponível fora das comunidades**

Dois serviços aparecem como possíveis para os ribeirinhos na sede do município: o atendimento nos postos de saúde da Prefeitura e o atendimento particular. Os gestores municipais descrevem uma unidade básica referencial para o atendi-

mento da população ribeirinha, mas como “*a demanda é bem maior*” (IC02/SMS), as outras 12 unidades básicas e o hospital acolhem também a demanda rural. Entretanto, para conseguir o atendimento, o ribeirinho deve obter o encaminhamento do ACS de sua comunidade e a ficha para atendimento. No serviço da Prefeitura nem sempre se consegue atendimento: “*Não consegue o negócio da ficha pra ser atendido...*” (IC02/IS). Em contraposição, o atendimento particular foi qualificado como mais rápido, porém inacessível para a maioria da população ribeirinha: “*quando o cara tem dinheiro vai pro dentista*” (IC02/IS).

- **Tratamentos obtidos fora das comunidades**

O relato dos ribeirinhos é uníssono quanto ao tipo de tratamento obtido quando estes se deslocam à sede do município: “*as pessoas procuram por dentista é porque tá doendo... A não ser quando o barco vem*” (IC01/IS); “*...vai extrair o dente né*” (IC02/IS); “*...a assistência dela é só extrair o dente lá*” (IC03/LS). Entretanto, no discurso dos gestores municipais de saúde, todos os serviços básicos de tratamento odontológico são ofertados, tanto nos barcos como na sede do município. Tais relatos não chegam a ser contraditórios uma vez que, embora haja disponibilidade de outros tipos de tratamento, a motivação prioritária para o deslocamento do ribeirinho à sede do município é a dor, o que resulta em exodontia.

- **Custo do tratamento obtido fora das comunidades**

Embora o atendimento nos postos da Prefeitura seja gratuito, o ribeirinho arca com os custos do transporte à sede do município, hospedagem e alimentação. Em divino Espírito Santo do Isidoro, isto representa uma despesa de R\$ 10,00 apenas com o combustível, já que a proximidade da sede permite a viagem e tratamento num único dia. Para o morador de Lauro Sodré a despesa é bem maior, uma vez que é necessário dormir na cidade ou no próprio barco, em condições desconfortáveis. O custo da viagem para uma pessoa foi estimado em R\$ 60,00 a R\$ 100,00, mas deve-se levar em consideração o custo de um acompanhante no caso de crianças. Na fala do IC03/LS: “*...passar ali até a noite acordado, porque o barco dá um mal conforto... nem se banha direito... tem todas essas dificuldades*”.

A SMS repõe o combustível para o ACS quando este faz a remoção de um paciente até a sede do município. Entretanto, isto raramente é feito em decorrência de problemas dentários, e ocorre mais em função de urgências médicas. As lanchas

da SMS não fazem a remoção de ribeirinhos por causas dentárias. Não há nenhum outro tipo de auxílio ao transporte e custos de deslocamento.

- **Conduta nos casos de emergência/dor**

Não ter condições para o tratamento da dor de dente na sede do município é uma condição comum em Lauro Sodré – relato dos três informantes. Entende-se, pois, o custo da viagem para o morador de Lauro Sodré é alto. Desta forma, o uso de medicações analgésicas e plantas e remédios caseiros é relatado com frequência. Este é o “tratamento” paliativo ministrado até que o paciente tenha condições de ir à sede do município, ou até que ocorra a visita de um barco de saúde à comunidade. Até mesmo a carência de medicamentos para controle da dor é relatada: “*...você tem que muitas vezes dividir uma ‘Dipirona’ pra cada um que tá com dor de cabeça ou que tá com dor no dente*” (IC03/LS).

Os moradores de Divino Espírito Santo do Isidoro, talvez pela maior proximidade à sede do município, com maior facilidade de utilização dos serviços na cidade, assim como maior ocorrência de visita de barcos da saúde, buscam no atendimento especializado o tratamento das urgências dentárias. Entretanto, este pode não ocorrer: “*Vai com a dor e volta com a dor*” (IC02/IS).

