

**Sarah dos Santos Conceição**  
sarahs.conceicao@gmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda pela Universidade de Brasília.

**Núbia Samara Caribé de Aragão**  
nscaribe@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.

**Carla Alencar Cruz**  
cacal\_alencar@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

**Daline Oliveira Carneiro**  
dalineoliveira@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana.

**Marília de Matos Amorim**  
amorim.mah@hotmail.com

Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda pela Universidade Estadual de Feira de Santana.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:  
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional  
REBRASF

## SAÚDE BUCAL AUTORREFERIDA NA REGIÃO NORDESTE: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE 2013

*SELF-REPORTED ORAL HEALTH IN THE NORTHEAST  
REGION: RESULTS OF THE NATIONAL HEALTH SEARCH  
2013*

### RESUMO

**Introdução:** A Pesquisa Nacional de Saúde 2013 é um inquérito epidemiológico, em que adultos responderam a questionamentos sobre autopercepção de saúde bucal quanto aos padrões de higiene oral e condições de saúde bucal com enfoque à perda dentária e necessidade de uso de prótese. **Objetivo:** Descrever a condição de saúde bucal na Região Nordeste do Brasil a partir de dados extraídos da Pesquisa Nacional em Saúde em 2013. **Material e métodos:** Foram entrevistados 19.160 domicílios na Região Nordeste. Na análise de dados, os indicadores de cobertura foram estratificados de acordo grandes regiões, urbano/rural, idade, raça/cor, sexo e escolaridade. Descritas as prevalências e seus intervalos de confiança de 95% estimando os números absolutos. **Resultados:** Foi evidenciado que 85,9% das pessoas com 18 anos ou mais de idade escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia; 47,9% trocavam a escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso; 46,28% avaliaram sua saúde bucal como boa ou muito boa; 25,4% dos adultos informaram perda de 13 ou mais dentes e 30,9% usam algum tipo de prótese dentária. **Discussão:** O levantamento epidemiológico para o conhecimento da situação de saúde bucal da população é importante, pois a partir dos dados coletados é possível planejar, executar e avaliar as condições de saúde bucal da população. **Conclusão:** Os dados desse estudo reforçam a necessidade de políticas públicas e ações que reduzam

### PALAVRAS-CHAVE:

Saúde Bucal; Inquérito Epidemiológico; Autopercepção; Autorrelato.

as injustiças sociais em saúde bucal, principalmente na Região Nordeste e que garantam o acesso igualitário aos serviços de saúde.

## ABSTRACT

**Introdução:** The National Health Search 2013 was an epidemiological inquiry where adults answered questions about oral health self-perception regarding oral hygiene standards and oral health conditions with a focus on tooth loss and need for prosthesis. **Objective:** To describe the oral health condition in the Northeast Region of Brazil from data extracted of the National Health Search 2013. **Material and methods:** 19,160 households in the Northeast Region were interviewed. In the data analysis, coverage indicators were stratified by major regions, urban/rural, age, race/color, gender and education. Prevalence and their 95% confidence intervals are described, estimating absolute numbers. **Results:** It was evidenced that 85.9% of the people with 18 years of age or older brush their teeth at least twice a day; 47.9% exchanged the toothbrush for a new one with less than three months of use; 46.28% evaluated their oral health as good or very good; 25.4% of adults reported loss of 13 or more teeth and 30.9% used some type of dental prosthesis. **Discussion:** The epidemiological survey for the knowledge of the oral health situation of the population is important, because from the collected data it is possible to plan, execute and evaluate the oral health conditions of the population. **Conclusion:** The data from this study reinforce the needs for public policies and actions that reduce social injustices in oral health, especially in the Northeast region and that guarantee equal access to health services.

**Keywords:** Oral Health; Epidemiological Inquiry; Self perception; Self report.

## INTRODUÇÃO

Na epidemiologia não é recente o interesse sobre a relação entre as iniquidades sociais e perfis de saúde da população. A ideia central dessa temática é que a apropriação desigual das riquezas tem reflexos importantes no setor saúde, e conseqüentemente, no perfil epidemiológico da população<sup>(1)</sup>. A alta prevalência das doenças bucais, a possibilidade de controle desses agravos e os impactos nocivos na vida das pessoas afetadas ainda constituem um grande problema para as políticas públicas<sup>(2)</sup>.

No Brasil, de maneira geral, houve uma expressiva melhora na condição de saúde bucal dos brasileiros nos últimos vinte e cinco anos, o que pode ser constatado pela comparação dos inquéritos epidemiológicos nacionais realizados no país ao longo da história, destacando-se os levantamentos epidemiológicos feitos pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986, 2003, 2010 e 2013<sup>(3-4)</sup>. Para verificar as mudanças ocorridas na saúde da população ao longo tempo, os inquéritos de base populacional são ferramentas primordiais para a eleição de grupos e demandas prioritários de atenção, além da elaboração de instrumentos para a formulação e a avaliação de políticas públicas vigentes<sup>(5)</sup>.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, feita pelo MS em parceria com

a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), trata-se de um inquérito epidemiológico de base domiciliar, em que adultos responderam a questionamentos sobre autopercepção de saúde bucal quanto aos padrões de higiene bucal e condições de saúde bucal com enfoque na perda dentária e necessidade de uso de prótese<sup>(4)</sup>. Os resultados apontam que 23% dos adultos referiram perda de 13 (treze) ou mais dentes, com maior prevalência entre as mulheres (26,3%), maiores de 60 anos (67,4%), sem instrução ou com ensino fundamental incompleto (44,2%), residente na zona rural (33,1%) e na Região Nordeste (25,4%)<sup>(5-6)</sup>.

