



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
Fiocruz Amazônia

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE
SAÚDE NA AMAZÔNIA - PPGVIDA

ADRIELLY CARVALHO GUEDES

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR ADULTOS
DE COMUNIDADES RURAIS RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS,
AMAZONAS.**

MANAUS - AM
2023

ADRIELLY CARVALHO GUEDES

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR ADULTOS
DE COMUNIDADES RURAIS RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS,
AMAZONAS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD - Fiocruz Amazônia) como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Herkrath

MANAUS - AM

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

G924a

Guedes, Adrielly Carvalho

Acesso e utilização dos serviços de Saúde Bucal por adultos de comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas. / Adrielly Carvalho Guedes. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

99 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Fernando José Herkrath.

1. Saúde bucal 2. Acesso aos serviços de saúde 3. Ribeirinhos
I. Título

CDU 616.314(811.3) (043.3)

CDD 614.098113

22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos – Bibliotecário CRB-11/ 287

ADRIELLY CARVALHO GUEDES

**ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR ADULTOS
DE COMUNIDADES RURAIS RIBEIRINHAS DO RIO NEGRO, MANAUS,
AMAZONAS.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em: 02 de Maio de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Fernando José Herkrath - Orientador
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof^o. Dr. Mario Viana Vettore - Membro Interno
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof^o. Dr. André Luiz Machado das Neves – Membro Externo
Universidade do Estado do Amazonas – UEA

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, por me apoiar, incentivar e acreditar em mim em todos os momentos da minha vida. E ao meu avô, por seu amor e simplicidade que me ensinam diariamente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por guiar e orientar minha vida.

À minha família, minha mãe, irmã, meu avô, tias, tios e primos por seu amor, apoio e ensinamentos. Vocês me inspiram a buscar minha melhor versão sempre e me encorajam a enfrentar novos desafios.

Ao meu namorado Allan, por seu amor, apoio e compreensão no decorrer dos anos.

Ao professor Dr. Fernando Herkrath, por todo apoio e orientação. Sua experiência, inteligência e compromisso com a pesquisa tornaram este trabalho singular.

Ao Alef, diretor da UBS de Santa Maria, que me acolheu na comunidade de Santa Maria. O seu apoio e conhecimento das comunidades estudadas foram muito importantes para a realização da pesquisa.

Aos agentes comunitários de saúde: Tereza, Antônio, Raimunda, Cláudia e Nilda, que me acompanharam nas visitas domiciliares e facilitaram a interação com os comunitários.

Aos professores Ana Paula, Janete e Yan, por terem me acolhido e orientado no estágio docência, vocês são exemplos de professores comprometidos com a saúde bucal coletiva.

Aos colegas da minha turma de mestrado, PPGVIDA 2021, que mesmo nos encontrando poucas vezes presencialmente, nos apoiamos no decorrer desses dois anos.

À toda a equipe da Fiocruz Amazônia e seu corpo docente, por continuar incentivando a pesquisa na Amazônia, mesmo em cenários desafiadores.

*“Não me iludo
Tudo permanecerá do jeito que tem
sido
Transcorrendo, transformando
Tempo e espaço navegando todos os
sentidos*

*Pães de Açúcar, Corcovados
Fustigados pela chuva e pelo eterno
vento
Água mole, pedra dura
Tanto bate que não restará nem
pensamento*

*Tempo rei, ó, tempo rei, ó, tempo rei
Transformai as velhas formas do viver”*

Tempo Rei – Gilberto Gil

Estudo realizado com financiamento do PROEP-Labs/ILMD Fiocruz Amazônia, Chamada nº 001/2020. A discente recebeu bolsa de pós-graduação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM), por meio do POSGRAD/FAPEAM. Projeto executado no âmbito do Edital nº 013/2022 – Programa FAPEAM Produtividade em CT&I, e durante a vigência do Programa de Desenvolvimento da Pós-Graduação (PDPG) na Amazônia Legal – Edital nº 13/2020.

RESUMO

Introdução: Populações rurais ribeirinhas enfrentam maiores barreiras para o acesso aos serviços de saúde bucal, bem como apresentam piores condições de saúde bucal. **Objetivos:** Avaliar a utilização dos serviços de saúde bucal e identificar as principais barreiras de acesso aos serviços por populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas. **Métodos:** Foi realizado um estudo de métodos mistos do tipo explanatório sequencial, composto por inquérito populacional de base domiciliar em dois territórios rurais ribeirinhos do Rio Negro, Manaus, cobertos por uma unidade básica de saúde fluvial e após análise dos dados, foram selecionados alguns participantes para participar de uma entrevista semiestruturada. **Resultados:** Foram avaliados 157 moradores adultos, com idade média de 43,2 anos. Pouco mais de um quarto da população referiu dor dentária nos últimos seis meses e haviam consultado com o dentista há mais de três anos. A saúde bucal foi autoavaliada como regular ou ruim por 33,8% da amostra e mais da metade desta (64,4%) reportou necessidade percebida de tratamento odontológico. Indivíduos edêntulos representaram 16% da amostra e o número médio de dentes perdidos foi 11 ($\pm DP=11,8$). Com relação às dimensões do acesso, a disponibilidade e a capacidade de pagamento foram identificadas como as principais barreiras ao serviço. **Conclusão:** Os achados mostram que são necessárias estratégias que aumentem a disponibilidade e mitiguem as barreiras financeiras de acesso aos serviços. A elevada prevalência de dor dentária e o número de dentes perdidos aponta ainda a necessidade de reorientação do modelo de cuidado ofertado a essas populações.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, saúde bucal, saúde rural

ABSTRACT

Introduction: Rural riverside populations face greater barriers to accessing oral health services, as well as presenting worse oral health conditions. **Objectives:** Evaluate the use of dental services and identify the main barriers to accessing services by rural populations along the banks of the Negro River, Manaus, Amazonas. **Methods:** A mixed-method sequential explanatory study was carried out, encompassing a household-based population survey in two rural territories bordering the Negro river, covered by a primary care fluvial health unit and a qualitative study with structured interview for selected participants after analyzing the quantitative data. **Results:** 157 adult residents were evaluated, with an average age of 43.2 years. Just over a quarter of the population reported dental pain in the last six months and had seen a dentist for more than three years. Oral health was self-rated as regular or poor by 33.8% of the sample and more than half of this (64.4%) reported a perceived need for dental treatment. Edentulous individuals were 16% of the sample and the mean number of missing teeth was 11 (\pm SD=11.8). The dimensions of access 'availability' and 'ability to pay' were identified as the main barriers to the service. **Conclusion:** The study findings show that strategies are needed to increase availability and mitigate financial barriers in accessing services. The high prevalence of dental pain and number of missing teeth also points out the need to reorganize the health care model offered to these populations.

Keywords: health services accessibility, oral health, rural health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Síntese das principais definições de acesso.....	20
Figura 1: Microáreas cobertas pela unidade básica de saúde fluvial responsável pelo território e destaque para as duas comunidades ribeirinhas incluídas no estudo.....	37
Figura 2: Fluxo de atividades desenvolvidas para alcançar os resultados advindos dos métodos mistos.....	41
Quadro 2: Avaliação quantitativa das dimensões do acesso relacionada com citações qualitativas.....	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização demográfica e socioeconômica.....	43
Tabela 2: Morbidade bucal/ utilização dos serviços.....	45
Tabela 3: Autopercepção em saúde bucal.....	48
Tabela 4: Acesso aos serviços de saúde bucal.....	49
Tabela 5: Média de cada dimensão do acesso aos serviços de saúde bucal.....	50
Tabela 6: Associação entre as variáveis independentes e a utilização dos serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses.....	51
Tabela 7: Associação entre as variáveis independentes e a utilização dos serviços de saúde bucal nos últimos 3 anos.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BPC	Benefício Assistencial de Prestação Continuada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ceod	Dentes decíduos cariados, extraídos e obturados
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DP	Desvio-Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
eSFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS/UFPA	Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
OHIP	Oral Health Impact Profile
P	p-valor
PCFA	População do Campo, da Floresta e das Águas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas
REDCap	Research Electronic Data Capture
SBBRASIL	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SEMSA	Secretária Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCUV	Termo de Consentimento para Uso de Voz
UBSF	Unidade Básica de Saúde Fluvial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Acesso e utilização dos serviços de saúde	17
2.1.2 Determinantes do uso dos serviços de saúde	22
2.2 Saúde de populações rurais	24
2.2.1 Acesso e uso dos serviços de saúde por populações rurais	28
2.3 Acesso aos serviços de saúde bucal por populações rurais ribeirinhas	31
3 OBJETIVOS.....	35
3.1 Objetivo Geral	35
3.2 Objetivos específicos	35
4 MÉTODO	36
4.1 Desenho do estudo	36
4.2 Local e população de estudo.....	36
4.3 Critérios de elegibilidade	38
4.4 Coleta de dados	38
4.5 Análise dos dados	41
4.2.1 Joint Display	42
4.6 Aspectos relacionados à biossegurança	43
4.7 Considerações Éticas.....	43
5 RESULTADOS.....	45
5.1 Análise quantitativa	45
5.2 Análise qualitativa	54
5.3 Joint displays	59
6 DISCUSSÃO.....	62
7 CONCLUSÕES	69
APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE PESQUISA	82
APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE PESQUISA QUALITATIVA	90
APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ (TCUV)	95
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	96

1 INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil evoluíram junto com o avanço das políticas sociais e econômicas, no entanto por um extenso período as políticas públicas em saúde bucal foram excluídas ao longo deste processo (SILVESTRE et al., 2013). Um dos meios para implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada como um programa em 1994, mas somente no ano 2000 as equipes de saúde bucal foram criadas e posteriormente inseridas nas equipes da ESF (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Em 2003 foi implementada uma nova Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, que buscou ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal, trazendo em seu planejamento os princípios doutrinários e diretrizes do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Apesar de a Constituição de 1988 garantir a saúde como um direito de todos, assegurado pelo Estado, mesmo com os avanços conquistados pelo SUS, ainda há uma prática desigual e excludente no acesso aos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012). A definição do termo 'acesso' aos serviços de saúde é importante para que se possa mensurá-lo e promover planejamentos em saúde que visem a redução de iniquidades no acesso, entretanto, ao longo do tempo esta definição sofreu variações e tornou-se mais complexa com a incorporação de aspectos difíceis de mensurar (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Em uma das versões precursoras da definição de acesso aos serviços de saúde, foi levada em consideração a disponibilidade organizacional e geográfica dos serviços de saúde e as características da população, sugerindo-se que o acesso estava associado mais a questões políticas do que operacionais (ADAY; ANDERSEN, 1974).

O acesso está relacionado com a mediação entre a procura e a entrada nos serviços de saúde e com os aspectos dos serviços ofertados, que podem facilitar ou obstruir sua utilização (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para este estudo, foi utilizado como referencial teórico o conceito de acesso proposto por Penchansky e Thomas (1981), onde acesso é o grau de ajuste entre o sistema de saúde e os clientes. Para estes autores, o acesso é composto por cinco dimensões: disponibilidade (relacionada com a existência dos serviços; o volume e o tipo de serviço em relação às necessidades), acessibilidade (referente à localização dos serviços e a residência dos

clientes), acolhimento (relacionado com a forma de organização dos serviços para receberem os clientes e a capacidades desses para adaptarem-se a esta organização), capacidade de compra (referente a capacidade de financiamento dos serviços e a possibilidade dos clientes pagarem por estes) e a aceitabilidade (referente a postura que os clientes e os profissionais de saúde apresentam em relação às práticas e os serviços de cada um) (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Para Donabedian (1973), a acessibilidade é definida como uma vertente da oferta de serviços, relacionada com a capacidade de produzir serviços e, assim, suprir as necessidades de saúde de uma população. Pode também referir-se aos custos diretos e indiretos do cuidado (WILKES et al., 2002). A disponibilidade é uma dimensão importante pois compreende a presença física de serviços, equipamentos e recursos humanos, porém isoladamente não é suficiente para garantir o acesso aos serviços (THIEDE; MCINTYRE, 2008). A aceitabilidade refere-se ao grau que um determinado serviço é culturalmente seguro, ressaltando a importância da informação para que um potencial acesso concretize-se em uso dos serviços (THIEDE; MCINTYRE, 2008). Além disso, a aceitabilidade é uma dimensão de difícil mensuração, uma vez que envolve muitos fatores subjetivos, como a forma que os serviços são percebidos pelos indivíduos que o utilizam (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Um dos grandes desafios do SUS é alcançar as populações residentes em locais de difícil acesso, como por exemplo as comunidades ribeirinhas, que são aquelas que vivem às margens dos rios, mais expressivas na região amazônica (BRASIL et al., 2016). A população ribeirinha encontra muitas barreiras para ter acesso aos serviços de saúde, serviços estes que deveriam ser disponibilizados com integralidade, de forma equânime e de acesso universal (DE FIGUEIREDO et al., 2020). Uma das estratégias para maior inclusão dessa população é o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde (APS), ofertada por meio da ESF, constituindo-se na porta de entrada preferencial e de maior resolutividade do sistema de saúde (BRASIL et al., 2016). Evidencia-se, no entanto, a importância de uma compreensão ampliada das particularidades das áreas rurais, com a oferta de serviços e ações adequadas à realidade das populações rurais ribeirinhas (FRANCO et al., 2015).

Estudo realizado em comunidades ribeirinhas de Coari no Amazonas, mostrou que a dor dentária representava a principal motivação para a consulta odontológica, diferenciando-se dos achados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBRASIL,

2010), onde as principais motivações para ir ao dentista eram prevenção ou tratamento. Os autores observaram que as principais formas de acesso para os serviços envolviam o deslocamento para a cidade próxima ou aguardar os barcos ou navios-hospitais que prestavam esse atendimento. O acesso também era limitado pela sazonalidade dos rios. Devido à itinerância e baixa frequência dos atendimentos, as práticas de educação em saúde eram limitadas e o tratamento, em geral, resumia-se às práticas assistenciais, principalmente a extração dentária, não acompanhada de reabilitação protética, esta última limitada apenas aos indivíduos com condições financeiras de pagar pelo serviço reabilitador (COHEN-CARNEIRO et al., 2009). Para garantir o acesso universal aos serviços de saúde bucal é importante que estes estejam na agenda das políticas de saúde, porém esta temática ainda se encontra ausente nos debates dos conselhos e conferências municipais de saúde (FONSECA et al., 2017).

A realização de estudos para investigar os principais agravos em saúde bucal, bem como utilizar a epidemiologia e as informações do território para o planejamento de ações, desenvolvimento de tecnologias e produtos que visem a ampliação dos serviços públicos de saúde bucal são pressupostos da PNSB (BRASIL, 2004). Ressalta-se que o principal levantamento de saúde bucal do Brasil, na edição de 2010, não incluiu áreas rurais, por isso, a condução de estudos que buscam compreender quais as principais dificuldades que as populações rurais ribeirinhas da Amazônia encontram para ter acesso aos serviços de saúde bucal é imprescindível, para que assim possam ser desenvolvidas estratégias e políticas de saúde que visem minimizar essas barreiras e promover a saúde destas populações. A saúde bucal é parte integrante e indissociável da saúde geral, sendo preciso assegurar seu acesso universal e equânime, garantindo o direito social fundamental consagrado na Constituição Federal de 1988.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Acesso e utilização dos serviços de saúde

O conceito de acesso vem sendo aprimorado e revisado por diversos autores ao longo dos anos. Isto demonstra a pluralidade e a complexidade deste tema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Representa um constructo bastante debatido no que tange a justiça social e a equidade. As desigualdades sociais e em saúde são retroalimentadas pelas desigualdades no acesso, juntamente com as diferentes vulnerabilidades e exposições (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Diversos autores concordam que as múltiplas dimensões do acesso são compostas por fatores financeiros e não financeiros (SANCHEZ; CICONELLI, 2012), como é sintetizado abaixo.

O acesso aos serviços de saúde está relacionado com a possibilidade de utilização quando necessário, sendo uma expressão de fatores que facilitam ou dificultam o uso destes pela população (TRAVASSOS et al., 2006). Para Unglert (1990), o acesso é dividido em três dimensões: 1) *acesso geográfico*, relacionado com a distância e o tempo de deslocamento da residência do usuário até o serviço de saúde; 2) *acesso econômico*, relacionado com os custos que o usuário encontrará para obter atendimento, como custos de deslocamento, de medicamentos, e de procedimentos; e 3) *dimensão técnica* que envolve a entrada nos serviços de saúde, incluindo os horários de atendimento e a qualidade da atenção.

Apesar de serem utilizados por vezes de forma ambígua, os termos acesso e acessibilidade não possuem o mesmo significado. Segundo Starfield (2002), a acessibilidade é a entrada nos serviços de saúde, sendo um dos aspectos do sistema ou unidade de saúde fundamentais para obter a atenção no primeiro contato, enquanto o acesso está relacionado com a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Donabedian (1973) é um autor que também utiliza o termo acessibilidade, tendo ainda diferenciado duas dimensões do acesso: o *acesso sócio-organizacional*, referente aos recursos que atrapalham ou facilitam as pessoas de chegarem ao atendimento; e o *acesso geográfico*, que relaciona a distância e o tempo necessário para obter o serviço.

O acesso e a acessibilidade podem ser mensurados através de informações que provêm do usuário e da unidade de saúde (STARFIELD, 2002). Giovanella e Fleury (1995) adotaram quatro dimensões explicativas para analisar a acessibilidade e categorizar o acesso: dimensão econômica (relativa à relação entre a oferta e a demanda), dimensão técnica (relacionada com a organização e a planificação dos serviços), dimensão simbólica (relacionada com as dimensões sociais a respeito do sistema de saúde e também com as dimensões específicas do acesso como a disponibilidade e a capacidade financeira) e, por fim, a dimensão política (relacionada com a organização popular e o desenvolvimento da consciência sanitária).