O IC03 de Lauro Sodré relatou uma maior frequência de dor de dente entre os adolescentes de sua comunidade.

Discussão e conclusões

O último levantamento epidemiológico de saúde bucal no Brasil evidenciou para a Região Norte uma maior proporção de indivíduos que nunca foram ao dentista, maior intervalo de tempo desde a última consulta e maior proporção de consultas motivadas pela dor do que as regiões Sul e Sudeste do país³. O presente trabalho demonstrou uma proporção ainda maior de consultas motivadas pela dor para as populações ribeirinhas (56,35% – proporção recalculada com a inclusão de indivíduos que nunca foram ao dentista para possibilitar comparação com os dados do Projeto SB Brasil), se comparadas às faixas etárias correspondentes (15-19 anos: 40,16%; 35-44 anos: 54,41%) da Região Norte. De forma inversa, nenhum ribeirinho buscou atendimento para consulta de rotina ou manutenção, ao passo que na Região Norte esta proporção para indivíduos de 15-19 anos e 35-44 anos é de respectivamente 23,18% e 18,54%. Nas regiões Sudeste e Sul as consultas de rotina representam 44%-47% e 33%-36% para as mesmas faixas etárias.

Tais resultados refletem pouca utilização de serviços de saúde para populações ribeirinhas no Amazonas. O presente trabalho revelou para estas populações duas principais formas de acesso: o deslocamento até a cidade mais próxima para atendimento em postos de saúde – que possui custo elevado para o ribeirinho – ou o aguardo da chegada de barcos ou navios-hospitais das forças armadas, das secretarias de saúde ou de ONGs, que prestam atendimento médico e odontológico esporádico. No Brasil, a barreira financeira (23,8%), demora no atendimento (18,1%) e barreiras geográficas (12,7%) foram referidas como as principais dificuldades para o acesso aos serviços de saúde⁵.

As duas populações pesquisadas foram homogêneas quanto ao perfil sócio-demográfico, exceto para a idade média, que em Lauro Sodré foi maior que em Divino Espírito Santo do Isidoro ($p < 0,01$). Tal fator pode justificar a maior proporção de indivíduos que já foram ao dentista em Lauro Sodré que em Divino Espírito Santo do Isidoro, uma vez que a possibilidade de ter ido ao dentista alguma vez na vida aumenta com a idade^{3,4}.

A realização de pesquisas epidemiológicas em comunidades ribeirinhas apresenta dificuldades relacionadas aos custos de deslocamento e manutenção da equipe de trabalho, acesso limitado pela sazonalidade dos rios, dispersão da população ao longo de rios e igarapés, e ausência de registros municipais necessários ao planejamento amostral da população. A representatividade da amostra para o universo de indivíduos acima de 18 anos em ambas as comunidades não pôde ser calculada, uma vez que os dados são imprecisos, além de ser disponível apenas o número de indivíduos acima de 15 anos. Tais limitações reduzem o poder de inferência dos dados obtidos a partir dos questionários estruturados. Por outro lado, a escolha de um método triangulado de avaliação, com perspectivas quantitativas e qualitativas, aumentou o poder de inferência dos resultados da pesquisa, uma vez que a caracterização da oferta e utilização de serviços englobaram indicadores quantitativos tradicionais de cobertura (frequência e tipo de serviços e procedimentos utilizados), somados à análise qualitativa da oferta dos serviços prestados.