A magnitude da desigualdade expressa nas condições de saúde bucal no Brasil é o grande desafio para as políticas públicas. Enquanto municípios de grande porte nas regiões Sul e Sudeste expressam bons níveis de saúde bucal, pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste possuem indicadores bastante precários. Nessa perspectiva, a partir da PNS 2013 observou-se que problemas bucais, como cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias, são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de serviços de saúde. Apesar da melhoria na saúde bucal da população brasileira, ainda existem grandes entraves geradores de iniquidades e desigualdades na Região Nordeste, que impedem a melhoria da qualidade de vida, saúde geral e bucal da população, a exemplo de determinantes históricos, políticos, econômicos, sociais e ambientais<sup>(7)</sup>.

Tendo em vista as disparidades regionais encontradas nas condições de saúde bucal dos brasileiros e considerando o elevado percentual de dentes perdidos no último levantamento epidemiológico entre os nordestinos (PNS 2013), este estudo se propõe a descrever a condição de saúde bucal autorreferida segundo fatores sociodemográficos, na Região Nordeste. Isso a fim de se adotar medidas sociais e econômicas, voltadas ao enfrentamento da exclusão social e intervenções de saúde pública complementares.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, no qual se utilizou dados secundários, fornecidos pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Os dados foram obtidos através do DataSUS, módulo U – Saúde Bucal. A população de estudo da PNS é constituída por moradores em domicílios particulares permanentes pertencentes à área de abrangência geográfica da pesquisa. O tamanho amostral mínimo foi determinado em 1.800 domicílios por Unidade da Federação. Na Região Nordeste, a amostra selecionada foi de 24.980 domicílios, no entanto, apenas 19.160 domicílios participaram do estudo, portanto, a mesma quantidade de indivíduos foi entrevistada.

Para o trabalho de campo da PNS, os entrevistadores fizeram contato com algum morador do domicílio, a fim de relatar qual o objetivo, como aconteceria e qual a importância da pesquisa. A partir daí foi criada uma lista com todos os moradores adultos do domicílio, e identificado o morador, com 18 anos ou mais de idade, que responderia à entrevista individual, sendo este selecionado aleatoriamente, assim, garantindo a representatividade do estudo. As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade do entrevistado e feitas com a utilização de computadores de mão programados adequadamente para processos de crítica das variáveis. O questionário foi subdividido em três partes: informações do domicílio, informações de todos os moradores e informações individuais do morador selecionado.

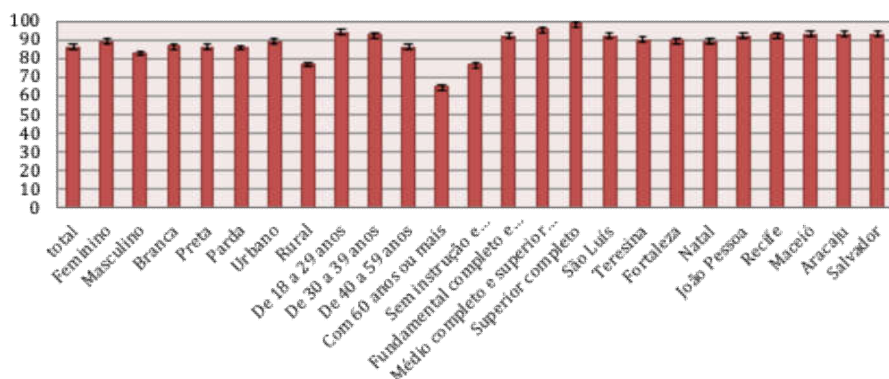
No presente estudo, foram avaliadas as seguintes variáveis de acordo com alguns indicadores sociodemográficos (sexo, faixa etária, raça-cor, nível de instrução, situação do domicílio, região metropolitana). Frequência de pessoas com 18 anos ou mais de idade que: utilizam escova dental, creme dental, fio dental para manutenção da saúde bucal; trocaram sua escova por uma nova, pelo menos, a cada três meses; consideram sua saúde bucal como boa ou muito boa; apresentam dificuldade de alimentar-se por problemas nos dentes ou dentadura; apresentavam problemas de saúde bucal autorreferidos, como perda dentária e uso de prótese.

Foi realizada a análise descritiva dos dados coletados da PNS no que se refere à frequência absoluta e relativa para Região Nordeste. Posteriormente, procedeu-se à estimativa da prevalência e seus intervalos de confiança de 95%, segundo sexo (masculino; feminino), faixa etária (em anos: 18-29; 30-39; 40-59 e 60 e mais), raça/cor da pele (branca; preta; parda), nível de instrução (sem instrução e ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo e médio incompleto; ensino médio completo e superior incompleto; ensino superior completo), área de residência (urbana; rural), além das metrópoles nordestinas. A análise dos dados do estudo foi realizada com o emprego do Excel e do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na versão 22.0.