Além da disponibilidade e da aceitabilidade citadas anteriormente, a capacidade de pagamento e a informação também são consideradas dimensões do acesso. A primeira está relacionada com os custos de utilização dos serviços e a capacidade de pagamento dos usuários, e a segunda é fundamental para o acesso, pois, ter informação é sinônimo de comunicação e vínculo entre os serviços de saúde e o usuário (MCINTYRE; MOONEY, 2007). A ausência ou precariedade das estratégias de comunicação e informação podem dificultar o indivíduo de fazer escolhas adequadas às suas necessidades, o que pode ser minimizado através da educação em saúde, possibilitando que os indivíduos tenham a oportunidade de tomarem decisões favoráveis em saúde (THIEDE; MCINTYRE, 2008).

Neste estudo, o acesso aos serviços foi investigado através das dimensões propostas por Penchansky e Thomas (1981), sendo estas: disponibilidade, acessibilidade, capacidade financeira, aceitabilidade e acolhimento. E ainda, uma dimensão que foi adicionada por Saurman (2016) ao conceito de Penchansky e Thomas (1981), denominada “conscientização”. A disponibilidade e a acessibilidade estão relacionadas com fatores de natureza espacial, a primeira relacionada com a presença de recursos físicos para atender à população e a segunda com o local, o tempo e a distância da residência dos usuários até o serviço de saúde (SERMSUTI-ANUWAT; PONGPANICH, 2018; HOSEINI-ESFIDARJANI et al., 2021). As demais dimensões estão relacionadas com o custo (capacidade financeira dos usuários utilizarem o serviço), fatores culturais (relacionado com a aceitabilidade, onde é levado em consideração a postura dos usuários em relação ao serviço) e a qualidade do serviço (relacionado com a forma de organização do serviço, investigado na dimensão acolhimento) (SERMSUTI-ANUWAT; PONGPANICH, 2018; HOSEINI-ESFIDARJANI et al., 2021). A conscientização refere-se à identificação das necessidades de saúde

dos usuários, além de incluir a alfabetização em saúde bucal como componente desta dimensão (SAURMAN, 2016).

De acordo com Barata (2008), o acesso e a utilização dos serviços refletem as desigualdades e vulnerabilidades presentes na sociedade. Estas vulnerabilidades aos problemas de saúde podem ser analisadas em três dimensões: 1) *vulnerabilidade individual*, referente aos aspectos sociobiológicos e demográficos; 2) *vulnerabilidade social*, relacionada às condições de inserção social no processo produtivo e reprodutivo da sociedade; e 3) *vulnerabilidade programática*, consequência das políticas públicas de saúde e das respostas sociais aos problemas de saúde. Com relação ao uso dos serviços e sua forma de utilização, o uso dos serviços de saúde é considerado um indicador positivo do acesso, porém o acesso não se resume apenas à utilização (ASSIS; JESUS, 2012).

O uso dos serviços de saúde representa todo o contato direto (por exemplo, consultas médicas e hospitalizações) e indireto (por exemplo, realização de exames complementares de diagnóstico) com os serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A utilização dos serviços de saúde pode ser uma iniciativa tanto do usuário, que é o caso mais comum na atenção primária, quanto uma orientação ou exigência do profissional de saúde, caso mais comum na atenção secundária ou terciária. Além disso, o uso pode também ocorrer nos casos de exigência administrativa (STARFIELD, 2002).

A utilização dos serviços de saúde é um comportamento individual resultante de um conjunto de fatores determinantes, incluindo características relativas ao usuário, à organização da oferta dos serviços e ao perfil epidemiológico (FERNANDES et al., 2009). Travassos e Martins (2004) detalharam estes fatores determinantes, que poderiam ser relacionados com o *usuário* (considerando fatores demográficas, socioeconômicas, geográficas, psicossociais e culturais), com os *prestadores de serviço* (compreendendo características demográficas, especialidade e experiência profissional, e forma de pagamento), com a *organização* (relacionada com os recursos disponíveis e características da oferta), bem como as *características políticas* (envolvendo o tipo de sistema de saúde e tipo de seguro saúde). A percepção da necessidade de saúde (morbidade e urgência da doença) é também um fator determinante para que o usuário utilize os serviços de saúde (STOPA et al., 2017).

Foram desenvolvidos diversos modelos teóricos que buscam explicar a relação entre a utilização dos serviços de saúde e seus determinantes. Dentre estes, o de

maior aplicação é o modelo comportamental de Andersen, reconhecido como um dos mais abrangentes devido às atualizações que sofreu ao longo dos anos (PAVÃO; COELI, 2008). Em sua primeira versão, o desfecho é determinado por três conjuntos de fatores individuais: fatores predisponentes, fatores capacitantes e fatores relacionados às necessidades em saúde (ANDERSEN, 1973). Os fatores predisponentes são aqueles que existem previamente e que interferem na predisposição dos usuários em utilizar os serviços de saúde. Os fatores capacitantes relacionam-se com os meios disponíveis para facilitar a utilização o serviço, como a renda, a disponibilidade dos serviços, entre outros. Já as necessidades em saúde podem ser diagnosticadas pelo profissional ou percebidas do usuário e induzi-lo ao uso (ANDERSEN, 1973).

Em uma versão posterior do modelo de utilização, Andersen aproxima-se do conceito de acesso ao incorporar novas dimensões ao modelo: o acesso potencial, acesso realizado, acesso efetivo e acesso eficiente (ANDERSEN, 1995). O acesso *potencial*, é relacionado com a presença de fatores capacitantes individuais que ampliam ou limitam o uso; o *acesso realizado*, representa o uso dos serviços propriamente dito; o *acesso efetivo* é resultante do uso dos serviços que geram melhoria nas condições de saúde ou a satisfação dos usuários com o serviço; e por fim, o *acesso eficiente*, representa a mudança na situação de saúde ou a satisfação em relação ao serviço de saúde utilizado (ANDERSEN, 1995).

Os autores Donabedian (1973) e Andersen (1995) concordam que o termo acesso é um aspecto do serviço de saúde fundamental para a compreensão do padrão de utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Os diferentes conceitos de acesso aprimorados ao longo dos anos, propõem que acesso retrate o 'grau de ajuste' entre a comunidade e os serviços de saúde, ou ainda, que este é a liberdade de usar os serviços de saúde (THIEDE e MCINTYRE, 2008). O Quadro 1 apresenta uma síntese das definições mais relevantes para a compreensão da definição do constructo acesso.

Quadro 1. Síntese das principais definições de acesso

Autor	Ano	Conceito
Donabedian A.	1973	O autor utiliza o termo <i>acessibilidade</i> . Está relacionada com a capacidade de produção de serviços de saúde que respondam às necessidades de uma população. Há duas dimensões de acessibilidade: a geográfica e a sócio-organizacional.
Andersen RM, Newman JF.	1973	Utilizam o termo <i>acesso</i> , definido como parte integrante dos serviços de saúde, relacionado com a entrada no serviço e a continuidade do tratamento. Determinado pela relação entre fatores predisponentes, capacitantes e de necessidades em saúde.
Penchansky DBA, Thomas JW.	1981	Utilizam o termo <i>acesso</i> , e este está relacionado com o ajuste entre clientes e o sistema de saúde. Incluíram outras dimensões que compõem o conceito de acesso: disponibilidade, acessibilidade, acolhimento, capacidade de compra e aceitabilidade.
Frenk J.	1985	O autor utiliza o termo <i>acessibilidade</i> , baseado nos conceitos de Donabedian (1973). Este autor contribui com a inserção do fluxo de eventos que ocorrem entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários. A acessibilidade seria a relação entre os obstáculos para procurar e obter cuidados (“resistência”) e a capacidade da população para superar tais obstáculos (“poder de utilização”).
<i>Institute of Medicine</i> (IOM) dos Estados Unidos	1993	Define <i>acesso</i> como o uso dos serviços de saúde em um tempo adequado a fim de obter o melhor resultado.
Andersen RM.	1995	Atualiza o seu conceito proposto em 1973 e o torna multidimensional, ao incorporar novos elementos: o acesso potencial, acesso realizado, acesso efetivo e acesso eficiente.
Giovanella e Fleury	1995	Utilizam o termo <i>acesso</i> . Adotaram quatro dimensões explicativas para analisar a acessibilidade e categorizar o acesso: política, econômica, técnica e simbólica.
Starfield B.	2002	A autora difere <i>acesso</i> de <i>acessibilidade</i> . Acessibilidade está relacionada às características da oferta e acesso seria a forma como as pessoas compreendem a acessibilidade.

2.1.2 Determinantes do uso dos serviços de saúde

No Brasil, com a Constituição Federal de 1988 o acesso às ações e serviços de saúde passou a ser um direito fundamental, devendo ser garantido pelo Estado mediante a implementação de políticas públicas. A Lei 8.080/90 instituiu o SUS, apresentando como princípios e diretrizes a universalidade no acesso, igualdade, integralidade, participação da comunidade e descentralização político-administrativa (VIACAVA et al., 2018). Apesar do acesso à saúde ser legalmente um direito assegurado dos cidadãos, na prática ainda se presencia uma realidade excludente e desigual de acesso ao SUS (ASSIS; JESUS, 2012).

Os suplementos da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) investigam o tema “acesso aos serviços de saúde” através de inquéritos domiciliares desde 1980, que passaram a ser realizados a cada cinco anos a partir de 1998. Os dados obtidos através da PNAD são fundamentais para a coleta de informações que permitam monitorar o desempenho das políticas públicas de saúde, bem como captar o cenário do acesso e uso dos serviços de saúde pela população (VIACAVA et al., 2010). Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), ampliou os temas abordados na PNAD, coletando informações sobre acesso e uso dos serviços disponíveis e a continuidade dos cuidados, bem como sobre as condições de saúde, fatores de risco e proteção na população brasileira (STOPA et al., 2017).

Ao analisar os resultados obtidos entre a PNAD de 1998 e 2008 foram observadas grandes variações na utilização dos serviços de saúde. Houve um aumento do acesso nas regiões mais carentes, bem como da integralidade do cuidado, porém ainda existiam desigualdades geográficas e sociais, refletidas principalmente no acesso aos serviços odontológicos e de mamografia (VIACAVA et al., 2010). Viacava e Bellido (2016), analisaram algumas dimensões da PNS 2013 – condições de saúde, acesso e uso de serviços e tipo de pagamento – e observaram que mesmo com melhoras em todas as regiões, as grandes diferenças regionais ainda eram refletidas nas dimensões analisadas, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, como o menor uso dos serviços de saúde e pior avaliação da condição de saúde.

Dantas e colaboradores (2021) realizaram um estudo também utilizando os dados da PNS de 2013 e definiram o desfecho acesso precário como “não ter

conseguido atendimento na última vez que procurou e não tentou novamente por falta de acessibilidade”. O estudo mostrou uma prevalência de 18,1% de acesso precário aos serviços de saúde, com grandes desigualdades na população. Esta precariedade foi mais prevalente nos indivíduos pretos e pardos, sem escolaridade, com idades entre 18 e 24 anos e residente nas regiões Norte e Nordeste. Além disso, observaram que apresentar muitas morbidades atuava como um facilitador no acesso aos serviços, o que poderia ser explicado pelo sistema de saúde muitas vezes ser orientado para o tratamento de doenças e não para a realização de ações preventivas ou de promoção à saúde.

A partir dos dados dos inquéritos populacionais da PNS de 2013 e 2019, Giovanella e colaboradores (2021) buscaram analisar a evolução da ESF no território nacional. Os autores encontraram que houve um aumento da cobertura em todos os quintis de renda e em todos os níveis de escolaridade, tendo um alcance de 62,6% dos brasileiros em 2019, um aumento de 11,6% ao comparar-se com 2013, sendo maior na área rural e nas regiões Sul e Nordeste. O estudo ratifica a importância da ESF como política de equidade e como principal modelo da atenção primária a saúde (APS) no SUS e que as recentes mudanças na política nacional podem ameaçar os avanços alcançados, incluindo no acesso aos serviços de saúde.

A PNS 2013 mostrou, ainda, um aumento na realização de consultas odontológicas quando comparada à PNAD 2008, sendo mais prevalente entre aqueles com maior renda, escolaridade, com cobertura de saúde privada e residentes nas regiões mais ricas do país (MULLACHERY et al., 2016). Baixa proporção de consultas odontológicas foi encontrada principalmente nos residentes da região Norte (STOPA et al., 2017). Além disso, residentes de áreas cobertas pela ESF possuíam uma maior probabilidade de utilização dos serviços de saúde (MULLACHERY et al., 2016).

Outro estudo que analisou os dados da PNS 2013, buscou avaliar se a associação de fatores individuais e contextuais com a utilização de serviços odontológicos, empregando o modelo comportamental de Andersen, estavam relacionados com os seguintes desfechos: a não utilização dos serviços de saúde, bem como a última consulta há mais de 12 meses (HERKRATH et al., 2018). O estudo encontrou que fatores contextuais predisponentes e fatores facilitadores foram associados com a não utilização dos serviços odontológicos. As características contextuais de vulnerabilidade social, assim como a organização do serviço de saúde influenciaram a não utilização do serviço odontológico. Já a predisposição individual

e as necessidades em saúde, onde pode-se citar: sexo, escolaridade, raça/cor da pele, plano de saúde, renda, perda dentária e autopercepção da saúde bucal foram associados com os dois desfechos citados (HERKRATH et al., 2018).

Galvão e colaboradores (2021) realizaram um estudo utilizando os dados da PNS 2019, cujo desfecho foi a utilização do serviço odontológico público. Foi também utilizado o modelo comportamental de Andersen para selecionar as variáveis independentes. Os autores encontraram que apenas 23,1% das pessoas utilizaram os serviços odontológicos públicos, e as análises univariadas mostraram uma diminuição do uso com o aumento da idade e uma menor prevalência para o sexo masculino. Menor renda e escolaridade mostraram-se associadas com o maior número de consultas odontológicas no SUS nos últimos 12 meses. O estudo mostrou que as características individuais e contextuais influenciavam a utilização do serviço odontológico público, concordando com os achados de Herkrath e colaboradores (2018), que analisaram os dados da PNS 2013.

Uma revisão sistemática cujo objetivo era abordar o acesso aos serviços odontológicos, utilizando o modelo teórico de Pechansky e Thomas (1981), buscou identificar as barreiras e os facilitadores que os refugiados e requerentes de asilo político enfrentavam nos países que o recebiam, e encontrou como barreiras ao acesso o alto custo do tratamento odontológico, a localização geográfica dos serviços e sugeriu como facilitador do acesso o uso de unidades móveis ou unidades comunitárias. A escassez dos serviços odontológicos públicos foi considerada uma barreira significativa do acesso aos serviços. Os autores ressaltaram ainda que dimensões podem agir de forma individual ou em conjunto e influenciar o acesso aos serviços (PAISI et al., 2020).

2.2 Saúde de populações rurais

A diferenciação formal entre rural e urbano só foi necessária a partir do século XIX quando houve uma aceleração da urbanização através da Revolução Industrial. Desde então, essa classificação foi discutida através de duas vertentes: a dicotomia e o *continuum* (DAVOUDI; STEAD, 2002). A linha dicotômica é um modelo baseado na oposição entre os polos, bem delimitados, autônomos e excludentes (IBGE, 2017). A linha *continuum* adota que não existe uma divisão específica entre rural e urbano,

mas que há uma continuidade que varia entre o bastante rural e o demasiado urbano (CASTREE et al., 2013).

O marco legal da divisão territorial brasileira deu-se por meio do Decreto-lei nº 311, de 02 de março de 1938, através do qual houve a regulamentação da distinção entre cidade e vila, sendo assegurado que os nomes fossem os mesmos dos municípios e distritos que sediavam, e tudo que estivesse fora dessa delimitação corresponderia ao rural (LIMA, 2007). De acordo com o manual da base territorial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a área rural é caracterizada pelo uso rústico do solo, com baixa densidade habitacional, com grande extensão de terra, abrangendo florestas, campos, lavouras, pastos, entre outros. Uma das estratégias adotadas pelo manual para não se limitar à divisão legal dos territórios, foi considerar as características morfológicas das áreas para a classificação de frações do território (IBGE, 2014).

Em 2010, foi realizada uma sistematização dos critérios e técnicas existentes para fazer a classificação de urbano ou rural, são estes: densidade demográfica, delimitação político-administrativo, o porte populacional e a ocupação econômica da população (ENDLICH, 2010). Delimitar as áreas rural e urbana é importante para a gestão dos territórios e a elaboração de políticas públicas. A avaliação dessas áreas utilizando abordagens como a morfológica, a demográfica, legal, econômica, cultural, entre outras, mesmo que de forma combinada, deve ser considerada como uma aproximação parcial do real (IBGE, 2017).

Segundo Gomes (2018), a atual base teórica para definição de “espaço rural” ainda não possui um consenso de definição, pois trata-se não só de um conceito geográfico, mas também de uma representação social, levando em consideração uma comunidade, sua história, cultura e modo de vida. No Brasil, a área rural é definida por oposição e exclusão à área urbana, porém esta definição não considera os processos econômicos e sociais que envolvem os territórios, sendo físico-geográfica e arbitrária (MIRANDA; SILVA, 2013). Entre os anos de 1950 e 2010, o Brasil passou de uma sociedade rural e tradicional para uma urbana e moderna (DUARTE; BARRETO, 2012) e isso passa a demandar abordagens multidimensionais para classificar o território (IBGE, 2017).