Os dados sobre a utilização dos serviços de saúde bucal sugerem perfis ligeiramente diferenciados entre as duas populações. Embora as diferenças não tenham sido estatisticamente significantes, os indivíduos em Lauro Sodré apresentaram um maior intervalo de tempo desde a última consulta odontológica, relataram menor utilização dos serviços públicos de saúde e menor frequência de consultas obtidas em barcos

de saúde, maior prevalência de dor de dente e, de forma contrária, maior proporção de indivíduos que receberam orientações preventivas na última consulta odontológica. Tais resultados são coerentes com as informações sobre oferta de serviços, obtidas através das entrevistas com informantes-chave, que caracterizaram Lauro Sodré como a comunidade com menor ocorrência de visita dos barcos da saúde do poder público. A maior proporção de consultas com orientação preventiva relatada em Lauro Sodré pode significar que as consultas na sede do município – mais presentes para indivíduos de Lauro Sodré – têm um enfoque preventivo maior que as consultas nos barcos de saúde.

A exploração do conteúdo de informações coletadas a partir das entrevistas realizadas com ribeirinhos e gestores de saúde buscou identificar incongruências entre o que é dito e o que é feito¹⁴. Desta forma, alguns parâmetros internos aos discursos dos informantes-chave foram utilizados para avaliar contradições nas falas, e também confrontados com informações obtidas a partir da observação direta. Em relação à ocorrência de visita de barcos da saúde da SMS às comunidades, por exemplo, confrontou-se a informação coletada com a estimativa de cobertura viável de acordo com o número de barcos disponíveis e número total de comunidades. Quando questionados sobre o número de barcos da SMS com consultório odontológico, todos os gestores informaram a presença de duas unidades, entretanto, no momento das entrevistas, apenas um barco estava funcional, pois o segundo estava em manutenção há vários meses. O Município de Coari possui 161 comunidades ribeirinhas, divididas em sete grandes áreas. Se a meta de cobertura do barco da saúde em cada viagem de 15 dias é de uma grande área – em média 23 comunidades – o tempo de permanência médio em cada comunidade será de 0,6 dia. Esta informação é coerente com o relato do IC02/SMS, mas não condiz com o do IC01/SMS (tempo de permanência de 2-3 dias), nem com o relato do IC02/LS (permanência 1-2 dias e frequência a cada trimestre). O IC02/SMS relatou uma média de oito viagens anuais para cada barco da saúde o que, na condição de funcionamento de dois barcos, seria compatível com a frequência semestral e o tempo de permanência de menos de um dia relatados.

A baixa frequência de visita de barcos da saúde a comunidades ribeirinhas do rio Tapajós, Pará, Brasil, foi relacionada à impossibilidade de desenvolvimento de um trabalho educativo e de prevenção de doenças, possibilitando apenas ações emergenciais¹⁵. Da mesma forma, os resultados obtidos no presente trabalho caracte-

rizaram um acesso precário dos ribeirinhos aos serviços de saúde bucal e um tratamento extremamente mutilador, praticamente se resumindo à extração dentária, tanto nas consultas obtidas nos barcos de saúde quanto na sede do município. Tal fato pode ser compreendido, tanto pelo atendimento ser uma busca já tardia, como pela extração dentária ser considerada uma resolução “definitiva” para o problema da “dor de dente” – maior impacto da saúde bucal na vida do ribeirinho. A este respeito, Ferreira et al.¹⁶, em estudo sobre as representações sociais da dor e perda dentária em população de baixa renda no nordeste brasileiro, revelaram que a extração dentária restava uma condição de normalidade (não sentir dor), mas instaura a anormalidade (não ter dentes), que pode ser reconduzida à normalidade por meio de uma prótese dentária. Da mesma forma que no trabalho citado, nas populações ribeirinhas, o restabelecimento da função e estética bucal pela prótese depende dos recursos financeiros do indivíduo para arcar com os custos do tratamento.

A dor é um sintoma que causa desordem, mas que ao mesmo tempo suscita uma ordem, pois faz com que os homens se organizem socialmente para enfrentá-la, seja utilizando conhecimentos de ordem científica, ou de ordem simbólica¹⁶. O problema da dor de dente é especialmente penoso para os ribeirinhos, pois a dificuldade no acesso aos serviços de saúde faz com que tenham que lidar com o problema com seus próprios recursos (auto-medicação e cuidados caseiros).