## RESULTADOS

Na Região Nordeste, um percentual de 85,9% dos indivíduos com faixa etária de 18 anos ou mais escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo este hábito menos frequente entre os homens (82,5%) em relação às mulheres (89%). Em relação à raça/cor, 85,5% dos pardos escovavam os dentes com menor frequência, assim como os indivíduos sem instrução e ensino fundamental incompleto (76,4%); e os idosos (64,5%). De acordo com as regiões metropolitanas, dentre as capitais nordestinas, observa-se que Natal (88,7%) apresentava o menor índice de indivíduos que escovavam os dentes duas vezes ou mais ao dia. Os residentes da zona rural do Nordeste brasileiro apresentaram um percentual de 76,5% de frequência de escovação duas vezes ao dia, valor inferior ao encontrado entre os residentes na zona urbana (88,9%) (Gráfico 1).

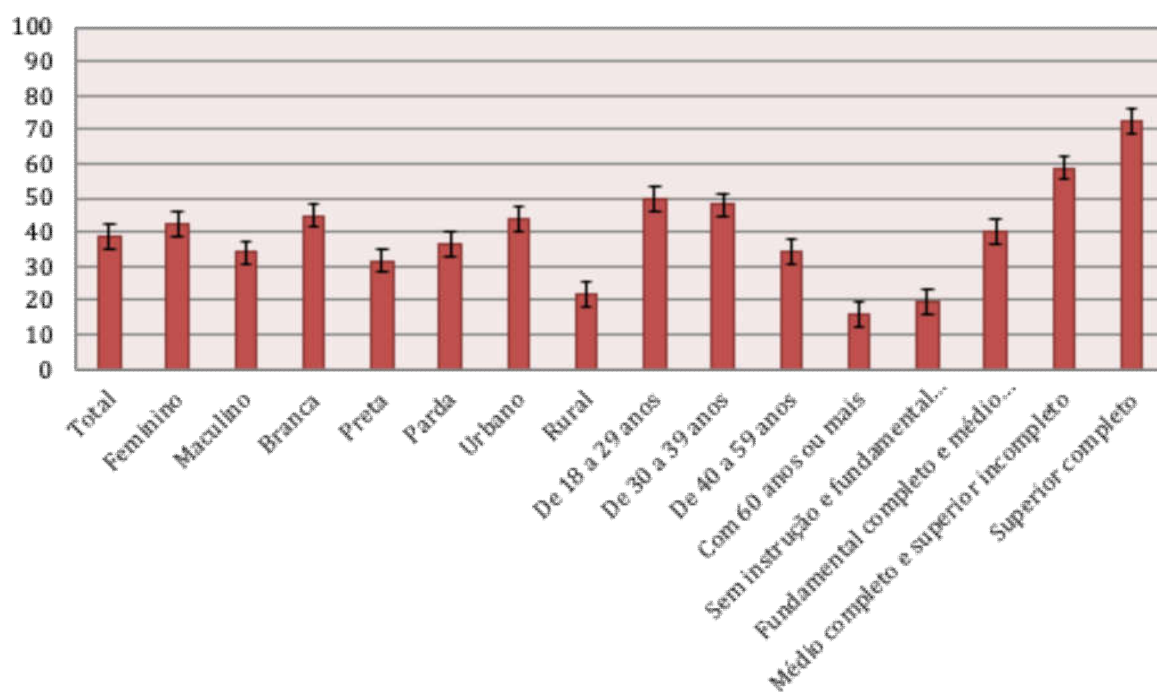
**Gráfico 1** - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.



Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

Em relação aos indivíduos que utilizavam escova de dente, creme e fio dental para higienização bucal, os menores percentuais destacados na pesquisa foram entre os indivíduos com mais de 60 anos (15,9%) e do sexo masculino (33,9%). Analisando a raça/cor, os pretos (31,6%) apresentaram o menor índice de utilização dos itens de higiene bucal, como também os indivíduos sem instrução e ensino fundamental incompleto (19,6%), e os que residiam na zona rural (21,7%). Dentre as regiões metropolitanas, Teresina foi a metrópole que usou com menos frequência o uso de escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dentária (40,4%) (Gráfico 2).