O Brasil rural apresenta singularidades e especificidades próprias de cada região do país, expostas a diferentes riscos e agravos de saúde, e estes precisam ser reconhecidos e cuidados pela APS (PESSOA et al., 2018). Por isso, em dois de

dezembro de 2011, através da Portaria nº 2.866, a população rural foi denominada de população do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA), definida como a “população que têm seu modo de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo” (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) busca garantir o direito e o acesso à saúde através do SUS e seus princípios como a universalidade, equidade e integralidade. Esta política reconhece os determinantes sociais de saúde destas populações, apontando para a necessidade de ações intersetoriais para a promoção da saúde, sendo, portanto, uma política de caráter transversal, que abrange as diferentes áreas, setores e instituições para sua operacionalização. Estudos realizados com esses grupos demonstram um perfil de saúde mais precário em comparação com populações urbanas, além de limitações no acesso e na qualidade nos serviços de saúde e ainda um saneamento ambiental deficiente (SOARES et al., 2015).

Segundo o Censo Demográfico de 2010, cerca de 15,6% da população brasileira vivia em áreas rurais, porém a diversidade dessa população ainda é um tema pouco abordado em pesquisas científicas, principalmente na área de saúde pública (RODRIGUES; RIBEIRO, 2020). Há um perfil epidemiológico diferenciado para essas populações, pois ainda persistem doenças infecto parasitárias, doenças relacionadas ao trabalho, incluindo lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, intoxicações por agrotóxicos e intoxicações por metais pesados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Um dos objetivos da PNSIPCFA é valorizar e reconhecer os saberes e as práticas tradicionais de saúde dessas populações. Por isso, as ações de educação permanente e educação popular em saúde devem integrar os saberes e práticas tradicionais com os saberes e práticas do serviço de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Um estudo verificou que três fatores favoreciam o desenvolvimento das práticas tradicionais de saúde nessas populações: cultura, dificuldade no acesso aos serviços de saúde e dificuldades econômicas (RÜCKERT et al., 2018). Essas práticas têm origem nos antepassados, na aprendizagem familiar e nas experiências vivenciadas, são caracterizadas por uma relação de respeito com a natureza, pelo

cuidado humanizado, pela solidariedade e por uma concepção holística de saúde (RÜCKERT et al., 2018).

O pressuposto de “Saúde para todos nos anos 2000” e a proposta de universalidade em saúde na Declaração de Alma-Ata ainda são uma realidade distante para a população rural e de áreas remotas no mundo todo (STRASSER, 2003). A necessidade de qualificação e ampliação do acesso a serviços de saúde para as PCFA foi constatada ao reconhecer as insuficiências e vazios assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). A APS é fundamental para enfrentar as iniquidades em saúde nas áreas rurais (FRANCO et al., 2021), quando organizada em torno de atributos como responsabilidade do cuidado longitudinal com o paciente, garantia do cuidado integral e do acesso aos serviços, a coordenação da rede de cuidado e de diversos serviços e ações voltados para a comunidade, centrados na família e tendo competência cultural (STARFIELD, 2002).

Apesar de o Brasil ter conquistado êxito em alguns campos da saúde rural, ainda há uma lacuna de conhecimentos acerca dos determinantes sociais atuantes na população rural, ou seja, sobre a saúde dos povos indígenas, ribeirinhos, quilombolas, pantaneiros, caboclos, dentre outros. Por isso, é importante conhecer o brasileiro rural, bem como os desafios enfrentados nos cuidados com sua saúde (COIMBRA Jr., 2018). A pesquisa em saúde rural auxilia a compreensão da saúde no contexto rural, tornando-se um instrumento de justiça social, em especial quando utiliza métodos que visem o empoderamento e permitam a investigação ampliada de toda a complexidade envolvida nos fenômenos em questão (PESSOA et al., 2018).

Para Link e Phelan (1996), ser residente de área rural *per se* pode ser uma raiz das iniquidades em saúde. Estes autores definiram quatro características de uma causa social fundamental: 1) há influência nos resultados de saúde ou em múltiplas doenças; 2) estes resultados são afetados devido à exposição a vários fatores de risco; 3) prejudica o acesso a recursos que poderiam ser utilizados para diminuir as consequências das doenças ou diminuir os riscos; e 4) esta integração entre saúde e a causa fundamental acontece ao longo do tempo ao substituir-se as formas de intervenção. Para a diminuição ou eliminação das disparidades em saúde é essencial monitorar a equidade no estado de saúde, comparando os indicadores de saúde entre os diferentes grupos populacionais, até mesmo entre as distintas populações rurais, uma vez que podem existir grupos mais vulneráveis às iniquidades em saúde do que outros (LUTFIYYA et al., 2012).

2.2.1 Acesso e uso dos serviços de saúde por populações rurais

De acordo com revisão de literatura realizada por Franco e colaboradores (2021), a dificuldade de ter acesso aos serviços de saúde nas comunidades rurais brasileiras, estava relacionada com a localização destas comunidades, havendo barreiras maiores para grupos populacionais mais vulneráveis, como idosos, pobres e pessoas com deficiência. O estudo destaca também que a concentração dos serviços nos centros urbanos representa uma barreira adicional para a população rural e que o investimento em tecnologias de informação e comunicação são essenciais para as áreas rurais, visando a ampliação do acesso e dos cuidados em saúde. Além disso, os autores também enfatizam a vantagem de se ter uma gestão baseada na comunidade.

A gestão baseada na comunidade compreende a própria comunidade planejando e implementando uma intervenção em seu território. O objetivo final desta estratégia é aperfeiçoar as intervenções em saúde pública e assim ter a garantia que os serviços alcancem a todos que necessitam (THE CDI STUDY GROUP, 2010). Assim, abordagens planejadas para a área urbana não seriam acriticamente replicadas para o meio rural (FRANCO et al., 2021). Um estudo realizado em países da África observou que intervenções contra a malária realizadas através da gestão baseada na comunidade, obtiveram eficácia superior a 50% no combate à malária quando comparada às abordagens tradicionais, incluindo dentre os desfechos avaliados a cobertura com mosquiteiros impregnados com inseticida e o percentual de crianças tratadas adequadamente (THE CDI STUDY GROUP, 2010).

O difícil acesso à saúde nas comunidades rurais também está relacionado com a má distribuição da força de trabalho, sendo um dos grandes desafios o recrutamento e a fixação dos profissionais de saúde nessas áreas (SCHOO et al., 2016). Em um estudo realizado na Austrália, foi observado que a população da área rural além de ter um pior acesso aos serviços de saúde, apresentavam maiores taxas de doenças, hospitalizações e óbitos, além de maior exposição aos fatores de risco para a saúde, quando comparadas com a população urbana (AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, 2008). Há, ainda, uma maior prevalência de doenças

crônicas nas comunidades rurais, uma vez que a prevenção e a intervenção precoce são mais dificilmente realizadas (SCHOO et al., 2016).

Em um estudo realizado na área rural de Gana, que avaliou as barreiras de transporte para o acesso aos serviços de saúde materno-infantil, foi observado que o fato das redes rodoviárias e dos meios de transportes serem praticamente inexistentes, além de outros fatores determinantes como a pobreza, dificultavam ou até mesmo impossibilitavam o acesso às unidades de saúde (ATUOYE et al., 2015). Em outro estudo conduzido no Brasil, verificou-se que adolescentes da área rural apresentavam alta prevalência a vários fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, um dado preocupante uma vez que as populações rurais tendem a não ter um bom acesso à informação e aos serviços de saúde como a população urbana (SANTOS et al., 2021).

A dificuldade no acesso aos serviços odontológicos, a desinformação sobre a saúde bucal e aspectos socioeconômicos estão relacionados com a alta prevalência de cárie dentária nas populações rurais (MELLO et al., 2005). Há escassez de estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal da população rural brasileira, comprometendo o conhecimento sobre a saúde bucal destes indivíduos que possuem dificuldades de acesso não só aos serviços de saúde, mas aos serviços públicos em geral, com precariedade dos serviços de transporte, ausência de sistemas de tratamento de águas, coleta de lixo e esgotamento sanitário, fatores que podem também comprometer a saúde desta população (SALIBA et al., 2010).

Um estudo cujo um dos objetivos específicos foi investigar se existia diferença nos fatores preditores da utilização dos serviços odontológicos entre a população urbana e rural, observou que a população rural apresentava um maior número de adultos que nunca tinham visitado um dentista, além de utilizarem o serviço odontológico com menos frequência que a população urbana (HERKRATH et al., 2020). O estudo sugeriu ainda que as barreiras do acesso eram mais fáceis de serem superadas por aqueles que possuíam melhores recursos financeiros e que a cobertura da atenção primária estava associada à utilização dos serviços em ambos os contextos. Maior escolaridade também foi associada à utilização dos serviços odontológicos, já a idade mais avançada e ser do sexo masculino associaram-se a uma menor utilização dos serviços, principalmente na área rural (HERKRATH et al., 2020).

Skilman e colaboradores (2010), levando em consideração a realidade das áreas rurais dos Estados Unidos, descreveram algumas soluções e intervenções que poderiam melhorar a saúde bucal dos residentes destas localidades. Dentre estas incluem-se a expansão da fluoretação das águas, educação em saúde bucal, serviços odontológicos preventivos e encaminhamento para serviços especializados, oferta de serviços de mudanças de comportamento para adultos, incentivo para profissionais atuarem nas áreas rurais, estágio de alunos da área da saúde nas áreas rurais, permitir maior autonomia aos técnicos em saúde bucal e capacitar outros profissionais da saúde para promover a saúde bucal. Os autores também propõem soluções que poderiam superar as barreiras geográficas como o uso de clínicas móveis e o uso da tecnologia de telessaúde para consultas, diagnósticos e educação continuada.

Um estudo de intervenção realizado na Nigéria, envolvendo populações de áreas urbanas e rurais, buscou avaliar a conscientização em saúde bucal em relação ao tratamento periodontal e observou que o único fator significativo sobre a conscientização foi a localização geográfica dos participantes, urbana ou rural, sugerindo que para diminuir as diferenças entre estas populações são necessárias políticas e planejamentos em saúde que reconheçam suas especificidades (AKAJI et al., 2018). Um incremento quantitativo de atividades educativas de prevenção e de consultas odontológicas, mostrou-se capaz de reduzir a incidência de cárie dentária em crianças, tanto na área urbana quanto na rural (BIORDI et al., 2015).

Ter uma saúde bucal ruim pode também afetar a qualidade de vida das crianças, incluindo baixa autoestima, pior desempenho escolar e até mesmo o desempenho destas no futuro, ao longo do curso de vida. Por isso, é importante que crianças tenham acesso aos serviços odontológicos, de forma segura, eficaz, eficiente e equânime (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2010). Um estudo realizado na área rural do sul do Brasil, que avaliou se a criança frequentar escola ou creche e se a educação em saúde bucal prévia das mães influenciava o atendimento odontológico regular das crianças, encontrou que pouco mais de 11% dos pré-escolares dessa área utilizaram os serviços odontológicos regularmente e as crianças que frequentavam a escola ou creche e cujas mães tinham conhecimentos prévios sobre a saúde bucal utilizavam os serviços odontológicos com maior regularidade (CAMERINI et al., 2019).

Uma investigação realizada com residentes da área rural e urbana do sul do Brasil buscou explorar, através do contexto sociocultural, como pacientes com 60

anos ou mais e os profissionais de saúde bucal interpretavam os problemas dentários. Os autores identificaram quatro temas que emergiram a partir da análise dos resultados: 1) crença cultural de substituir os dentes por dentaduras; 2) limitação dos serviços odontológicos, sendo que na maioria das vezes apenas a extração e a prótese dentária eram opções de tratamento; 3) a decisão de extrair os dentes como único tratamento odontológico para alívio da dor; e 4) expectativa de mudança dos serviços odontológicos nas gerações futuras (GOULART et al., 2018).

A autoavaliação da saúde bucal considera a experiência subjetiva dos indivíduos. É uma medida multidimensional, além de ser um resumo das condições objetivas da saúde bucal, considerando a funcionalidade, valores culturais e sociais que possam estar relacionadas (SHIELDS; SHOOSHTARI, 2001). Na busca por estimar a autopercepção negativa da saúde bucal e possíveis fatores associados na área rural do estado de Pernambuco, Moura e colaboradores (2014) verificaram que a percepção negativa da saúde bucal foi elevada na área rural, associada à necessidade autorreferida de tratamento odontológico, à raça/cor da pele autodeclarada não branca e ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos.

2.3 Acesso aos serviços de saúde bucal por populações rurais ribeirinhas

A Amazônia brasileira corresponde a cerca de 60% do território nacional e aproximadamente um terço pertence ao estado do Amazonas (IBGE, 2020). As populações ribeirinhas da Amazônia vivem às margens dos rios e lagos da Amazônia e são representados por diferentes grupos, como indígenas, migrantes de outras regiões, nordestinos, entre outros. O modo de vida ribeirinho possui influência principalmente da sazonalidade dos rios (cheia e vazantes), do vasto território e da dispersão demográfica, da floresta tropical e do clima equatorial úmido. Esses fatores contribuem para as iniquidades de acesso à saúde e outras desigualdades em relação às demais regiões brasileiras (GAMA et al., 2018).

Os rios possuem uma grande influência no modo de vida dos ribeirinhos, inclusive na forma de construção de suas moradias, como as palafitas construídas alguns metros acima dos níveis dos rios para não alagarem em períodos de cheia ou casas flutuantes que acompanham os níveis dos rios (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2021). A mobilidade humana dos ribeirinhos ocorre principalmente através do transporte hidroviário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Este é um território fluido, com características que mudam sazonalmente através das cheias e vazantes, tornando o rio um elemento que liga as pessoas, os serviços e as instituições (KADRI et al., 2019).

A implementação da ESF, em especial com a implementação das equipes ribeirinhas e fluviais, melhorou o acesso à saúde em muitas localidades ribeirinhas. Ainda assim, muitas pessoas permanecem em isolamento geográfico e por isso uma alternativa nesses casos seria a utilização de estratégias como a telemedicina nessas áreas, melhorando a eficiência do sistema de saúde, a qualidade dos atendimentos e gerando outros benefícios como a expansão da assistência terciária em saúde (MACHADO et al., 2010). A Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF) é também um modelo que possibilita a inclusão das populações ribeirinhas que até então eram excluídas da atenção à saúde, contribuindo com a superação de iniquidades em saúde nesta região (KADRI et al., 2019). Porém, é importante ressaltar que promover saúde nesse território requer ações intersetoriais que possam garantir saneamento básico, educação e redução da pobreza (KADRI et al., 2019).

Investigações sobre o acesso aos serviços de saúde na Amazônia legal são escassos. Um indicador importante para a avaliação da APS é a estimativa da cobertura assistencial, mas para a análise das populações rurais da região Norte é necessário levar em consideração as singularidades do acesso dessas populações, pois nem sempre a elevada cobertura é sinônimo de um acesso adequado (GARNELO et al., 2018). Uma ferramenta importante para a identificação de determinantes de morbidade e desigualdades sociais são os inquéritos populacionais de saúde, mas há poucas informações epidemiológicas sobre a população ribeirinha da Amazônia (GAMA et al., 2018).

Um estudo realizado com a população ribeirinha do município de Coari, no Amazonas, buscando descrever as características do acesso aos serviços de saúde dessa população, observou que esta população apresentava baixa escolaridade e nível socioeconômico, o que poderia afetar diretamente no modo de gerir sua saúde e dificultando o desenvolvimento econômico. As questões geográficas também influenciavam bastante no acesso aos serviços de saúde. Além disso, os autores constataram, ao analisar a demanda por serviços e profissionais de saúde, que os ribeirinhos buscavam primeiramente por serviços hospitalares e por atendimento médico. Os agentes comunitários de saúde (ACS) e os farmacêuticos também eram

procurados para resolução dos problemas de saúde. O acesso à atenção primária era limitado, principalmente pela dificuldade em agendar atendimento (GUIMARÃES et al., 2020).

Avaliação da saúde bucal realizada com a população residente das margens dos rios Machado e Preto, na região norte do estado de Rondônia, observou um alto índice de cárie dentária em todas as faixas etárias analisadas. Os autores observaram que o pouco conhecimento sobre saúde bucal e as práticas inadequadas de higiene oral conduziram ao quadro encontrado nessa população (SILVA et al., 2008). Os altos índices de cárie dentária podem também ser influenciados pelas dificuldades no acesso aos serviços de saúde bucal, a ausência de água fluoretada para consumo e a necessidade de estratégias de educação em saúde bucal (DEANGELIS; WARREN, 2001).

Ao realizarem atividades preventivas e educativas em saúde bucal em oito localidades ribeirinhas localizadas na região do Alto Arapiuns, no estado Pará, Do Amaral e colaboradores (2017) observaram que o conhecimento em saúde bucal adquirido com as atividades realizadas foi incorporado no dia a dia das comunidades através das mudanças de hábitos diários. Por exemplo as crianças passaram a escovar os dentes ao menos duas vezes ao dia durante os banhos no rio, os professores introduziram na escola a rotina de escovação dentária após a merenda e não houve absenteísmo escolar devido à dor dentária no período do estudo.