Ao contrário da população indígena habitante às margens do rio Solimões, os ribeirinhos não possuem um sistema próprio de assistência à saúde, e segundo os ribeirinhos não é sempre que são atendidos pelos postos de saúde das aldeias⁷.

Nas populações ribeirinhas estudadas, o tratamento restaurador foi relatado como procedimento excepcional, enquanto orientações quanto à prevenção de doenças e higiene bucal, foram relatadas como serviços pouco frequentes e direcionados principalmente aos jovens. Tanto ribeirinhos quanto gestores de saúde relacionaram medidas de promoção de saúde, como distribuição de dentifício fluoretado, aos jovens e escolares. Esta percepção está de acordo com a encontrada em gestores municipais no trabalho de Leal & Tomita¹⁷, que discutiram o privilégio de acesso de alguns grupos populacionais (por exemplo: gestantes e escolares) em detrimento do “restante” da população à assistência odontológica.

O perfil mutilador do atendimento odontológico obtido pelos ribeirinhos pode ser explicado pela baixa ocorrência e pouco tempo de perma-

nência dos barcos, aliados à alta demanda por tratamento das populações. Ao passo em que tem se atribuído um papel secundário aos serviços de saúde na melhoria das condições de saúde bucal da população em países industrializados¹⁸, a realização de consultas odontológicas de rotina possui um efeito positivo na redução do número de dentes perdidos¹⁹. Vale aqui ressaltar a cautela que se deve ter para comparação de estimativas obtidas por outros estudos com diferentes características sócio-culturais. De fato, as variáveis que modulam o processo de saúde não são plenamente explicadas pelas que modulam o processo de doença. E embora o acesso aos serviços de saúde não seja suficiente para determinar a saúde em indivíduos e populações, ele pode minimizar as situações de desconforto e prejuízo causados pelo processo de doença²⁰. Desta forma, para que dentes cariados não sejam extraídos pela simples possibilidade futura de gerar dor, é preciso que haja garantia de atendimento regular e resolutivo para as populações ribeirinhas, aliado ao processo educativo de promoção de saúde bucal.

A distância geográfica das populações ribeirinhas em relação à sede do município, e o alto custo dos deslocamentos, apontam para a importância do ACS, como membro da própria comunidade, na promoção de saúde dessas populações. Em 2004, mais de 176 mil ACS atuavam no Brasil²¹. Sua ação tem se mostrado eficaz na transmissão de conhecimentos de saúde bucal, contribuindo para fortalecer a capacidade da população no enfrentamento dos problemas de saúde²¹.

Credita-se às medidas amplas de promoção de saúde bucal (não direcionadas ao indivíduo, mas à população como um todo), como o acesso regular ao flúor, o papel mais importante na melhoria da saúde bucal em populações¹⁸. Uma vez que o acesso à água fluoretada não é viável, pois os ribeirinhos se utilizam da água de poços artesianos ou mesmo a água do rio, a distribuição de dentifício fluoretado poderia fazer parte de um programa regular implantado pelo poder público.

Medidas básicas de promoção de saúde também devem ser fortalecidas. Embora o Município de Coari esteja em situação financeira privilegiada dentre os municípios amazonenses – devido à descoberta de reserva de gás natural – inúmeras comunidades ribeirinhas, a exemplo de Lauro Sodré, não possuem poço artesiano para captação de água potável.

O presente estudo apontou a necessidade de adoção de medidas amplas de promoção de saúde para as populações ribeirinhas, sistematização de um programa de educação permanente

e capacitação técnica para agentes de saúde da própria comunidade, aliados à maior oferta de serviços de saúde bucal, de forma a aliviar o so-

frimento e restabelecer a função dentária nessas populações.