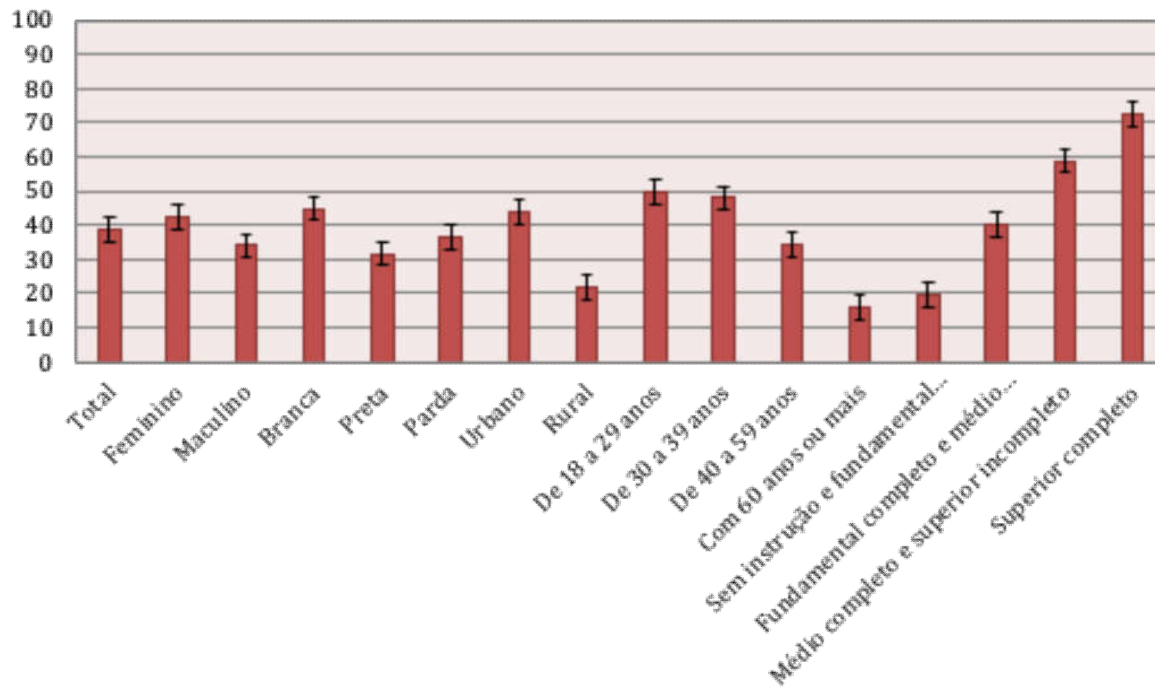
**Gráfico 2** - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.



**Fonte:** IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

Quando verificada a frequência de troca de escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso, os indivíduos com 18 anos ou mais de idade, apresentaram uma proporção de 47,9% desta frequência. Dentre as variáveis estudadas, os grupos que mostraram menor frequência foram os homens (44,8%), com mais de 60 anos (33,3%), de cor/raça preta (44,4%), sem instrução e ensino fundamental incompleto (43,5%), residentes na área rural (43%) e na região metropolitana de Recife (39%) (Gráfico 3).

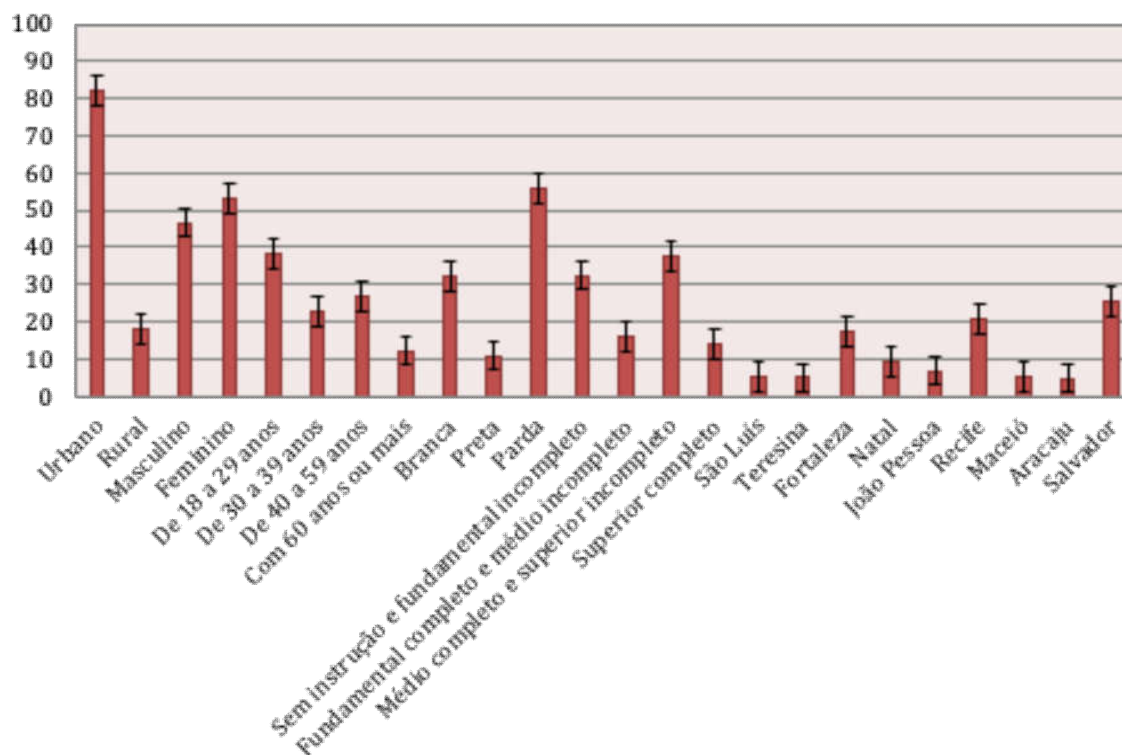
**Gráfico 3** - Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que trocaram escova de dente, em menos de três meses, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.