Visando avaliar as práticas em saúde bucal da população do distrito de Tabajara, às margens do Rio Machado, em Rondônia, foi realizado um estudo quanti-qualitativo nesta região. Os autores encontraram que diante da dor dentária, 50% dos participantes afirmaram que recorriam a práticas alternativas (chás e simpatias) para seu tratamento, além de referirem bochechos com óleo de copaíba, colocar alho em algodão e inserir no dente dolorido, bochechos com chá da rama da batata, dentre outros. Um achado interessante foi com relação a ter dente escurecido, manchado ou fraturado, para as quais 15% dos respondentes afirmaram achar normais estas condições. Observou-se que o conhecimento e a compreensão da cultura local são essenciais para a elaboração de estratégias de promoção em saúde bucal na população estudada, visando a aceitação e a minimização das diferenças culturais com os profissionais de saúde (SILVA et al., 2010)

Um estudo buscou avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de populações rurais ribeirinhas do estado do Pará, utilizando o questionário *Oral Health*

Impact Profile (OHIP-14). Foram avaliadas uma localidade urbana e duas ribeirinhas para fins de comparação. Os autores observaram que o OHIP apresentou valores mais elevados nas comunidades ribeirinhas, com médias de 8,85 e 8,10, enquanto na área urbana a média foi de 6,27. A prevalência de impacto da condição bucal na qualidade de vida foi de 61,5% e de 75,8% para as comunidades ribeirinhas, enquanto no contexto urbano a prevalência de impacto foi de 48,2% (MAIA et al., 2018). Possivelmente, esse maior impacto esteja relacionado com a ausência de serviços, a distância geográfica e limitações nos sistemas de transporte (MAIA et al., 2018).

O baixo nível econômico, aliado às limitações geográficas e o ambiente em constante mudança constituem barreiras ao acesso aos serviços de saúde para as populações ribeirinhas e para a melhoria das suas condições de vida (GAMA et al., 2018). Estudos sugerem que existem iniquidades além das anteriormente citadas, que se associam a níveis mais amplos dos determinantes sociais, como a posse de meios de transportes e a existência de poder aquisitivo (GARNELO et al., 2018). Torna-se necessária a implementação de estratégias que propiciem o acesso aos serviços de saúde para os ribeirinhos, de forma a garantir a integralidade e a universalidade da assistência à saúde dessa população (GUIMARÃES et al., 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar quais as principais barreiras e os facilitadores do acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por adultos residentes em área rural ribeirinha do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever a utilização dos serviços de saúde bucal por adultos residentes em área rural ribeirinha do Rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Conhecer a autopercepção da saúde bucal e dor dentária em adultos residentes em área rural ribeirinha do rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Testar se a utilização dos serviços de saúde bucal estava associada a características sociodemográficas, morbidade bucal referida e autopercepção da saúde bucal dos adultos residentes em área rural ribeirinha do rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Investigar o acesso aos serviços de saúde através da percepção dos usuários adultos residentes em área rural ribeirinha do rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Compreender o acesso e uso dos serviços de saúde bucal por adultos residentes em área rural ribeirinha rio Negro, Manaus, Amazonas.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Foi realizado um estudo de métodos mistos, segundo o modelo explanatório-sequencial. Este delineamento metodológico é caracterizado pela coleta e análise dos dados quantitativos em uma primeira etapa da pesquisa e a partir destes resultados, é realizada a coleta e análise de dados qualitativos (FETTERS et al., 2013).

4.2 Local e população de estudo

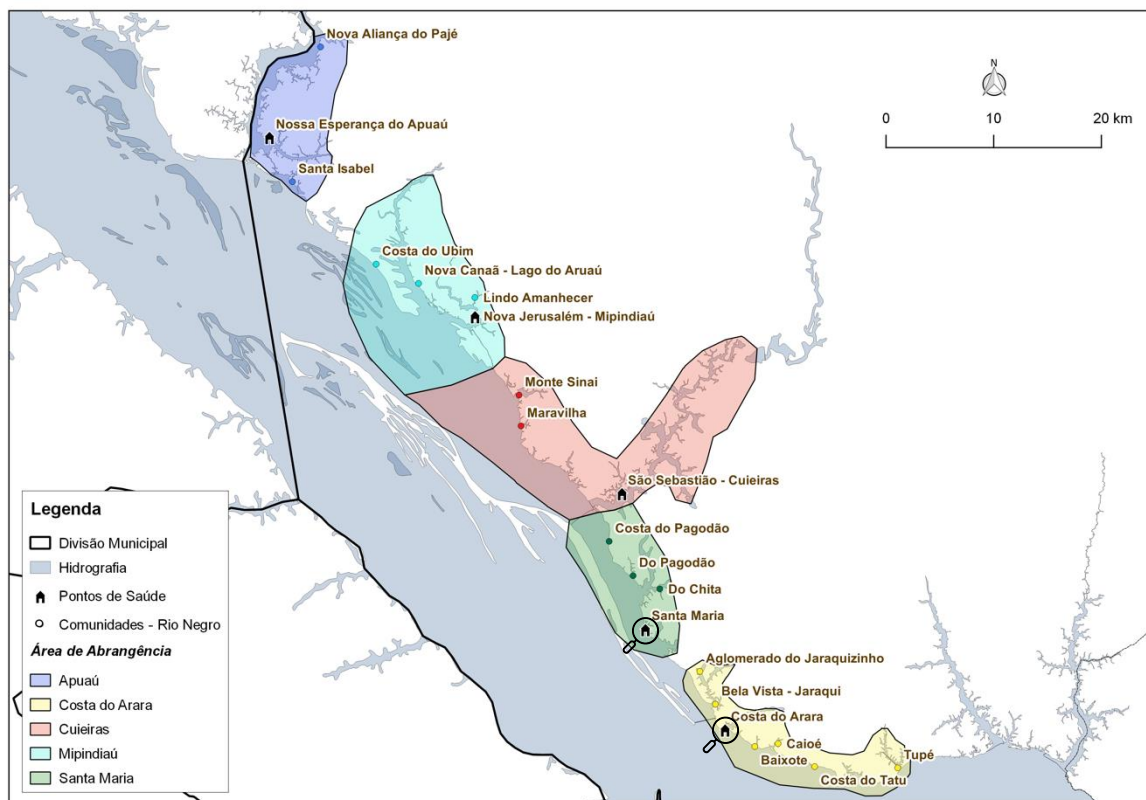
A população de estudo foi composta por moradores adultos dos territórios de abrangência das comunidades de Santa Maria e Bela Vista do Jaraqui, situadas na margem esquerda do rio Negro, Manaus, Amazonas. As localidades investigadas situam-se em área rural ribeirinha de atuação da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, Amazonas, acessíveis apenas por via fluvial. A comunidade de Bela Vista do Jaraqui dista em linha reta 46 Km da área urbana de Manaus e a comunidade de Santa Maria situa-se a 55 Km da área urbana em linha reta. No que diz respeito à atenção à saúde, estas localidades são situadas na área de abrangência de uma unidade básica de saúde fluvial (UBSF) da secretaria de saúde do município. Esta UBSF é responsável pela oferta de serviços de atenção primária à saúde em cinco territórios: Apuaú, Mipindiaú, São Sebastião do Cueiras, Santa Maria e Costa do Arara (Figura 1), cada um tendo suas microáreas de abrangência e cuja organização do cuidado se articula ao regime itinerante da UBSF, que atraca em 13 pontos em viagem mensal. Os únicos profissionais da equipe fixados no território são os ACS, sendo que os demais se deslocam com a unidade fluvial (GARNELO et al., 2020).

Esta UBSF realizava atendimentos nas comunidades uma vez ao mês, no período de um dia. Os horários eram divididos de acordo com a localização do domicílio, em um período do dia eram atendidos os moradores das sedes das comunidades onde a UBSF aportava, e no outro período do dia eram atendidos aqueles que moravam nos igarapés adjacentes. Na comunidade de Santa Maria, eram atendidas cinco comunidades localizadas nos igarapés adjacentes (comunidade do

Chita, comunidade do Pagodão, comunidade do Solimõezinho, Igarapé do Mucura e Igarapé do Tucumã), em apenas um período do dia e no outro período os moradores de Santa Maria. Já na comunidade de Bela Vista do Jaraqui (maior comunidade do território de Costa do Arara), um período do dia era para os que moravam nesta comunidade e no outro, para os moradores que moravam no igarapé adjacente, conhecido como “Jaraquzinho”. Os agendamentos eram solicitados através dos ACS de cada localidade ou pelo próprio dentista para dar continuidade ao tratamento já iniciado dos pacientes.

Todos os moradores adultos residentes nas duas localidades rurais ribeirinhas eram elegíveis para participar do estudo. O tamanho amostral obtido de 157 moradores adultos representa um poder de 80% em detectar associações significativas ao nível de 5%, considerando coeficientes exponenciados ($\exp[\beta_1]$) de 1,3 e a prevalência observada no estudo do desfecho de interesse (base rate \exp) em uma regressão de Poisson.

Figura 1. Microáreas cobertas pela Unidade Básica de Saúde Fluvial responsável pelo território e destaque para as duas comunidades ribeirinhas incluídas no estudo.



4.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos no estudo indivíduos com 18 anos ou mais de idade, residentes no território das comunidades selecionadas há pelo menos um ano. Os critérios de exclusão abrangeram aqueles indivíduos que apresentavam déficit progressivo na função cognitiva, com destaque para a perda de memória (ex: doença de Alzheimer, comprometimento cognitivo vascular ou demência na doença de Parkinson) ou que apresentavam incapacidade cognitiva por doenças mentais (ex: esquizofrenia ou deficiência intelectual).

4.4 Coleta de dados

A pesquisa foi composta por duas etapas, a primeira foi um inquérito populacional transversal de base domiciliar, utilizando como instrumento de pesquisa um questionário adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2020), dividido em três blocos: 1) Caracterização demográfica e socioeconômica; 2) Utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal referida; 3) Autopercepção da saúde bucal. Além disso, um quarto bloco foi adicionado composto por instrumento adaptado do estudo de Hoseini-Esfidarjani et al. (2021), abordando dimensões de acesso aos serviços de saúde. A partir da análise dos resultados encontrados na etapa quantitativa, foram selecionados os participantes para a realização da etapa qualitativa, com o intuito de compreender de forma mais densa os achados da etapa quantitativa, através de uma entrevista semiestruturada.

4.4.1 Inquérito populacional de base domiciliar

Os dados foram coletados por uma única avaliadora, discente do programa de pós-graduação *Stricto Sensu* em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), do Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz Amazônia, após os procedimentos de treinamento que foram realizados em sala de aula e posteriormente em comunidades rurais ribeirinhas não incluídas no estudo principal. A primeira etapa da pesquisa foi realizada através de um questionário eletrônico, utilizando o aplicativo Research Electronic Data Capture (REDCap), instalado com o

projeto em smartphone. O questionário está apresentado no Apêndice A e as variáveis foram incluídas no questionário divididas em quatro blocos:

- 1) Caracterização demográfica e socioeconômica;
- 2) Utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal referida;
- 3) Autopercepção e impactos em saúde bucal;
- 4) Acesso aos serviços de saúde bucal.

4.4.1.1 Caracterização demográfica e socioeconômica

Foi realizada a caracterização socioeconômica e demográfica das populações ribeirinhas estudadas através da coleta de dados como: idade, sexo, raça/cor da pele e escolaridade. Informações sobre o domicílio como quantidade de moradores, de bens e a renda da família foram obtidas através de perguntas abertas. Além disso, foi avaliado se recebiam algum auxílio do governo (ex.: bolsa família ou bolsa floresta), se havia acesso à internet e como eles tinham acesso à água de abastecimento. Este bloco foi investigado através de perguntas provenientes do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2020) (Apêndice A).

4.4.1.2 Utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal referida

A avaliação da morbidade bucal referida foi investigada através de itens da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2020). Foi avaliada por meio de perguntas que abordaram a ocorrência e a gravidade da dor dentária nos últimos 6 meses. Foram também avaliados a utilização e o acesso aos serviços odontológicos, bem como a motivação para a última consulta e a avaliação dos serviços de saúde bucal utilizados. As perguntas utilizadas constam no Apêndice A.

4.4.1.3 Autopercepção e impactos em saúde bucal.

A autopercepção em saúde bucal também foi investigada através de questão utilizada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2020), avaliada juntamente com as com as necessidades de tratamento em saúde bucal. O questionário objetivou compreender as necessidades de saúde bucal percebidas pela população. As perguntas utilizadas constam no Apêndice A.

4.4.1.4 Acesso aos serviços de saúde bucal

O acesso aos serviços de saúde bucal foi investigado através do instrumento proposto por Hoseini-Esfidarjani et al. (2021), com perguntas subdivididas em seis dimensões: acessibilidade (quatro itens), disponibilidade (três itens), aceitabilidade (nove itens), capacidade de pagamento (três itens), acolhimento (seis itens) e a conscientização (cinco itens). As respostas são registradas através de uma escala tipo Likert. Após a análise e obtenção da média das respostas, são gerados escores para cada dimensão avaliada, sendo que aquelas dimensões com maiores scores indicam uma melhor avaliação e as com menores scores indicam pior avaliação da dimensão. O instrumento está apresentado no apêndice A.

4.4.2 Etapa qualitativa

A partir da análise dos dados da primeira etapa da pesquisa, foram selecionados os participantes que representavam os grupos com maiores dificuldades ou facilidades de acesso ao serviço e estes foram convidados a participar da etapa qualitativa, a fim de uma maior compreensão e aprofundamento dos resultados já encontrados. Tomou-se o cuidado de selecionar participantes que representasse a diversidade da população de estudo, conforme características observadas nas respostas da etapa quantitativa. Como por exemplo, procurou-se incluir aqueles que moravam mais próximo e os que moravam mais distante do local onde a UBSF ancorava, de diferentes estratos de renda, escolaridade e idade, bem como o papel social exercido dentro das comunidades. Esta etapa foi conduzida através de uma entrevista semiestruturada, norteadas por questões definidas com base no referencial teórico (Apêndice B) e nos resultados da primeira etapa. As perguntas da entrevista exploraram a experiência e as necessidades relacionadas aos serviços de saúde bucal, assim como os fatores que esta população considerava que facilitava ou dificultava o acesso aos serviços. As entrevistas foram gravadas e em seguida transcritas, organizadas em material textual a fim de categorizá-los, tendo como estruturante o referencial teórico do estudo. A identidade dos participantes foi codificada de acordo com o sexo e a ordem das entrevistas, de forma a não permitir a identificação dos mesmos. Por fim, foi realizada a análise e interpretação dos dados coletados.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados na etapa quantitativa foram transmitidos para a plataforma REDCap para verificação de inconsistências e correções mediante registros realizados nos diários de campo. Após a análise crítica dos dados e correção das inconsistências, o banco foi exportado do REDCap para o programa Stata MP, versão 15, para análise dos dados. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, por meio de medidas de tendência central e dispersão para as variáveis contínuas e frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Em seguida, foi testada a associação das variáveis independentes com o desfecho de utilização dos serviços de saúde bucal (1, uso nos últimos 12 meses; e 0, não utilização nos 12 últimos meses) por meio de regressão de Poisson com variância robusta, estimando as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança a 95%. As variáveis com $p < 0,20$ nas análises bivariadas foram incluídas na análise múltipla, mantendo-se no modelo final as variáveis com $p < 0,10$. As análises também foram reproduzidas considerando o desfecho dicotomizado em: 1, uso do serviço nos três últimos anos; e 0, uso do serviço há mais de três anos/nunca foi ao dentista. O nível de significância adotado para todas as análises foi de 0,05.

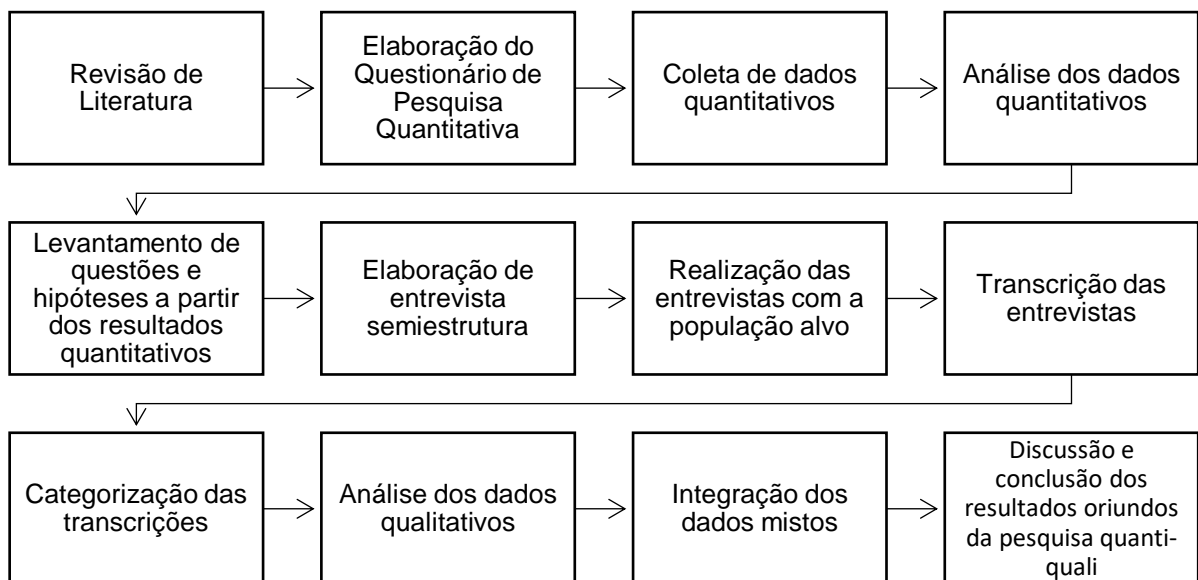
Os dados da etapa qualitativa primeiramente foram transcritos e organizados em material textual. Posteriormente foi realizada análise de conteúdo por meio do software MAXQDA. A análise se estruturou em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material, categorização ou codificação; e 3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação (BARDIN, 2011). A análise dos dados qualitativos buscou encontrar resultados com informações coerentes, concisas, contextualizadas, acessíveis, e principalmente, fidedignas (MINAYO, 2018). A utilização de softwares na pesquisa qualitativa está relacionada com pontos positivos, como a estimulação da reflexividade (reflexão crítica), a estimulação da criatividade (relacionado com a promoção de descobertas devido a economia de tempo e energia) e com a possibilidade de analisar diferentes tipos de dados, o que poderia potencializar os resultados da pesquisa (SOUZA NETO et al., 2019). O software MAXQDA foi utilizado desde a pré-análise, com a leitura flutuante das transcrições, até a etapa exploratória, para identificar o corpo principal dos dados e categorizá-los, de acordo com o referencial teórico, para então ser realizada a interpretação dos dados analisados,

tendo como direção a busca pela resposta dos objetivos da pesquisa de forma mais ampla, desenvolvida sobre os resultados quantitativos iniciais.