Resumo

O presente estudo de caso teve o objetivo de descrever a oferta e utilização de serviços odontológicos em duas comunidades ribeirinhas do Município de Coari, Amazonas, Brasil. Para tanto, foram colhidos dados sobre frequência de utilização de serviços de saúde bucal, por entrevistas estruturadas com indivíduos acima de 18 anos, e dados sobre oferta de serviços obtidos por entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave. Nas análises bivariadas, embora sem diferença estatística, os indivíduos da comunidade mais distante da sede do município apresentaram maior tempo decorrido da última consulta, e menor proporção de atendimentos pelo serviço público e por barcos de saúde. A análise qualitativa das entrevistas revelou: ausência de serviço odontológico permanente nas comunidades; oferta esporádica através de barcos da saúde, com menor ocorrência dos serviços na comunidade mais distante; alto custo do deslocamento do ribeirinho à sede do município; e tratamento odontológico voltado para o controle da dor, basicamente se resumindo à extração dentária. O acesso precário dos ribeirinhos aos serviços de saúde bucal aponta para a necessidade de implantação de medidas amplas de promoção de saúde, aliada a maior oferta de serviços.

Serviços de Saúde Bucal; Acesso aos Serviços de Saúde; População Rural

Colaboradores

F. Cohen-Carneiro contribuiu para a concepção do estudo, desenho metodológico, coleta e análise dos dados e redação do artigo. M. A. B. Rebelo participou do desenho do estudo, coleta dos dados e revisão crítica do artigo. R. Souza-Santos contribuiu para a análise dos dados, redação e revisão crítica do artigo. A. V. Salino e D. G. Pontes participaram da coleta dos dados, redação e revisão do artigo.

Agradecimentos

Este trabalho obteve financiamento da Agência de Fomento do Estado do Amazonas (FAPEAM), através do edital Programa Amazonas de Apoio à Pesquisa em Políticas Públicas em Áreas Estratégicas (PPOPE), processo nº. 1350/05, e por meio de bolsa através do Programa RH-INTERINSTITUCIONAL – FAPEAM.

Referências

1. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
2. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
3. Coordenação de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira: 2002-2003. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:709-17.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): acesso e utilização de serviços de saúde, 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
6. Ferreira ABH. Aurélio: dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Editora Positivo; 2004.
7. Lima DM. Diversidade socioambiental nas várzeas dos rios Amazonas e Solimões: perspectivas para o desenvolvimento da sustentabilidade. Manaus: Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis; 2005.
8. Rodrigues CI. Caboclos na Amazônia: a identidade na diferença. *Novos Cadernos NAEA* 2006; 9: 119-30.
9. Fraxe TJP. Cultura caboclo-ribeirinha – mitos, lendas e transculturalidade. São Paulo: Annablume Editora; 2004.
10. Witkoski AC. Terras, florestas e águas de trabalho: os camponeses amazônicos e as formas de uso de seus recursos naturais. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas; 2007.
11. Souza ER, Minayo MCS, Deslandes SF, Veiga JPC. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 133-56.
12. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.
13. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS, organizadoras. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26ª Ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2007. p. 79-108.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
15. Xavier J, Dutra A. Ribeirinhos do Tapajós ainda esperam pelo SUS. *Radis – Comunicação em Saúde* 2005; 36:9-15.
16. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:211-8.
17. Leal RB, Tomita NE. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:155-60.
18. Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23:331-9.
19. Cunha-Cruz J, Nadanovsky P, Faerstein E, Lopes CS. Routine dental visits are associated with tooth retention in Brazilian adults: the Pró-Saúde Study. *J Public Health Dent* 2004; 64:216-22.
20. Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. In: Evans RG, Barer ML, Marmor TR, editors. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: Aldine de Gruyter; 1994. p. 27-64.
21. Frazão P, Marques DSC. Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:131-44.

Recebido em 10/Out/2008

Versão final rerepresentada em 01/Abr/2009

Aprovado em 22/Abr/2009