**Fonte:** IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

De acordo com a avaliação de saúde bucal, adultos na faixa etária de 18 anos ou mais que responderam ao questionamento sobre autopercepção de saúde bucal e avaliaram sua saúde bucal como boa ou muito boa representaram um percentual da média entre as duas variáveis de 58,8%. Contudo, indivíduos do sexo masculino (53,4%), idosos (12,2%), de cor da pele preta (10,8%), com nível superior completo (14,1%), residentes da zona rural (17,7%) representaram os menores percentuais deste indicador, bem como Teresina e Aracaju com 4,8%, dentre as regiões metropolitanas nordestinas (Gráfico 4).

**Gráfico 4** - Distribuição média de pessoas de 18 anos ou mais de mais de idade que consideraram sua saúde bucal como boa ou muito boa, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.



**Fonte:** IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.

Na Região Nordeste, entre os indivíduos com idade de 18 anos ou mais que responderam sobre a dificuldade de alimentar-se por problemas nos dentes ou dentadura, destaca-se com maior frequência os indivíduos na faixa etária maior que 60 anos (5,5%), do sexo feminino (2,5%), da raça/cor negra (3,6%), com menor nível de instrução ou nível fundamental incompleto (4%) e residentes da zona rural (2,8%).

Quanto à necessidade de algum tipo de prótese dentária, 30,9% dos adultos com 18 anos ou mais apresentam esta característica, sendo a maioria composta mais uma vez por mulheres (36,6%), pessoas com 60 anos e mais de idade (59,1%), sem instrução ou com fundamental incompleto (38,6%), residentes em zona urbana (31,5%) de cor da pele branca (34,6%) e moradores na região de Natal (36,7%). Dos indivíduos que perderam 13 (treze) ou mais dentes, 5,9% têm dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar prevalente entre os homens (6,1%), cor da pele negra (8,6%), de área de residência urbano (6%), idosos (6,7%), pessoas sem nível de instrução ou com fundamental incompleto (6,9%) (Tabela 1).

Este estudo também avaliou que, dentre os indivíduos de 18 anos ou mais de idade, 10,7% perderam todos os dentes, sendo que as mulheres apresentaram uma maior porcentagem (13,6%) desta condição; assim como indivíduos de cor branca (11,7%), idosos (43,5%), indivíduos sem instrução ou com fundamental incompleto (19%), residentes na área rural (13,9%) e moradores da região metropolitana de Teresina (11,4%). Em relação à perda de 13 (treze) ou mais dentes, a pesquisa mostrou um percentual de 25,4% em adultos com idade  $\geq$  18 anos, com maior frequência no sexo feminino (29,5%), em indivíduos  $\geq$  60 anos (75,1%), em pessoas sem instrução ou com

fundamental incompleto (42%), cor da pele branca (26,1%), residentes na área rural (32,6%) e na região metropolitana de Natal (24,3%). (Tabela 1).

**Tabela 1** – Proporção dos indicadores de condição de saúde bucal em adultos de 18 anos ou mais de idade, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%, na Região Nordeste.

Variáveis	Perda total dos dentes % (IC95%)	Perda de 13 ou mais dentes % (IC95%)	Uso de algum tipo de prótese dentária % (IC95%)
<b>Total</b>	10,7(9,9-11,5)	<b>25,4 (24,3-26,4)</b>	30,9 (29,5-32,3)
<b>Sexo</b>			
Masculino	7,4 (6,6-8,3)	<b>20,7 (19,2-22,1)</b>	24,4 (22,7-26,2)
Feminino	13,6 (2,4-14,7)	<b>29,5 (28-31,1)</b>	36,6 (34,6-38,5)
<b>Situação</b>			
Urbano	9,7(8,8-10,6)	<b>23,1 (21,9-24,4)</b>	31,5 (29,8-33,1)
Rural	13,9(12,3-15,4)	<b>32,6 (30,7-34,5)</b>	29 (26,7-31,3)
<b>Nível de instrução</b>			
S/ instrução e fundamental incompleto	19(17,6-20,4)	<b>42 (40,3-43,8)</b>	38,6 (36,7-40,6)
Fundamental completo e médio incompleto	4,5(2,8-6,1)	<b>11,7 (9,7-13,8)</b>	23,3 (20,5-26,1)
Médio completo e superior incompleto	2,6(2,0-3,2)	<b>8,9 (7,6-10,2)</b>	21,6 (19,5-23,6)
Superior completo	1,8(1,0-2,6)	<b>10,4 (8,4-12,3)</b>	31,8 (28,3-35,3)
<b>Cor ou raça</b>			
Branca	11,7(10,4-13)	<b>26,1 (24,3-28,1)</b>	34,6 (32,7-36,6)
Preta	10,4(7,6-13,2)	<b>24 (21,3-28,1)</b>	27,8 (24,1-31,5)
Parda	10,4(9,4-11,4)	<b>25,4 (24-26,8)</b>	29,7 (28-31,4)
<b>Faixa etária</b>			
De 18 a 29 anos	*	*	4,6 (3,4-5,7)
De 30 a 39 anos	*	<b>5,2 (4,2-6,3)</b>	21,1 (19,1-23,1)
De 40 a 59 anos	9,4(8,3-10,6)	<b>34,5 (32,2-36,8)</b>	45,4 (43-47,9)
Com 60 anos ou mais	43,5(40,4-46,5)	<b>75,1 (72,6-77,6)</b>	59,1 (56-62,3)
<b>Região Metropolitana</b>			
São Luís	6(4,2-7,8)	<b>13,6 (11,1-16,1)</b>	20,3 (17,5-23,2)
Teresina	11,4(8,9-14)	<b>23,7 (20,5-26,9)</b>	27,8 (24,4-31,1)
Fortaleza	10,4(8,4-12,3)	<b>22,5(19,8-25,1)</b>	31,8 (28,5-35,2)
Natal	9,9(6,1-13,8)	<b>24,3 (18,9-29,7)</b>	36,7 (32,6-40,9)
João Pessoa	7,9(6,4-9,5)	<b>22,7 (19,4-26)</b>	35 (31,7-38,4)
Recife	6,5(5,2-7,9)	<b>21 (18,5-23,5)</b>	33,4 (30,4-36,4)
Maceió	7,3(5,5-9,2)	<b>22,7 (18,5-23,5)</b>	33,6 (30-37,3)
Aracaju	6,5(4,4-8,6)	<b>18 (14,5-21,4)</b>	28,3 (24,3-32,4)
Salvador	4,4(3,2-5,5)	<b>11,7 (10-13,4)</b>	27 (24,1-30)