4.5.1 Joint Display

Após a análise dos dados quantitativos e a análise dos dados qualitativos, foi realizada a integração dos dados. A integração dos dados em pesquisa de métodos mistos pode ocorrer através de quatro formas de vinculação, sendo usadas em conjunto ou isoladamente, sendo estas: conectando, construindo, mesclando e incorporando (CRESWELL et al. 2011). O tipo de integração utilizada nesse estudo foi a do tipo mesclando, ou seja, foram reunidos os bancos de dados da análise quantitativa e da análise qualitativa, para serem então analisados e comparados de forma conjunta (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013).

Figura 2. Fluxo de atividades desenvolvidas para alcançar os resultados advindos dos métodos mistos



4.6 Aspectos relacionados à biossegurança

Ressalta-se que a pesquisadora envolvida na coleta de dados estava imunizada contra a Covid-19 e foi devidamente testada para a Covid-19, cumprindo ainda o isolamento antes da realização da viagem às comunidades. Durante a coleta de dados, a pesquisadora estava devidamente paramentada (equipamentos de proteção individual), incluindo o uso de máscara N95, óculos de proteção e *face shield*, tomando as devidas precauções para a prevenção e proteção contra o SARS-CoV-2. As entrevistas foram realizadas em ambiente externo dos domicílios e foi disponibilizada máscara cirúrgica tripla aos informantes para viabilizar sua participação na pesquisa.

4.7 Considerações Éticas

A coleta de dados respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foi obtida a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Os informantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contido no Apêndice C e o Termo de Consentimento para Uso de Voz (TCUV), que consta no Apêndice D, sendo orientados sobre os objetivos da pesquisa, riscos e benefícios e convidados a participar do estudo, obtendo-se o consentimento por escrito.

Os riscos desta pesquisa estavam relacionados à possibilidade de constrangimento durante o preenchimento do questionário ou a realização da entrevista, e a identificação dos indivíduos com suas percepções subjetivas. Porém, estas informações foram resguardadas quanto à garantia de sua confidencialidade. Desse modo, os resultados da etapa quantitativa foram apresentados de modo agregado, resguardando-se a confidencialidade dos dados individualizados. Em relação à etapa qualitativa, foram apresentadas apenas os resultados das análises e transcrições de trechos das entrevistas dos participantes, preservando a identidade destes.

Quanto aos benefícios da pesquisa, a identificação e compreensão de quais as principais dificuldades que as populações rurais ribeirinhas enfrentam para ter acesso

aos serviços de saúde bucal servirá de importante subsídio para que se possam ser desenvolvidas estratégias e políticas de saúde que visem minimizar essas barreiras e promover a saúde bucal destas populações.

5 RESULTADOS

Esta seção apresenta os resultados oriundos das pesquisas quantitativa e qualitativa, respectivamente. Os achados foram organizados segundo as dimensões do acesso do referencial teórico utilizado no estudo: disponibilidade, acessibilidade, capacidade de pagamento, acolhimento, aceitabilidade e conscientização. Ao final foi realizada a apresentação conjunta dos achados.

5.1 Análise quantitativa

Foram avaliados 157 moradores adultos das áreas de abrangência das comunidades de Santa Maria e de Bela Vista do Jaraqui, sendo a maioria do sexo feminino (61%). A idade média da amostra foi 43,2 anos ($\pm DP=16,6$), variando de 18 a 80 anos. 86% autodeclararam sua raça/cor da pele como parda. O número médio de moradores por domicílio foi 3,8 (desvio-padrão). Aproximadamente 62% dos moradores possuíam acesso à internet, 51,8% recebiam bolsa família e ainda, 37% receberam algum outro auxílio do governo. Os comunitários possuíam água canalizada proveniente do poço artesiano em 87,3% das residências e 12,7% utilizavam água diretamente do rio. Quanto à escolaridade, 91% da população afirmou saber ler e escrever, 43,3% possuíam ensino médio completo e 5,7% possuíam ensino superior completo (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização Demográfica e Socioeconômica (n=157). (continua)

Variável	n (%)	Média ($\pm DP$)
Idade	-	43,2 (16,6)
Sexo		
Masculino	61 (38,9)	-
Feminino	96 (61,1)	-

Tabela 1. Caracterização Demográfica e Socioeconômica (n=157). (continuação)

Variável	n (%)	Média (\pm DP)
Raça / cor da pele		
Branca	8 (5,1)	-
Preta	5 (3,2)	-
Parda	135 (86,0)	-
Indígena	9 (5,7)	-
Número de moradores no domicílio	-	3,9 (1,6)
Número de cômodos servindo de dormitório para os moradores do domicílio	-	2,4 (1,0)
Número de bens no domicílio (n=106)	-	5,8 (3,0)
Renda domiciliar total no mês anterior à pesquisa, R\$ (n=100)	-	1.160,4 (753,8)
Acesso à internet no domicílio		
Não	61 (38,9)	-
Sim	96 (61,1)	-
Recebimento de recursos do Programa Bolsa Família no último ano		
Não	76 (48,4)	-
Sim	81 (51,6)	-
Recebimento de recursos provenientes de benefício assistencial de outros programas sociais do governo		
Não	99 (63,0)	-
Sim	58 (37,0)	-
Disponibilidade de água no domicílio		
Canalizada em, pelo menos, um cômodo	137 (87,3)	-
Não canalizada	20 (12,7)	-
Morador sabe ler e escrever		
Não	14 (8,9)	-
Sim	143 (91,1)	-
Escolaridade mais elevada que cursou com aprovação		
Não estudou na escola (zero anos de estudo)	16 (10,2)	-
Curso de alfabetização de adultos	3 (1,9)	-
Ensino fundamental incompleto	38 (24,2)	-
Ensino fundamental completo	10 (6,4)	-
Ensino médio incompleto	10 (6,4)	-
Ensino médio completo	68 (43,3)	-
Ensino superior incompleto	3 (1,9)	-
Ensino superior completo	9 (5,7)	-

Em relação à morbidade bucal e utilização dos serviços de saúde bucal, foi observado que 26,1% da amostra referiu dor dentária nos seis meses anteriores ao estudo. Cerca de 46% da população buscou por atendimento odontológico e foi atendido, porém 5% procuraram e não foram atendidos. Com relação ao tempo decorrido desde a última consulta ao dentista, pouco mais da metade da amostra havia sido atendida no período de um ano e um quarto da amostra relatou ter se consultado há mais de 3 anos. Do total, 26,6% haviam realizado a consulta no serviço particular, em um local fora da comunidade. Os principais motivos da última consulta odontológica foram: procedimentos preventivos ou de rotina (33,8%), extração (24,8%) e tratamento dentário (14%). Quanto a possuir plano odontológico particular, 97,5% da população afirmou não possuir (Tabela 2).

Tabela 2. Características de morbidade bucal e utilização dos serviços pela população de estudo (n=157). (continua)

Variável	n (%)
Relato de dor dentária nos últimos 6 meses	
Não	98 (62,4)
Sim	41 (26,1)
Não se aplica #	18 (11,5)
Classificação do nível da dor	
Nenhuma dor	98 (62,4)
Dor Leve	11 (7)
Dor Moderada	15 (9,6)
Dor Intensa/ muito forte	15 (9,6)
Não se aplica #	18 (11,5)
Procura por atendimento odontológico no último ano	
Não	75 (47,8)
Sim, porém não foi atendido	8 (5,1)
Sim, mas foi agendado para outro dia ou local	1 (0,6)
Sim, e foi atendido	72 (45,9)
Não soube informar/ não respondeu	1 (0,6)
Tipo de serviço de saúde bucal procurado	
Não procurou	74 (47,1)
Serviço público	67 (42,7)
Serviço particular	15 (9,6)
Não soube informar/ não respondeu	1 (0,6)

Tabela 2. Características de morbidade bucal e utilização dos serviços pela população de estudo (n=157). (continuação)

Variável	n (%)
Última consulta ao dentista	
Nunca foi ao dentista	1 (0,6)
Até um ano	81 (51,6)
Mais de 1 ano a 2 anos	16 (10,2)
Mais de 2 anos a 3 anos	16 (10,2)
Mais de 3 anos	40 (25,5)
Não soube informar/ não respondeu	3 (1,9)
Local da última consulta com o dentista	
Nunca foi ao dentista	1 (0,6)
Serviço público	110 (70,1)
Serviço particular	42 (26,8)
Plano de saúde ou convênio	1 (0,6)
Não soube informar/ não respondeu	3 (1,9)
Motivo da última consulta com o dentista	
Nunca foi ao dentista	1 (0,6)
Profilaxia, prevenção ou revisão	53 (33,8)
Dor de dente	17 (10,8)
Extração	39 (24,8)
Tratamento dentário	22 (14,0)
Implante dentário	1 (0,6)
Colocação/manutenção de aparelho ortodôntico	6 (3,8)
Colocação/manutenção de prótese ou dentadura	16 (10,2)
Não soube informar/ não respondeu	2 (1,3)
Avaliação do tratamento recebido na última consulta odontológica	
Nunca foi ao dentista	1 (0,6)
Muito bom	13 (8,3)
Bom	135 (86,0)
Regular	3 (1,9)
Ruim	3 (1,9)
Não soube informar/ não respondeu	2 (1,3)
Disponha de algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público	
Não	153 (97,5)
Sim	4 (2,5)

o indivíduo não possuía dentes há pelo menos 6 meses

Avaliaram sua saúde bucal como “regular ou “ruim” 33,8% da amostra. Mais da metade (64,4%) relatou necessitar de tratamento odontológico. Dentre os principais motivos informados relacionados à necessidade de tratamento, estavam: revisão/prevenção/rotina/‘limpeza’ (30%), necessidade de prótese (11,5%) e extração dentária (10,2%). O número médio de dentes perdidos foi de onze elementos ($\pm DP=11,7$). O número de indivíduos edêntulos correspondeu a 15,9% da amostra ($n=25$). Quanto ao uso de prótese, 39,5% da população utilizava no arco superior e 14% no arco inferior. O tempo de uso médio da prótese no arco superior foi de 6 anos ($\pm DP=7,6$), o mesmo encontrado para o arco inferior (6 anos; $\pm DP=11,5$). Além disso, 30% da amostra afirmou ter a necessidade de prótese dentária total ou substituir a que estava em uso (Tabela 3).

Tabela 3. Variáveis relacionadas à autopercepção da saúde bucal na população de estudo ($n=157$). (continua)

Variável	n (%)	média ($\pm DP$)
Autoavaliação da saúde bucal		
Muito boa	8 (5,1)	-
Boa	96 (61,1)	-
Regular	51 (32,5)	-
Ruim	2 (1,3)	-
Necessidade percebida de tratamento dentário		
Não	55 (35,0)	-
Sim	101 (64,4)	-
Não sei/ Não respondeu	1 (0,6)	-
Principal necessidade de tratamento dentário relatada		
Não percebia necessidade de tratamento	55 (35,0)	-
Revisão/Prevenção/Rotina/Limpeza	47 (29,9)	-
Dor de dente	1 (0,6)	-
Dor na gengiva	1 (0,6)	-
Colocação aparelho ortodôntico	3 (1,9)	-
Colocação de prótese	18 (11,5)	-
Realizar restaurações (obturações)	11 (7,0)	-
Extração de dente	16 (10,2)	-
Clareamento dentário	4 (2,5)	-
Procedimento cirúrgico no lábio	1 (0,6)	-

Tabela 3. Variáveis relacionadas à autopercepção da saúde bucal na população de estudo (n=157). (continuação)

Variável	n (%)	média (\pm DP)
Perda de elemento dentário no arco superior		
Não	31 (19,8)	-
Sim, perdeu alguns dentes superiores	84 (53,5)	-
Sim, perdeu todos os dentes superiores	42 (26,7)	-
Perda de elemento dentário no arco inferior		
Não	30 (19,1)	-
Sim, perdeu alguns dentes inferiores	102 (65,0)	-
Sim, perdeu todos os dentes inferiores	25 (15,9)	-
Número de dentes perdidos		
Arco superior	-	6,0 (6,0)
Arco inferior	-	5,0 (5,6)
Total	-	11,0 (11,7)
Edentulismo	25 (15,9)	-
Utilização de prótese no arco superior		
Não	95 (60,5)	-
Sim	62 (39,5)	-
Utilização de prótese no arco inferior		
Não	135 (86,0)	-
Sim	22 (14,0)	-
Tempo do uso de prótese no arco superior (anos, n=62)	-	6,0 (7,6)
Tempo do uso de prótese no arco inferior (anos, n=22)	-	6,0 (11,5)
Necessidade percebida de prótese total (dentadura) ou de troca da prótese em uso		
Não	31 (49,2)	-
Sim	19 (30,1)	-
Não soube informar/não respondeu	13 (20,7)	-

Na avaliação do instrumento de acesso aos serviços de saúde bucal, foi observado que as dimensões mais bem avaliadas pela amostra foram acessibilidade, aceitabilidade e conscientização (Tabelas 4 e 5). A dimensão com pior avaliação foi a disponibilidade, na qual destaca-se que 79% da amostra considerou que a equipe de saúde bucal (dentistas e auxiliares) era insuficiente para dar conta do número de pacientes da sua comunidade.

Tabela 4. Acesso aos serviços de saúde bucal por adultos residentes em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro (n=157).

Item	Discorda totalmente n (%)	Discorda n (%)	Neutro n (%)	Concorda n (%)	Concorda totalmente n (%)
Acessibilidade					
Q1	1 (0,6)	18 (11,5)	19 (12,1)	114 (72,6)	5 (3,2)
Q2	-	30 (19,1)	9 (5,7)	108 (68,9)	10 (6,3)
Q3	-	27 (17,2)	12 (7,6)	104 (66,2)	14 (9,0)
Q4	-	28 (17,8)	11 (7,0)	106 (67,5)	12 (7,7)
Disponibilidade					
Q5	3 (2,0)	28 (17,8)	15 (9,5)	104 (66,2)	7 (4,5)
Q6	-	25 (15,9)	20 (12,7)	105 (66,9)	7 (4,5)
Q7	75 (47,8)	49 (31,2)	7 (4,5)	23 (14,6)	3 (1,9)
Aceitabilidade					
Q8	1 (0,6)	9 (5,8)	19 (12,1)	123 (78,3)	5 (3,2)
Q9	1 (0,6)	10 (6,3)	21 (13,3)	119 (75,8)	6 (4,0)
Q10	1 (0,6)	5 (3,2)	13 (8,2)	129 (82,1)	9 (5,9)
Q11	-	7 (4,5)	11 (7,0)	132 (84)	7 (4,5)
Q12	-	3 (1,9)	6 (3,8)	137 (87,3)	11 (7,0)
Q13	86 (54,8)	58 (36,9)	3 (2,0)	10 (6,3)	-
Q14	-	-	9 (5,7)	146 (93,0)	2 (1,3)
Q15	-	-	4 (2,5)	139 (88,5)	14 (9,0)
Q16	-	6 (3,8)	6 (3,8)	132 (84,0)	13 (8,4)
Capacidade de pagamento					
Q17	-	-	7 (4,5)	147 (93,6)	3 (1,9)
Q18	2 (1,3)	21 (13,3)	23 (14,8)	104 (66,2)	7 (4,4)
Q19	1 (0,6)	13 (8,2)	14 (9,0)	81 (51,6)	48 (30,6)
Acolhimento					
Q20	27 (17,2)	65 (41,4)	9 (5,7)	53 (33,8)	3 (1,9)
Q21	4 (2,5)	31 (19,7)	57 (36,3)	64 (40,7)	1 (0,6)
Q22	-	26 (16,6)	43 (27,4)	88 (56,0)	-
Q23	1 (0,6)	10 (6,3)	5 (3,2)	137 (87,3)	4 (2,6)
Q24	1 (0,6)	6 (3,8)	8 (5,1)	141 (89,9)	1 (0,6)
Q25	5 (3,2)	9 (5,8)	41 (26,1)	101 (64,3)	1 (0,6)
Conscientização					
Q26	-	5 (3,2)	15 (9,6)	128 (81,5)	9 (5,7)
Q27	-	5 (3,2)	15 (9,5)	124 (79,0)	13 (8,3)
Q28	-	1 (0,6)	16 (10,2)	128 (81,5)	12 (7,7)
Q29	1 (0,6)	1 (0,6)	13 (8,3)	128 (81,5)	14 (9,0)
Q30	3 (1,9)	16 (10,2)	21 (13,4)	115 (73,2)	2 (1,3)

Os itens do questionário constam no Apêndice A.

Tabela 5. Medidas sumário das dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal (n=157).

Dimensão	Média	Desvio-Padrão
Acessibilidade	3,6	0,7
Disponibilidade	3,0	0,6
Aceitabilidade	3,6	0,3
Capacidade de pagamento	3,1	0,4
Acolhimento	3,4	0,4
Conscientização	3,8	0,4

Nas análises de regressão múltipla observou-se que indivíduos com mais bens, que apresentavam dor dentária, bem como aqueles com maior escore no domínio ‘aceitabilidade’ apresentaram maior chance de utilização do serviço nos últimos 12 meses. Já aqueles que utilizavam prótese dentária apresentaram menor chance de utilização dos serviços (Tabela 6). Além disso, ao se avaliar a associação das variáveis independentes com a utilização do serviço odontológico nos últimos três anos, foi observada a associação com o sexo feminino, anos de estudo e o número de dentes perdidos (Tabela 7).

Tabela 6. Associação entre as variáveis independentes e a utilização dos serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses (n=157). (continua)

Variável	RP _{bruta}	IC95%	RP _{ajustada}	IC95%
Idade	0,98	0,97-0,99 **		
Sexo feminino (ref.: masculino)	1,34	0,96-1,89 ^b		
Número de pessoas por cômodo	0,98	0,84-1,15		
Bens	1,05	1,01-1,09 **	1,06	1,02-1,10 **
Renda domiciliar mensal	1,00	0,99-1,00		
Acesso à internet no domicílio (ref.: não)	1,82	1,24-2,66 **		
Recebimento de bolsa família (ref.: não)	1,30	0,95-1,77 ^a		
Sabe ler e escrever (ref.: não)	1,22	0,65-2,29		
Anos de estudo	1,06	1,02-1,11 **		
Dor dentária (ref.: não)	1,54	1,15-2,06 **	1,38	1,03-1,85 *
Última consulta no serviço público (ref.: não)	1,39	0,95-2,05 ^b		
Autopercepção da saúde bucal como muito boa ou boa (ref.: não)	0,92	0,50-1,70		

Tabela 6. Associação entre as variáveis independentes e a utilização dos serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses (n=157). (continuação)

Número de dentes perdidos	0,98	0,96-0,99 **		
Edentulismo (ref.: não)	0,66	0,38-1,14 ^a		
Uso de prótese (ref.: não)	0,54	0,37-0,79 **	0,56	0,33-0,95 *
Dimensões do acesso				
Acessibilidade	1,15	0,91-1,47		
Disponibilidade	0,92	0,71-1,17		
Aceitabilidade	1,82	1,01-3,31 *	1,90	1,07-3,40 *
Capacidade de pagamento	1,42	1,02-1,97 *		
Acolhimento	1,03	0,71-1,51		
Conscientização	1,15	0,79-1,67		

^a p<0,20; ^b p<0,10; * p<0,05; ** p<0,01

Tabela 7. Associação entre as variáveis independentes e a utilização dos serviços de saúde bucal nos últimos 3 anos (n=157).

Variável	RP _{bruta}	IC95%	RP _{ajustada}	IC95%
Idade	0,99	0,98-0,99 ***	1,01	1,00-1,02 ^b
Sexo feminino (ref.: masculino)	1,25	1,00-1,57 *	1,23	1,00-1,51 *
Número de pessoas por cômodo	1,01	0,92-1,12		
Bens	1,02	0,99-1,04 ^a		
Renda domiciliar mensal	1,00	1,00-1,00		
Acesso à internet no domicílio (ref.: não)	1,31	1,04-1,64 *		
Recebimento de bolsa família (ref.: não)	1,27	1,04-1,56 *		
Sabe ler e escrever (ref.: não)	1,28	0,81-2,05		
Anos de estudo	1,05	1,02-1,08 **	1,04	1,01-1,08 *
Dor dentária (ref.: não)	1,25	1,05-1,48 *	1,19	1,02-1,40 *
Última consulta no serviço público (ref.: não)	1,36	1,04-1,78 *		
Autopercepção da saúde bucal como muito boa ou boa (ref.: não)	1,31	0,72-2,38		
Número de dentes perdidos	0,98	0,97-0,99 ***	0,98	0,96-0,99 *
Edentulismo (ref.: não)	0,63	0,41-0,95 *		
Uso de prótese (ref.: não)	0,75	0,59-0,94 *		
Dimensões do acesso				
Acessibilidade	1,09	0,94-1,27		
Disponibilidade	0,93	0,80-1,07		
Aceitabilidade	1,29	0,83-2,00		
Capacidade de pagamento	1,12	0,90-1,39		
Acolhimento	0,98	0,75-1,28		
Conscientização	1,22	0,93-1,60 ^a		

^a p<0,20; ^b p<0,10; * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

5.2 Análise qualitativa

A partir da análise dos dados quantitativos, foram observados dentro de cada dimensão do acesso aspectos passíveis de se obter uma maior compreensão através da fala dos usuários. A partir disto, e com base no referencial teórico, foi elaborado um roteiro com perguntas semiestruturadas para serem utilizadas como norteadoras nas entrevistas (Apêndice B). As entrevistas foram realizadas nos mesmos territórios onde foi realizada a etapa quantitativa. As entrevistas foram realizadas até que ocorresse a saturação das respostas, incluindo 27 participantes no total. A identidade dos informantes foi preservada por meio da utilização de códigos, de acordo com o sexo (M/F) e a ordem das entrevistas.

5.2.1 Disponibilidade

A equipe de saúde bucal que atendia na UBSF contava com um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal, sendo ofertado o total de oito 'senhas' para cada período do dia, independente da demanda de cada localidade. Além disso, neste quantitativo, incluíam-se os atendimentos prioritários para grávidas, idosos e os casos urgência. Logo, a baixa disponibilidade de vagas para o atendimento odontológico representava uma limitação imposta aos usuários destas localidades. Os usuários precisavam encontrar alternativas para realizarem suas consultas, principalmente nos casos de urgência, sendo a principal alternativa o deslocamento até a área urbana de Manaus. No entanto, para tal os usuários precisavam ter recursos financeiros para o custeio da viagem, incluindo gastos com transporte de barco, ônibus (ou transporte particular), alimentação, estadia (em alguns casos), além do valor da consulta se esta não fosse no serviço público. Em alguns casos foi relatada a necessidade de gastar o dobro de recursos financeiros, como no caso dos idosos que precisavam viajar com um acompanhante ou de responsáveis por menores de idade. Outra dificuldade resultante da baixa disponibilidade de 'senhas' era o fato de a população em sua maioria não realizar procedimentos eletivos ou preventivos odontológicos através do SUS. Houve relatos de usuários não procurarem por consultas em prol daqueles que estavam com urgência ou por saberem que não iriam conseguir uma vaga para consulta com o dentista. De acordo com os usuários, antes da pandemia de COVID-19 eram oferecidas doze vagas e também realizadas atividades de educação em

saúde bucal nas comunidades, porém, com a pandemia, o número de atendimentos foi reduzido para oito e as atividades de educação em saúde bucal foram suspensas. Transcrito a seguir o relato de uma moradora ao ser questionada sobre o que fazer para conseguir uma vaga com o dentista na comunidade:

M9: *“Ah ((suspiro)), não consegue. Não é XXXX (ACS)? Não consegue, não. Muito, muito difícil... é tanto que eu acho que faz não sei nem quantos anos faz que eu... que eu não vou no dentista. É muito difícil. É complicado. É complicado mesmo, porque às vezes quando a lancha vem já só é para aqueles que já tá com dor de dente, que tá com dente que é só um buraco ((risos)) e a gente que ainda está assim... que não dói, é difícil... muito difícil.”*

Segundo os moradores destas localidades rurais ribeirinhas, o ideal era que houvesse, no mínimo, mais um cirurgião-dentista para atender a população. E ainda, outras sugestões foram apresentadas, como a melhora na qualidade dos materiais utilizados, a retomada das atividades de educação em saúde e que o serviço fosse oferecido no mínimo duas vezes ao mês, ao invés de somente uma vez. Além disso, foi proposto que a UBSF aportasse também nas comunidades dos igarapés adjacentes, não somente na comunidade de maior porte populacional.

5.2.2 Acessibilidade

Para os usuários que moravam na mesma comunidade em que a UBSF aportava, a distância de sua residência até a unidade foi considerada excelente. Para aqueles que moravam nas comunidades adjacentes e que precisavam se locomover pelo rio até a UBSF identificaram-se opiniões divididas, pois alguns consideravam que era longe e que dependiam de outros fatores como a posse de combustível e que o clima estivesse favorável, enquanto outros, apesar de terem de se locomover até outra localidade para atendimento, consideravam a distância adequada e que a disponibilidade de combustível não seria um fator limitante. Devido à sazonalidade dos rios, no período de seca os moradores apontaram que a distância percorrida a pé até a UBSF era maior. Uma participante deu o seguinte relato ao ser questionada se estava satisfeita com a distância de sua residência até a UBSF:

M13: *“É... tô, porque não é muito longe né. Quando eu morava lá pra ali, pro outro terreno, ficava mais longe, mas mesmo assim eu ia... aí... e melhorou bastante porque*

antigamente não tinha nem médico nesse beiradão, pra nada. E agora tem, uma vez por mês que eles vêm, graças a Deus por isso. Só que é poucos médicos pra tanta gente, e aí é só um dia que eles passam atendendo a comunidade, fica corrido o tempo, a gente tem que ter uma grande paciência porque, assim, às vezes a gente chega lá cedo e a gente vai ser atendido por último porque é muita gente. E no meu caso, que não tenho mais filho pequeno, eu prefiro deixar as que tem filho pequeno ir na minha frente porque... Agora já até separaram os grupos, eles atendem de manhã as lá de dentro e atendem de tarde as daqui da comunidade, pra ver se maneira mais, porque antes era mais complicado. Só tem uma doutora que atende, que é a doutora XXXX, a coitada ficava acabada.”

Assim, notou-se através dos relatos da população entrevistada, que a distância das residências até a UBSF não era entendida como uma barreira ao acesso pela maioria da população, que considerou a distância adequada. Porém, a investigação da acessibilidade geográfica esbarrou na disponibilidade do serviço, já que devido ao baixo número de vagas para o atendimento odontológico, a população necessitava buscar atendimento em outros locais mais distantes, como a área urbana de Manaus. O percurso até a sede urbana do município era realizado por via fluvial e necessitava-se de recursos financeiros como explicitado anteriormente. Logo, o fato de a disponibilidade de acesso ao serviço ser uma barreira, isso acarretava outra barreira para a população: a geográfica, uma vez que esses usuários precisariam se locomover de suas comunidades até outras localidades para conseguir atendimento.

5.2.3 Acolhimento

A UBSF realizava o atendimento uma vez ao mês. Por não ser exatamente o mesmo dia em todos os meses, os usuários que conseguiam agendar uma consulta odontológica eram avisados previamente sobre o dia e o horário do atendimento através do ACS. De acordo com os usuários, o fato de ser agendado facilitava para que eles organizassem antecipadamente seus afazeres para comparecerem no dia da consulta. Assim, não foram considerados impeditivos os dias e os horários que a UBSF realizava os atendimentos pela maioria dos entrevistados. A insatisfação adveio do tempo de espera para conseguir agendar a consulta, uma vez que de acordo com os relatos esse tempo variava de um mês a um ano, a depender da necessidade do paciente. Este é o relato de uma usuária ao ser questionada sobre estar satisfeita com o tempo de espera para conseguir agendar uma consulta odontológica (relatos semelhantes foram presentes nas falas dos demais entrevistados):

M8: *“Não... eu tô insatisfeita, porque demora três meses, quatro meses, pra gente conseguir uma vaga. Só no caso de... se for uma urgência e você tiver com dor de dente ((ênfatisou)), aí eles atendem, mas fora isso é muito difícil”*

A maneira como era organizado o serviço para receber os pacientes foi considerada satisfatória pelos usuários, já que era agendado o dia e o horário. Porém, devido à baixa disponibilidade de vagas, o tempo de espera para conseguir a consulta era muito grande e, a depender da urgência do procedimento, o usuário necessitava procurar alternativas para obter atendimento. Para aqueles que não possuíam recursos financeiros, a alternativa era esperar até o dia do atendimento ou até extrair o dente por conta própria, como foi o caso de um entrevistado. Enquanto o atendimento não ocorria, os usuários buscavam alternativas para aliviar a dor:

M13: *“Nossa, sabe o que eu fiz? Eu fiz um chá de cravo... cravinho do reino, com chá de cidreira bem forte, aí eu gargarejava assim na boca, ficava na boca e era o que melhorava. Porque a cidreira com o cravinho serve de anestesia, aí ficava um pouco adormecida minha boca e melhorava aquela dor forte que eu sentia.”*

5.2.4 Capacidade de compra

Os pacientes que conseguiam atendimento na UBSF, não relataram gastos financeiros em sua grande maioria, no entanto, aqueles que moravam em outras localidades, distintas daquela em que a UBSF aportava, precisavam arcar com os custos do combustível para deslocamento. Dentre os serviços odontológicos ofertados na UBSF estavam a profilaxia (“limpeza dentária”), restaurações e extrações. Procedimentos como tratamento endodôntico (“tratamento de canal”) e confecção de próteses não eram oferecidos nas comunidades. De acordo com os relatos, aqueles que necessitavam de tratamento endodôntico optavam pela extração, pois era um procedimento que poderia ser realizado na UBSF e envolvia menos custos. Em geral, pacientes que necessitavam de prótese buscavam o serviço em consultórios privados na área urbana de Manaus. Uma das consequências, era o uso da mesma prótese por períodos acima do tempo recomendado. Em uma das comunidades visitadas, havia um ‘prático’ que confeccionava próteses. Apesar dos riscos à saúde bucal e ao sistema estomatognático que uma prótese não confeccionada por um cirurgião-

dentista poderia ocasionar, representava uma alternativa mais acessível e econômica para os moradores.

Além dos serviços não ofertados na UBSF, os moradores necessitavam dispor de recursos financeiros também para conseguir realizar os procedimentos que apesar de serem oferecidos na UBSF, não conseguiam realizar pela limitada disponibilidade de vagas. Mesmo aqueles que iriam se consultar na rede pública de saúde, ou seja, em uma Unidade Básica de Saúde de outra localidade, necessitavam arcar com os custos da viagem. Novamente, foi observada a disponibilidade do serviço impactando em outra dimensão ao acesso, desta vez, a capacidade financeira. Assim, aqueles com melhores condições financeiras conseguiam solucionar suas demandas odontológicas com maior rapidez e facilidade. A seguir o relato de um entrevistado ao ser questionado sobre os principais gastos para se consultar com o dentista:

H9: *“É o transporte, porque você se deslocar daqui pra Manaus, no mínimo você tem que ter uns 200,00 reais, para pagar passagem, alimentação, estadia lá... as necessidades que você precisa, de almoçar, tomar água, fora o valor da consulta, que dentista a gente sabe que não é barato as consultas, né”.*

5.2.5 Aceitabilidade e conscientização

De acordo com os entrevistados, havia uma boa relação entre a equipe de saúde bucal e os pacientes, além de haver uma certificação por parte dos profissionais de que os pacientes compreendessem bem as orientações passadas e que estas estivessem de acordo com a cultura e o modo de vida dos usuários. Neste estudo, as dimensões do acesso foram avaliadas segundo a percepção do usuário e por isso, não se tem a visão dos profissionais em relação aos pacientes. Resposta de uma usuária ao ser questionada se havia uma boa relação profissional-paciente:

M10: *“Tem, ela é muito... ela é muito atenciosa, ela é muito boazinha assim, ela atende bem, mas é pouco o número de vagas. Antes é que nem o colega falou, era 12, aí devido à pandemia ficou em 8, reduziu em 8 e para 12 não voltou mais né. Às vezes até a gente reclama: poxa, deveria voltar pelo menos pra gente né, mas... e aí a prioridade a gente põe também como a prioridade é... Olha, ano passado tive muitas grávidas aqui, então elas são prioridades, tem um dia que elas têm que uma vez ou assim que passar no dentista né, então aí já tira uma vaga.”*

Ainda investigando sobre a aceitabilidade, os usuários foram questionados se na opinião deles, o SUS conseguia suprir todas as suas necessidades em saúde bucal. No geral, as respostas foram negativas, devido à reduzida quantidade de vagas e à não oferta de alguns procedimentos na comunidade, como a reabilitação protética, a realização de radiografias intrabucais, dentre outros:

H1: *“Não supre. Porque é muito limitado e a gente... aquela dificuldade que falei, a gente tem um profissional atuando e são vários pacientes, então quando ele vem, ele vem realmente é... fazer um procedimento ali meio que superficial entendeu. Não dá para ter uma continuidade no processo, às vezes falta material, a cadeira quebra... a viagem sair para cá e quebrou a cadeira, aí não tem como (ter o atendimento).”*

Uma outra insatisfação apontada pela população foi sobre o tempo para conseguir finalizar um tratamento odontológico, pelo fato de os atendimentos acontecerem uma vez ao mês. Como apontou este entrevistado ao ser questionado se considerava que o SUS conseguia finalizar o tratamento odontológico em um tempo adequado:

H9: *“Não consegue, não. Porque se você começar um tratamento hoje, começa a limpeza esse mês, uma vez por mês... daí pra você conseguir outra vaga, daí já vai ser preciso fazer o trabalho da primeira consulta de novo... o tempo é muito longo. Está faltando mais dentista, mais profissional da saúde. Que... principalmente dentista, porque a necessidade é muito grande aqui na comunidade. Precisa de um atendimento melhor, para mais trabalho... que aí quando você precisar, pelo menos uma vez por mês, você consiga uma vaga né”*

5.3 Joint displays

O Quadro 2 apresenta a integração dos achados quantitativos e qualitativos.