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013.



## DISCUSSÃO

Os resultados desse trabalho evidenciaram que os homens, os idosos, os pretos e pardos, os indivíduos sem instrução e com nível fundamental incompleto, residentes na área rural da Região Nordeste apresentaram as mais baixas frequências dos indicadores de higiene bucal adequada e de autopercepção da saúde bucal como boa ou muito boa. Foi também perceptível que a perda dentária e dificuldade de se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura aumentaram com a idade e foi maior entre aqueles com baixa escolaridade, de cor da pele preta, residentes na área rural. Dentre as regiões metropolitanas, Natal, Teresina, Recife e São Luís apresentaram as menores frequências referentes aos indicadores supracitados.

Relatos sobre as condições de saúde bucal dos brasileiros são escassas. Destacam-se os levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde (MS) em 1986<sup>(8)</sup>, 2003<sup>(9)</sup>, 2010<sup>(10)</sup> e 2013<sup>(4)</sup>. Contudo, é perceptível a importância dos levantamentos epidemiológicos para o conhecimento da situação de saúde bucal da população, visto que, a partir dos dados coletados, é possível planejar, executar e avaliar ações de saúde. Vale salientar a importância da realização da PNS 2013, que estudou a autoavaliação de saúde da população brasileira, e, no presente trabalho, foi dada ênfase às condições de saúde bucal da população nordestina, consistindo num indicador que pode ser utilizado nacionalmente.

Apesar de ser uma avaliação autorreferida, apresenta validade aceitável, pois consiste em um bom indicador utilizado em inquéritos epidemiológicos devido às suas vantagens em relação ao menor tempo utilizado, custo mais reduzido e dispensa de profissional especializado<sup>(5)</sup>. Contudo, a comparação entre todos os levantamentos epidemiológicos realizados mostra que a condição em saúde bucal dos brasileiros melhorou e muitas dessas melhorias são atribuídas à Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, porém, ainda existem algumas diferenças peculiares dentre as regiões brasileiras.

De acordo com Nico, Andrade, Malta, Pucca Júnior & Peres (2016)<sup>(5)</sup>, dentre as cinco regiões brasileiras, o Nordeste apresentou as menores frequências de indicadores de higiene bucal adequada e de autopercepção da saúde bucal como boa ou muito boa, com maior prevalência entre os homens, pretos e pardos, sem instrução e residentes nas áreas rurais, corroborando os achados desse estudo. Quando comparados os dados do SB Brasil 2003 e 2010, houve uma acentuada redução das perdas dentárias entre adultos e idosos, entretanto, ainda assim, registrou-se a maior média de perda dentária (27,3) no interior da Região Nordeste<sup>(11)</sup>.

Indicadores epidemiológicos mostram uma associação positiva entre a frequência de escovação dentária com sexo feminino, adultos jovens e maior nível de escolaridade<sup>(12-13)</sup>, sendo verificada tal associação nesse trabalho. Pesquisas demonstram que a condição de saúde-doença bucal é o reflexo da renda familiar, nível de instrução, acesso aos serviços de saúde e local de moradia<sup>(7)</sup>. No presente estudo, verificou-se a correlação entre o baixo nível de escolaridade, situação de moradia e o menor uso de produtos de higiene bucal, como escova de dente, pasta de dente e fio dental.

Evidencia-se também que maior renda *per capita*, condições de moradia e nível de escolaridade podem resultar em maior acesso a serviços odontológicos e produtos de higiene bucal<sup>(14-16)</sup>. Nas regiões Sul e Sudeste, em que os indivíduos apresentam maior acesso aos serviços de saúde, dados do SB Brasil 2010 revelaram que mais de 80% da população em todas as faixas

etárias passou por consulta com dentista com predomínio de utilização de serviços particulares, sendo tal realidade diferente da Região Nordeste<sup>(10)</sup>.

Outro ponto fundamental que incide diretamente no acesso da população aos serviços de saúde é o financiamento dos serviços públicos, principalmente nas regiões menos favorecidas economicamente. Neste trabalho, verifica-se que o acesso dos nordestinos ao setor público ainda é menor, quando comparado a moradores das regiões sul e sudeste. Logo após a implantação do PNBS, o Ministério da Saúde disponibilizou R\$ 1 milhão, exclusivamente, para a saúde bucal. De acordo com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal, esta política, recebeu, até 2005, investimentos de mais de R\$ 1,2 bilhão. No ano de 2006, foram investidos mais de R\$ 535,2 milhões e, em 2007, estimava-se uma ordem de R\$ 640 milhões. Para o período entre 2007 e 2010, o montante investido alcançou cerca de R\$ 2,7 bilhões<sup>(17)</sup>.

Dessa forma, apesar do significativo crescimento do volume de recursos financeiros especificamente voltados para esta área de atenção à saúde bucal, que proporcionaram a ampliação do acesso aos serviços e as ações contidas na PNSB, a continuidade e a sustentação desta política pode estar ameaçada, principalmente no cenário político-econômico atual brasileiro, pois ainda existem situações desfavoráveis em saúde, sobretudo na região nordestina, as quais necessitam ser reavaliadas e repensadas, como demonstraram dados do presente trabalho<sup>(18)</sup>.

De acordo com Matos & Lima Costa (2006)<sup>(19)</sup>, numa pesquisa realizada com adultos de 20 a 59 anos, residentes em zona rural, consideraram a autoavaliação da saúde bucal como negativa aqueles indivíduos com baixa escolaridade e raça/cor preta ou parda, semelhante aos dados encontrados nesse trabalho. Sabe-se que o comportamento das pessoas é condicionado, dentre outros aspectos, por suas percepções e a importância a elas atribuída e nem sempre ofertar serviços de saúde é sinônimo de busca pelos mesmos<sup>(5)</sup>. Salienta-se que o avanço da idade parece ter influência na pior autopercepção de saúde bucal, pois os indivíduos com mais de 60 anos apresentam os piores índices de autoavaliação de saúde bucal, corroborando outros achados<sup>(16,20)</sup>. Dessa forma, estudos prévios realizados no Brasil têm demonstrado uma alta prevalência da necessidade de prótese dentária entre idosos, em ambas as arcadas<sup>(20-22)</sup>.

Observa-se também que comunidades com grandes desigualdades apresentam mais problemas de saúde bucal. A condição bucal não permite apenas um registro quantitativo, mas demonstra também uma realidade vivida. Sendo assim, o difícil acesso aos serviços de saúde e restauração de má qualidade favorecem a extração dentária como o tratamento mais resolutivo, principalmente em localidades da Região Nordeste<sup>(7)</sup>.

De acordo com Nascimento, Frazão, Bousquat & Antunes (2016)<sup>(23)</sup>, que analisaram as condições dentárias entre adultos brasileiros entre 1986 e 2010, na Região Nordeste houve redução do componente dente perdido no índice de Dentes Perdidos Cariados e Obturados (CPOD) em homens de 14.4, 11.2, 7.2 e em mulheres de 11.9, 8.8 e 5.9 em 1986, 2003 e 2010, respectivamente. A partir da criação do PBS, o qual é considerado o maior programa público de saúde bucal do mundo, houve uma reformulação da atenção básica em saúde bucal, garantindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira, o qual completou uma década em 2014.

Alterações foram provocadas no trabalho das equipes de saúde bucal na APS nesse período, de forma a cumprir com os objetivos de reorientação do modelo de atenção<sup>(24)</sup>. A partir de então, pela primeira vez de forma sólida, organizada e coletivamente construída, os

brasileiros ganharam uma referência, a fim de orientar as concepções e as práticas no campo da saúde bucal em todo país<sup>(25)</sup>.

De acordo com o último levantamento epidemiológico nacional, o Brasil conseguiu sair da condição mundial de média prevalência da cárie dentária para baixa. Contudo, apesar dos resultados satisfatórios nacionalmente, chamam a atenção alguns aspectos que necessitam ser abordados, tais como: diferenças regionais na prevalência e gravidade da cárie, pouca redução da cárie na dentição decídua, necessidade de prótese em idosos, apesar de terem diminuído em adolescentes e adultos, como verificados no presente estudo<sup>(26)</sup>.

Infelizmente, a Região Nordeste ainda apresenta os maiores índices perdas dentárias, compradas a outras regiões do Brasil, demonstrando que a resolutividade dos programas de saúde bucal vigentes no país, ainda é deficiente na Região Nordeste. Além disso, estudos<sup>(11,16,27)</sup> mostram associação entre um maior número de dentes perdidos e adultos que apresentam padrão socioeconômico mais baixo e que moram em área rural, confirmando os resultados desse trabalho.

Sem sombra de dúvidas, a implantação do CEO melhorou consideravelmente a atenção secundária em saúde bucal, oferecendo à população ações de diagnóstico bucal avançado, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia e atendimento a pacientes portadores de necessidades especiais.

A PNSB também possibilitou o cadastramento e o credenciamento de laboratórios regionais de prótese dentária, bem como a operacionalização de todos os seus procedimentos. Porém, o uso de prótese entre a população nordestina ainda é considerado baixo, visto que, apesar da inclusão de tratamentos protéticos, os serviços públicos ainda não são capazes de atender toda a demanda dos indivíduos que necessitam de próteses<sup>(28)</sup>. O alto custo desse tratamento no serviço privado também se constitui uma das barreiras para não aquisição de próteses dentárias pela população. A não reabilitação protética contribui para a dificuldade mastigatória, refletindo as desigualdades em saúde bucal no nordeste.