Quadro 2. Avaliação quantitativa das dimensões do acesso relacionada com os achados qualitativos. (continua)

Dimensão do acesso (média)	Resultado quantitativo (%)	Achados qualitativos e citações
Acessibilidade (média= 3,6)		
A distância do dentista da UBSF até a residência era adequada	75,1% Concordância	“A distância não tem problema que é perto de casa, o acesso é fácil. Sobre a distância não tem problema não” (H9)
Disponibilidade (média= 3,0)		
Equipe de saúde bucal era suficiente para atender o número de pacientes e suas necessidades	79% Discordância	<p>“Porque é muito limitado e a gente... aquela dificuldade que falei, a gente tem um profissional atuando e são vários pacientes, então quando ele vem, ele vem realmente é... fazer um procedimento ali meio que superficial entendeu. Não dá para ter uma continuidade no processo, às vezes falta material, a cadeira quebra... a viagem sair para cá e quebrou a cadeira, aí não tem como...” (H1)</p> <p>“Várias vezes [tentou ir ao dentista e não conseguiu], por falta de vaga. Porque a vaga além de ser... já era pouca para nós que era doze antigamente, aí depois da pandemia reduziu para oito e só mais para caso de emergência, aí ficou mais difícil. Pra cinco comunidades. Fica difícil para as ACS se dividirem [...]” (H6)</p>
Aceitabilidade (média= 3,6)		
Em caso de desconforto com o atendimento do dentista na unidade fluvial era oferecida outra alternativa	91,7% Discordância	<p>“Eu já tentei ir [ao dentista da UBSF], mas... eu fui umas duas vezes, como eu não consegui agora eu já não perco mais tempo, quando eu preciso eu vou direto em Manaus” (H9)</p> <p>“Eu tive que fazer em Manaus, porque aqui eles não fazem não. Esses dentistas que atendem aqui, não fazem. Só fazem o atendimento pra extrair, pra obturar, pra fazer limpeza, mas pra fazer a prótese não, tem que ir pra Manaus.” (M13)</p>
A equipe de saúde bucal da unidade de saúde fluvial tratavam os pacientes respeitosamente	97,5% Concordância	“São muito bons, a doutora que atende ela é muito legal, conversa com a gente... dá aquele kitzinho pra gente, tanto a dentista como a auxiliar dela” (M17)

Quadro 2. Avaliação quantitativa das dimensões do acesso relacionada com os achados qualitativos. (continuação)

Capacidade de pagamento (média= 3,1)		
O preço/custo era uma dificuldade importante para usar os serviços de saúde bucal	82,2% Concordância	<p>“eu fui fazer uma avaliação para esse meu menino aí, e muito alto o custo estava dando, mil e pouco né, uma extração, restauração, resina, limpeza, ele precisa pôr o aparelho também... e aí eu achei muito caro, nem fiz... só fiz o orçamento mesmo mas não levei avante devido a outra né que tinha que fazer uma extração com urgência” (M11)</p> <p>“só daqui pra lá são setenta reais, que a gente tem que gastar, porque é trinta e cinco de ida e trinta e cinco de volta... setenta. Fora o almoço, fora o que você vai gastar... Hoje eu não pago mais ônibus quando a gente vai... a noite já não vai pegar o ônibus, já pega um Uber... tudo isso aí é gasto né [...] (Não vou ao dentista) aqui, porque não tem vaga mesmo e para ir pra Manaus é por conta dos gastos” (M9)</p>
Acolhimento / Adequação (média= 3,4)		
Era fácil marcar uma consulta com o dentista da unidade de saúde fluvial	58,6% Discordância	<p>“Muito, muito difícil... é tanto que eu acho que faz não sei nem quantos anos faz que eu... que eu não vou no dentista. É muito difícil. É complicado. É complicado mesmo, porque às vezes quando a lancha vem já só é para aqueles que já tá com dor de dente, que tá com dente que é só um buraco ((risos)) e a gente que ainda está assim... que não dói, é difícil... muito difícil” (M9)</p>
Os dias e horários de funcionamento do serviço de saúde bucal (no barco da SEMSA) eram adequados para o atendimento	89,9% Concordância	<p>“Não, não atrapalha em nada. Os dias que a lancha vem, a gente sabe que é aquele dia, então a gente já se programa pra ir naquele dia” (M17)</p>
Conscientização (média= 3,8)		
A comunicação da equipe de saúde bucal (dentista/auxiliar) com os pacientes era adequada	89,1% Concordância	<p>“Rapaz, sei que para mim foi ótimo. Ótimo mesmo. Bem atendido, entendeu como é... não é como os outros né. Ela manda abrir a boca tudinho, ela conversa com a gente” (H4)</p>

6 DISCUSSÃO

Os achados do estudo mostram que aqueles indivíduos com maior capacidade financeira possuíam um maior acesso aos serviços de saúde bucal. Também evidenciam uma baixa disponibilidade dos serviços de saúde bucal no território. Aproximadamente um quarto da amostra relatou ter utilizado o serviço há mais de três anos ou nunca ter se consultado com o dentista. Um percentual significativo não reportou uma boa percepção da sua saúde bucal e também indicou necessidade percebida de tratamento odontológico. A perda dentária e a dor dentária caracterizaram a população de estudo, relacionando-se à utilização dos serviços de saúde bucal. A utilização dos serviços também foi associada a características socioeconômicas e demográficas, bem como a uma maior aceitabilidade dos serviços.

O acesso à saúde é mundialmente reconhecido como um direito de todo ser humano (SAURMAN, 2016). Assim, identificar os fatores associados à utilização dos serviços em contextos de maior vulnerabilidade social, é essencial (MORENO-SERRA; SMITH, 2012). Através da revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2012), foram instituídos dois novos arranjos de equipes da atenção básica para a população ribeirinha da Amazônia Legal e do Pantanal Sul Mato-Grossense, as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e as Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) (BRASIL, 2012). Essa política permitiu o acesso aos serviços de saúde na própria comunidade rural ribeirinha, sendo assim um facilitador do acesso aos serviços. Além disso, a estrutura física do consultório da UBSF e o agendamento das consultas contribuíram para a uma boa avaliação da dimensão acolhimento. A dimensão conscientização, referente à educação em saúde e também ao entendimento da necessidade do serviço de saúde (SAURMAN, 2015; SERMSUTI-ANUWAT e PONGPANICH, 2018), foi bem avaliada pela população, sendo um dos motivos apontados a boa comunicação do profissional e a compreensão das condições de vida da população rural ribeirinha ao realizar orientações de saúde. Apesar disso, estratégias de conscientização são importantes, uma vez que podem influenciar no cuidado que o indivíduo tem com a sua saúde bucal (PAISI et al., 2020).

A acessibilidade está relacionada com a distância e o tempo de deslocamento da residência do usuário até o serviço de saúde (UNGLERT, 1990). A literatura mostra que a localização geográfica pode interferir no acesso aos cuidados em saúde e que

esta barreira se apresenta de forma mais intensa nas populações mais vulneráveis (FRANCO; LIMA; GIOVANELLA, 2021). Apesar de o uso dos serviços não ter sido associado com a dimensão acessibilidade do instrumento utilizado, observou-se através das entrevistas semiestruturadas que, ainda assim, esta dimensão pode representar uma barreira de acesso aos serviços. Este fato ocorre principalmente devido à baixa disponibilidade do serviço na UBSF, o que obriga os usuários a buscarem outras localidades para realizar o atendimento odontológico. Assim, a distância geográfica continua sendo uma barreira de acesso aos serviços de saúde bucal. Dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) evidenciaram que apesar da maior cobertura populacional em municípios de pequeno porte, isto não representa uma maior acessibilidade geográfica aos serviços (GARNELO et al., 2018). Populações em isolamento geográfico, como é o caso da população rural ribeirinha da Amazônia, necessitam de um modelo de atenção à saúde que contemple suas especificidades (PESSOA et al., 2018) e apesar da UBSF ser uma adaptação do serviço de atenção primária à estes contextos, a forma de organização do cuidado não tem sido suficiente para suprir as necessidades em saúde bucal da população.

A disponibilidade relaciona-se à presença dos serviços e profissionais de saúde, de modo que seja suficientemente capaz de suprir as demandas da população adscrita (LEVESQUE; HARRIS; GRANT, 2013). Os achados do estudo mostraram que essa era uma questão relevante para os moradores, principalmente devido à baixa quantidade de vagas ofertadas no mês (oito vagas). Além disso, identificou-se que os atendimentos prioritários e de urgência, acabavam por suprimir as vagas necessárias para um cuidado regular em saúde bucal. A baixa disponibilidade dos serviços de saúde em áreas remotas da Amazônia são problemas que persistem, apesar da melhora ao longo dos anos (COHEN-CARNEIRO et al., 2009; GARNELO et al., 2018; GARNELO et al., 2020; GUIMARÃES et al., 2020). O uso dos serviços foi associado com o sexo feminino, concordando com os dados da PNS 2019, onde o maior uso dos serviços estava relacionado com aqueles que eram do sexo feminino, possuíam maior renda e ainda maior escolaridade (FAGUNDES et al., 2021).

Em populações mais vulneráveis, a dor dentária é uma experiência muito frequente, também relacionada às dimensões do acesso aos serviços de saúde (PIUVEZAM; ALVES, 2004). A odontalgia pode causar prejuízos na qualidade de vida, impactando o lazer, a autoestima e ainda impor restrição alimentar (MIOTTO;

SILOTTI; BARCELLOS, 2012; VENSSON; HAKEBERG; WIDE, 2018). Neste estudo, a dor dentária foi associada com o uso dos serviços de saúde bucal, semelhante ao resultado de um estudo realizado com outra população rural ribeirinha, onde a dor dentária era a principal motivação para a consulta odontológica (COHEN-CARNEIRO et al., 2009). Nos casos em que os pacientes dependiam exclusivamente dos serviços da UBSF, os entrevistados relataram a adoção de medidas alternativas para o alívio da dor enquanto o atendimento não ocorria, como o uso de analgésicos e remédios caseiros, achado semelhante ao estudo de Silva e colaboradores (2010), realizado em uma população ribeirinha de Rondônia, no qual os participantes também relataram o uso de remédios caseiros, como chás e até mesmo simpatias, para o alívio da dor dentária.

De acordo com as entrevistas, desde o início da pandemia de COVID-19, as atividades de educação em saúde não eram mais realizadas. A educação em saúde deve ser um processo contínuo, o que se torna desafiador em áreas remotas (AMARAL et al., 2017). Até o momento deste estudo, havia apenas uma equipe de saúde bucal atuando nas localidades rurais ribeirinhas e isto pode ser um dos dificultadores para a realização de atividades educativas, diante da demanda pelo atendimento. O cuidado individual preventivo está associado com uma baixa necessidade de tratamento especializado, ou seja, a ampliação do escopo da APS possibilitaria maior resolução de necessidades de saúde bucal na atenção primária, reduzindo a necessidade de tratamentos a serem realizados na atenção secundária (AZEVEDO et al., 2020), tratamentos estes de difícil resolução dentro das localidades ribeirinhas.

As atividades de educação em saúde bucal necessitam de profissionais capacitados para exercerem tal função. Um dos grandes desafios de garantir saúde às populações rurais é o recrutamento e a fixação dos profissionais de saúde nessas áreas (SCHOO et al., 2016). No território de estudo, os ACS são os únicos profissionais de saúde fixos nas comunidades, e, conseqüentemente, apresentam grande protagonismo na saúde da população rural. Estes profissionais são a personificação do acesso à saúde para essas comunidades, uma vez que muitas vezes são os únicos responsáveis por receber as demandas de saúde da população (SOARES et al., 2020). Por isso, a capacitação em saúde bucal desses profissionais seria uma medida importante para a promoção da saúde bucal (SKILMANN et al., 2010).

Enfatiza-se que para a promoção da saúde nessas localidades são necessárias ações intersetoriais, que garantam a redução da pobreza, a educação e o saneamento básico (KADRI et al., 2019). O investimento no uso de estratégias de *e-health*, incluindo para a educação continuada, incentivo para profissionais atuarem em áreas rurais, um maior investimento em unidades de saúde móveis (neste caso, na UBSF), também seriam alternativas para superar as barreiras identificadas (SKILMANN et al., 2010). A valorização das atividades de prevenção e promoção da saúde bucal tem como objetivo oportunizar condições que favoreçam a manutenção da saúde bucal e garantam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal da população (SALIBA et al., 2010). Uma revisão sistemática da literatura observou que intervenções educativas realizadas com crianças apresentaram como resultado melhorias na condição de saúde bucal, observada através da adoção de comportamentos saudáveis e diminuição de novas lesões cáries (MENEGAZ et al., 2018).

A perda dentária acarreta prejuízos estéticos, funcionais e psicológicos (SALIBA et al., 2010), gerando ainda impactos negativos à qualidade de vida, uma vez que pode levar à exclusão social e baixa autoestima (GERRITSEN et al., 2010). Um estudo realizado com a mesma população deste, observou que a perda dentária estava associada a fatores contextuais territoriais, envolvendo o serviço de saúde e a características socioeconômicas, demográficas e ainda, a autopercepção em saúde bucal (SOUZA et al., 2022). Ressalta-se que o difícil acesso a consultas odontológicas de rotina favorecem a adoção de procedimentos mais invasivos e mutiladores, como por exemplo extrações dentárias ao invés de tratamentos restauradores e reabilitadores, principalmente entre a população socioeconomicamente mais vulnerável (MOREIRA; NATIONS; ALVES, 2007). A mutilação dentária ainda é vista com naturalidade por uma parte da população, considerada como característica do processo de envelhecimento. Além disso, idosos que sofreram tais mutilações quando mais jovens, consideram não precisar mais de tratamento odontológico (MOREIRA; NICO; SOUZA, 2009; HAIKAL et al., 2011). Além de representar uma prática que não traz benefícios para o indivíduo, ainda reproduz as desigualdades sociais existentes na sociedade (FERREIRA et al., 2006). Os achados deste estudo mostraram que o modelo assistencial ofertado nas comunidades estudadas ainda é fortemente orientado pelo modelo tradicional biomédico, sendo necessária a sua reorientação.

Apesar da melhora nas condições de saúde bucal na população brasileira, o edentulismo é um agravo prevalente, que deve ser abordado com atenção na saúde

pública (CORASSA et al., 2022). Na população de estudo, indivíduos edêntulos, usuários de prótese dentária e com idade mais elevada utilizavam menos os serviços de saúde bucal. Os idosos edêntulos relataram não achar necessário ir às consultas odontológicas, uma vez que não possuíam mais dentes naturais e faziam uso de prótese dentária, com exceção de quando sentiam necessidade de trocar a prótese. Ressalta-se que muitos utilizavam a mesma prótese por um longo período de tempo devido aos custos que teriam para a confecção de uma nova. Para isso, precisariam se deslocar até a área urbana e buscar pelo serviço privado. A confecção de prótese dentária apesar de figurar no rol de tratamentos oferecidos pelo SUS, possui um alcance limitado (BORGES et al., 2014). Um estudo mostrou que as principais causas de tal limitação seria a baixa oferta de profissionais capacitados para atuarem nos laboratórios de prótese, e ainda, o baixo financiamento para a manutenção desses laboratórios (GUIMARÃES et al., 2017).

A capacidade financeira, relaciona-se com os custos que o usuário precisa dispor para obter o atendimento, incluindo custos de deslocamento, alimentação, estadia, compra de medicamentos e para a realização de consultas e procedimentos (UNGLERT, 1990). Embora a análise dos desfechos de utilização do serviço não tenha sido capaz de captar a influência da capacidade de pagamento, foi observada uma associação entre o uso dos serviços odontológicos e a quantidade de bens e nas entrevistas foi possível observar que esta apresenta-se como uma barreira importante para o acesso aos serviços de saúde, principalmente nos casos em que o atendimento não irá ocorrer na localidade. É notório que, uma vez que a acessibilidade (distância geográfica) e a disponibilidade (vagas limitadas) se apresentaram como barreiras ao acesso, ter algum poder aquisitivo é um componente que ajuda a superá-las, na busca por atendimento em outras localidades, como na área urbana de Manaus. Portanto, a capacidade financeira pode atuar como um facilitador para o acesso, a depender das condições socioeconômicas do indivíduo. Os achados deste estudo sobre a utilização dos serviços de saúde bucal convergem com diversos estudos que mostram uma relação entre o uso dos serviços e as condições de saúde e características socioeconômicas da população (TRAVASSOS et al., 2000; DIAS-DA-COSTA et al., 2008; JUNQUEIRA et al., 2014).

A literatura mostra um menor uso dos serviços de saúde bucal pela população rural quando comparada com a população urbana (HERKRATH et al., 2020). Isso pode estar relacionado com a menor disponibilidade de serviços nas localidades rurais

e com o gasto financeiro necessário para o deslocamento até os serviços de saúde (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018). A cobertura da atenção primária à saúde também está relacionada com o maior uso dos serviços de saúde bucal (HERKRATH et al., 2020). Um estudo que utilizou dados do primeiro ciclo da PMAQ-AB no Amazonas, observou que a extensão da cobertura dos serviços de saúde para as populações rurais era insuficiente e que esta ocorria de forma itinerante (GARNELO; VIEIRA; SOUZA, 2014). A PNS 2019 mostrou que menos de um quarto da população brasileira havia utilizado serviços públicos de saúde bucal. Ainda mostrou que aqueles com menor renda e escolaridade utilizaram mais o serviço público (GALVÃO et al., 2021), concordando com os achados deste estudo, que também encontrou uma proporção elevada de utilização do serviço público e associação de aspectos socioeconômicos com o uso dos serviços odontológicos. Uma vez que não havia serviço de saúde privado nas comunidades ribeirinhas estudadas, a população dependia exclusivamente do serviço público. Conseqüentemente, dimensões mais frágeis do acesso impactavam no uso destes serviços. Mesmo aqueles que buscavam pelo serviço público na área urbana de Manaus, necessitavam de recursos financeiros para conseguirem superar as barreiras geográficas e a menor disponibilidade dos serviços.