Por se tratar de um estudo observacional que utilizou dados secundários e pelo fato da PNS 2013 tratar-se de uma pesquisa autorreferida, em que não foi realizado o exame clínico bucal para a confirmação do estado de saúde, constituem-se limitações desse estudo. Entretanto, é importante evidenciar que a autopercepção de saúde bucal é mais ligada a fatores subjetivos do que situações clínicas. Ressalta-se a escassez de trabalhos acerca dessa temática realizados especificamente com a Região Nordeste, bem como por todas as iniquidades perceptíveis, é necessário aprofundar a captação de determinantes sociais da saúde, a fim de diminuir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde bucal.

## **CONCLUSÃO**

Apesar da melhoria na saúde bucal da população brasileira, ainda existem grandes entraves geradores de iniquidades e desigualdades, principalmente na Região Nordeste, os quais impedem a melhoria da qualidade de vida, saúde geral e bucal da população, a exemplo de determinantes históricos, políticos, econômicos, sociais e ambientais. Levantamentos epidemiológicos são relevantes para o planejamento, a avaliação e o monitoramento das condições de saúde e dos

serviços. Dessa forma, os dados desse estudo reforçam a necessidade de políticas e ações que reduzam as injustiças sociais em saúde bucal, principalmente na Região Nordeste, e que garantam o acesso igualitário aos serviços de saúde e a real necessidade de reabilitar os danos já instalados com a ampliação dos serviços de próteses dentárias da forma mais equânime possível.

## REFERÊNCIAS

1. Vettore MV, Amorim Marques RA de, Peres MA. Social inequalities and periodontal disease: Multilevel approach in SBBrazil 2010 survey. *Rev Saude Publica*. 2014;47(Suppl.3):29–39.
2. Watt R, Listl S, Peres M, Heilmann A, editors. *Social inequalities in oral health: from evidence to action*. London: International Centre for Oral Health Inequalities Research and Policy; 2015.
3. Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF de. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Cien Saude Colet*. 2014;19(6):1849–58.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
5. Nico LS, Andrade SSC de A, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):389–98.
6. Pinheiro RS, Torres TZG de. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2006;11(4):999–1010.
7. Moreira TP, Nations MK, Alves MDSCF. Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil. *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica*. 2007;23(6):1383–92.
8. Brasil, Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana*. 1986. 137p. Série C: Estudos e Projetos, 4, 1988.
9. Brasil, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SBBrazil 2003 – Resultados Principais*. Brasília, 2004.
10. Brasil, Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Condições de saúde bucal da população brasileira – Projeto SBBrazil 2010 – Resultados Principais*. Brasília, 2011.
11. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHS de M, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saude Publica*. 2014;47(suppl 3):78–89.
12. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *Int Dent J* 2006; 56(3):159-167.
13. Gabardo ML, Moysés ST, Moysés J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(7):439–45.
14. Maltz M, Barbachan e Silva B. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev Saude Publica*. 2001;35(2):170–6.

15. Susin C, Oppermann R V., Haugejorden O, Albandar JM. Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. *Acta Odontol Scand*. 2005;63(2):85–93.
16. 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 Saude Publica* 2007; 23(8):1803-1814.
17. Pucca Jr. GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cien Saude Colet*. 2006;11(1):243–6.
18. Kornis GEM, Maia LS, Fortuna RFP. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: Uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. *Physis*. 2011;21(1):197–215.
19. Matos DL, Lima-Costa MF. Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: Results from the SB-Brasil Project, 2003. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1699–707.
20. Souza JGS, Souza SE, Sampaio AA, Silveira MF, Ferreira EF e, Martins AME de BL. Autopercepção da necessidade de prótese dentária total entre idosos brasileiros desdentados. *Cien Saude Colet*. 2016;21(11):3407–15.
21. Martins AMEBL, Melo FS, Fernandes FM, Sorte JAB, Coimbra LGA, Batista RC. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. *Rev Unimontes Cient*. Montes Claros, 2005; 7(1): 55-66.
22. Leitão R. Fatores Socioeconômicos Associados à Necessidade de Prótese, Condições Odontológicas e Autopercepção de Saúde Bucal em População Idosa Institucionalizada. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012;12(2):179–85.
23. Nascimento S, Frazão P, Bousquat A, Antunes JLF. Dental health in Brazilian adults between 1986 and 2010. *Rev Saude Publica*. 2014;47(Suppl.3):69–77.
24. Lucena E, Pucca G, Sousa M. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2011;52–63.
25. Saliba N, Moimaz S a S, Fadel CB, Bino S. Saúde Bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional Brazilian oral health: a new fronting politic at national reality. *Rev. Odonto Bras Central*. 2010;18(48):62–6.
26. Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. Oral health in the family health strategy: A change of practices or semantics diversionism [Saúde bucal na estratégia de saúde da família: Mudança de práticas ou diversionismo semântico]. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):455–62.
27. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad Saude Publica*. 2011;27(1):4–5.
28. Brasil, Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. A saúde bucal levada à sério. Janeiro 2006.