A aceitabilidade relaciona-se com a postura que os usuários e profissionais de saúde apresentam em relação às condutas de cada um (PENCHANSKY; THOMAS, 1981), ou seja, a personalidade dos usuários e suas atitudes em relação à equipe de saúde bucal, assim como as atitudes das equipes na oferta do cuidado (SERMSUTI-ANUWAT; PONGPANICH, 2018). Dentre as dimensões investigadas na etapa quantitativa, apenas a aceitabilidade foi associada com o uso dos serviços de saúde bucal. Considerando o delineamento do estudo, a associação da aceitabilidade com o uso dos serviços pode representar uma causalidade reversa, ou seja, os usuários acabaram por avaliar melhor o serviço pelo fato de terem tido a oportunidade de se consultar recentemente. Uma das principais dificuldades apontadas pela população nesta dimensão foi o fato de não haver uma alternativa na comunidade para consultas odontológicas, apenas o serviço público uma vez ao mês.

Este estudo apresentou uma limitação importante quanto à população de estudo, uma vez que em localidades rurais ribeirinhas há uma maior dificuldade em encontrar indivíduos do sexo masculino nos domicílios pelas características laborais das famílias, o que pode ter limitado o número de entrevistados do sexo masculino mesmo a examinadora tendo permanecido nas localidades alguns dias. O tamanho

da amostra apresentou-se como uma limitação também para a regressão e em algumas variáveis, como a renda, houve muitas perdas, dificultando a análise dos testes de associação. Muitas residências eram dispersas ao longo dos igarapés, o que envolvia grandes deslocamentos fluviais, com a impossibilidade de retorno em alguns domicílios. Há ainda a possibilidade de viés de informação, uma vez que os dados foram autorreferidos. Apesar de a perda dentária também ter sido um dado autorreferido, de acordo com a literatura, esta percepção possui alta validade (PEDRO et al., 2012). Considerando a diversidade das populações rurais amazônicas, os resultados encontrados podem não se aplicar a outras populações.

O método misto por meio do modelo explanatório-sequencial permitiu uma maior compreensão do acesso aos serviços de saúde bucal pelas populações rurais ribeirinhas. Através da análise dos dados quantitativos observou-se que as dimensões com piores escores foram a disponibilidade e a capacidade financeira. As entrevistas semiestruturadas permitiram que houvesse uma maior compreensão destas dimensões, buscando entender o como estas dimensões representavam barreiras enfrentadas por essa população. A baixa disponibilidade do serviço exigia que os usuários necessitassem de recursos financeiros para buscar atendimento em outras localidades, o que acontecia principalmente em casos de necessidades percebidas, em estágios mais avançados das doenças bucais. Destaca-se que a acessibilidade geográfica não foi considerada pelos usuários como uma barreira de acesso, o que mostra um impacto positivo da UBSF, implementada pela PNAB 2012. Os achados do estudo apontam, ainda, para a necessidade de reorientação dos serviços de saúde bucal ofertados pela equipe, buscando a superação do modelo tradicional biomédico para um modelo ampliado, que incorpore a promoção da saúde e garanta um acesso equânime e universal aos serviços de saúde bucal pelas populações rurais ribeirinhas.

7 CONCLUSÕES

O modo de vida ribeirinho possui características próprias e, por isso, os serviços de saúde públicos oferecidos precisam ser orientados às suas especificidades, para que se possa garantir a saúde bucal dessas populações de forma integral, equânime e universal. A disponibilidade e a capacidade de pagamento foram as dimensões do acesso com os piores escores na população de estudo. Aproximadamente metade dos adultos havia utilizado os serviços de saúde bucal no último ano, principalmente no setor público, no entanto uma parcela importante relatou ter usado o serviço havia mais de três anos. Melhor condição socioeconômica, sexo feminino, dor dentária nos últimos seis meses e maior número de dentes associaram-se ao uso dos serviços.

A presença, mesmo que itinerante, da UBSF nas comunidades rurais ribeirinhas foi considerada um facilitador do acesso, uma vez que o atendimento realizado na própria comunidade dispensa a necessidade de deslocamento até outra localidade para conseguir o atendimento. Ou seja, reduzia as barreiras relacionadas com a acessibilidade e capacidade de pagamento. No entanto, a disponibilidade foi identificada como uma das principais barreiras ao acesso enfrentadas pela população, em especial devido ao número reduzido de profissionais e ao baixo quantitativo de vagas ofertadas no atendimento mensal. Melhor capacidade financeira favorecia a superação das barreiras de acesso geográficas e relacionadas à menor disponibilidade dos serviços.

Assim, o acesso aos serviços de saúde bucal para as populações rurais ribeirinhas ainda é um grande desafio. O elevado número de dentes perdidos nesta população, assim como de atendimentos orientados pela dor dentária, identifica um modelo de assistência mutilador e com baixa capacidade de promover a saúde bucal da população, o qual necessita ser reorientado. A baixa disponibilidade dos serviços, a ausência de atividades de promoção e educação em saúde e o modelo assistencial tradicional centrado na doença, associados com as características de vulnerabilidade socioeconômica da população são incapazes de reverter as condições precárias de saúde bucal da população. É imprescindível a realização de ações de saúde que levem em consideração o modo de vida rural ribeirinho, suas características socioeconômicas e os principais agravos em saúde bucal, além da reorientação do

modelo de assistência. A adoção de medidas intersetoriais, comprometidas com a melhora das condições de vida e redução das barreiras de acesso a bens e serviços é necessária para promover uma atenção primária à saúde resolutiva.

REFERÊNCIAS

- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. **Health Serv Res**, v. 9, n. 3, p. 208–220, 1974.
- AKAJI, E. A. *et al.* Using community participation to assess demand and uptake of scaling and polishing in rural and urban environments. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 1, p. 80, 2018.
- AMAZÔNIA LEGAL. *In:* IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/informacoes-ambientais/vegetacao/15819-amazonia-legal.html?t=o-que-e>. Acesso em: 23 ago. 2021.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, v. 36, n.1, p.1-10, 1995.
- ANDERSEN R.; NEWMAN J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Mem Fund Q Health Soc**, v. 51, n.1, p. 95-124, 1973.
- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.
- ARRUDA, N. M., MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad Saúde Públ**, v. 34, n.6, p. 1-14, 2018.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- ATUOYE, K. N. *et al.* Can she make it? Transportation barriers to accessing maternal and child health care services in rural Ghana. **BMC Health Serv Res**, v. 15, n. 1, p. 333, 2015.
- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **Rural, regional and remote health: indicators or health status and determinants of health**. Canberra: AIHG, 2008.

- BARATA, R. B. acesso e uso de serviços de saúde. **São Paulo Perspect**, v. 22, n. 2, p. 11, 2008.
- AZEVEDO, M. B. de et al. Factors associated with the needs of specialised dental treatment among adults aged 35-44 years old in the state of Minas Gerais, Brazil: a multilevel cross-sectional study. **Cien Saude Colet**, v. 25, p. 2783–2792, 8 jul. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BIORDI, D. L. *et al.* Improving Access and Provision of Preventive Oral Health Care for Very Young, Poor, and Low-Income Children Through a New Interdisciplinary Partnership. **Am J Public Health**, v. 105, n. Suppl 2, p. e23–e29, 2015.
- BORGES, C. M. et al. Adult tooth loss profile in accordance with social capital and demographic and socioeconomic characteristics. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 6, p. 1849–1858, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444 GM/MS, de 28 de dezembro de 2000**. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestadas nos municípios por meio do programa de saúde da família. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 2000, sec. 1, p. 85
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1a edição, 1a reimpressão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL G.B., *et al.* Modo de vida ribeirinho e a longitudinalidade do cuidado na atenção primária em saúde. **Saúde (Sta Maria) [Online]**, v. 42, n.1, p. 31-38, 2016.
- CDI STUDY GROUP. Community-directed interventions for priority health problems in Africa: results of a multicountry study. **Bull World Health Organ**, v. 88, n. 7, p. 509–

518, 2010.

- CAMERINI, A. V. *et al.* Regular dental care in preschoolers in rural Southern Brazil. **Rev Saúde Públ**, v. 54, p. 37, 2020.
- CASTREE, N.; KITCHIN, R.; ROGERS, A. **A dictionary of human geography**. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- COHEN-CARNEIRO, F. *et al.* Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari. **Cad Saúde Públ**, v. 25, n. 8, p. 1827-1838, 2009.
- COIMBRA JR, C. E. A. Rural Health in Brazil. **Rev Saúde Públ**, v. 52, p. 2s, 2018.
- CORASSA, R. B. *et al.* Condições de saúde bucal autorrelatadas entre adultos brasileiros: resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 31, n. esp1, e2021383, 2022.
- CRESWELL, J. W.; KLASSEN, A. C.; PLANO CLARK, V. L.; SMITH, K. C. **Best practices for mixed methods research in the health sciences**. Washington, DC: National Institutes of Health, 2011. Disponível em: http://obssr.od.nih.gov/mixed_methods_research/. Acesso em: 20 de novembro de 2022
- DANTAS, M. N. P. *et al.* Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, v. 24, p. e210004, 2021.
- DAVOUDI, S.; STEAD, D. Urban-rural relationships: an introduction and a brief history. **Built Environ**, v. 28, n. 4, p. 268-277, 2002.
- DEANGELIS, S.; WARREN, C. Establishing community partnerships: providing better oral health care to underserved children. **J Dent Hyg**, v. 75, n. 4, p. 310–315, 2001.
- DE FIGUEIREDO JÚNIOR A. M. *et al.* O acesso aos serviços de saúde da população ribeirinha: um olhar sobre as dificuldades enfrentadas. **REAC**, v. 13, p. e4680, 2020.
- DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Utilização dos serviços ambulatoriais de saúde por mulheres: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, p. 2843–2851, 2008.
- DO AMARAL, R. C. *et al.* A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas - Pará, Brasil. **Rev Bras Odontol**, v. 74, n. 1, p. 18, 2017.
- DONABEDIAN A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press, 1973.

- DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529–532, 2012.
- ENDLICH, A. M. Perspectivas sobre o urbano e o rural. In: SPOSITO, M. E. B.; WHITACKER, A. M. (Org.). **Cidade e campo: relações e contradições entre urbano e rural**. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 11-31.
- FAGUNDES, M. L. B. *et al.* Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Rev Bras Epidemiol**, v. 24, p. e210004, 2021.
- FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saude Publ**, v. 43, n. 4, p. 595–603, 2009.
- FERREIRA, A. A. A.; PIUVEZAM, G., WERNER, C. W. A.; ALVES, M. S. C. F. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Cien Saúde Colet**, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.
- FETTERS M. D.; CURRY L. A.; CRESWELL J. W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. **Health Serv Res**, v. 48, n. 6, p. 2134-2156, 2013.
- FONSECA, E. P.; FONSECA, S. G. O.; MENEZES, M. C. Analysis of public dental services access in Brazil. **ABCS Health Sci**, v. 42, n. 2, 2017.
- FRANCO, E. C. *et al.* Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Rev CEFAC**, v. 17, n. 5, p. 1521-1530, 2015.
- FRANCO, C. M.; LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cad Saúde Públ**, v. 37, n. 7, p. e00310520, 2021.
- FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Publica Mex**, v. 27, n.5, p. 438-453, 1985.
- FUNDAÇÃO AMAZONAS SUSTENTÁVEL (FAS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA INFÂNCIA (UNICEF). **Recortes e cenários educacionais em localidades rurais ribeirinhas do Amazonas**. / Fundação Amazonas Sustentável; Fundo das Nações Unidas para Infância. – Manaus: Fundação Amazonas Sustentável, 2017.
- GALVÃO, M. H. R.; MEDEIROS, A. A.; RONCALLI, A. G. Contextual and individual factors associated with public dental services utilisation in Brazil: A multilevel analysis. **PloS One**, v. 16, n. 7, p. e0254310, 2021.

- GAMA, A. S. M. *et al.* Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cad Saúde Públ**, v. 34, n. 2, e00002817, 2018.
- GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81–99, 2018.
- GARNELO, L. *et al.* Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. **Int J Equity Health**, v. 19, n. 1, p. 54. 2020.
- GARNELO, L.; VIEIRA, J. R.; SOUZA, M. L. P., *et al.* Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiência e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: Fausto MCR, Fonseca HMS, organizadores. **Rotas da Atenção Básica no Brasil: Experiências do Trabalho de Campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes; 2014. p. 60-87.
- GERRITSEN, A. E. *et al.* Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health Qual Life Outcomes**, v. 8, p. 126, 2010.
- GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Cien Saude Colet**, v. 26, n. suppl 1, p. 2543–2556, 2021.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise**. In: Eibenschutz C, organizadora. Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-198
- GOMES, I. O que é rural? Contribuições ao debate. **Bol Geogr**, v. 31, n. 3, p. 81-95, 2013.
- GOULART, M. de A. *et al.* Beliefs about managing dental problems among older people and dental professionals in Southern Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 47, n. 2, p. 1-6, 2018.
- GUIMARÃES, M. R. C. *et al.* Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. **Rev Odontol UNESP**, v. 46, n. 1, p. 39–44, 2017.
- GUIMARÃES, A. F. *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v. 11, n. 0, p. e202000178, 2020.
- HAIKAL, D. S. *et al.* Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 7, p. 3317–3329, 2011.

- HERKRATH, F. J.; VETTORE, M. V.; WERNECK, G. L. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. **PloS One**, v. 13, n. 2, p. e0192771, 2018.
- HERKRATH, F. J.; VETTORE, M. V.; WERNECK, G. L. Utilisation of dental services by Brazilian adults in rural and urban areas: a multi-group structural equation analysis using the Andersen behavioural model. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 953, 2020.
- HOSEINI-ESFIDARJANI, S.-S. et al. Psychometric evaluation of the perceived access to health care questionnaire. **BMC Health Serv Res**, v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Manual de base territorial 2014**. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- JUNQUEIRA, S. R. et al. A realidade como instrumento pedagógico: problemas bucais e uso de serviços odontológicos. **Arq Odontol**, v. 50, n. 3, p. 121–130, 2014.
- KADRI, M. R. E. *et al.* Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 23, p. e180613, 2019.
- LEVESQUE, J.-F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **Int J Equity Health**, v. 12, n. 1, p. 18, 2013.
- LIMA, M. H. P. **Cidade-campo, urbano-rural: uma contribuição ao debate a partir de pequenas cidades em Minas Gerais**. 2007. 271 p. Tese (Doutorado)-Programa de Pós-graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Understanding sociodemographic differences in health--the role of fundamental social causes. **Am J Public Health**, v. 86, n. 4, p. 471–473, 1996.
- LUTFIYYA, M. N. *et al.* Rurality as a Root or Fundamental Social Determinant of Health. **Disease-a-Month**, v. 58, n. 11, p. 620–628, 2012.

- MACHADO, F. S. N. *et al.* Use of telemedicine technology as a strategy to promote health care of riverside communities in the Amazon: experience with interdisciplinary work, integrating NHS guidelines. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 1, p. 247–254, 2010.
- MAIA, C. V. R.; MENDES, F. M.; NORMANDO, D. The impact of oral health on quality of life of urban and riverine populations of the Amazon: A multilevel analysis. **PLoS ONE**, v. 13, n. 11, p. e0208096, 2018.
- MCINTYRE D.; MOONEY G. (eds). **The economics of health equity**. New York: Cambridge University, 2007.
- MELLO, T. R. C.; ANTUNES, J. L. F.; WALDMAN, E. A. Áreas rurais: pólos de concentração de agravos à saúde bucal? **ArquiMed**, v. 19, n. 1–2, p. 67–74, 2005.
- MENEGAZ, A. M.; SILVA, A. E. R.; CASCAES, A. M. Intervenções educativas em serviços de saúde e saúde bucal: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**, v. 52, p. 52, 2018.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conhecendo a atenção primária ribeirinha [Livro eletrônico]**. Organização Altair Seabra de Farias. 1 ed. Manaus, AM: Universidade do Estado do Amazonas (UEA). 2021.
- MIOTTO, M. H. M. B.; SILOTTI, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 5, p. 1357–1363, 2012.
- MIRANDA, C.; SILVA, H. **Concepções da ruralidade contemporânea: as singularidades brasileiras**. Brasília: IICA (Série Desenvolvimento Rural Sustentável; v.21), 2013.
- MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; SOUSA, M. L. R. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Cad Saúde Públ**, v. 25, n.12, p. 2661–2671, 2009.
- MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M.S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Públ**, v. 23, n. 6, p. 1383–1392, 2007.
- MORENO-SERRA, R.; SMITH, P. C. Does progress towards universal health coverage improve population health? **Lancet**, v. 380, n. 9845, p. 917-923, 2012.
- MOURA, C. *et al.* Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Públ**,

- v. 30, n. 3, p. 611-622, 2014.
- MULLACHERY, P.; SILVER, D.; MACINKO, J. Changes in health care inequity in Brazil between 2008 and 2013. **Int J Equity Health**, v. 15, n. 1, p. 140, 2016.
- NICO, L. S. et al. Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Cien Saude Colet**, v. 21, p. 389–398, 2016.
- ORAL HEALTH IN AMERICA: SURGEON GENERAL SUMMARY | PUBLICATIONS | DIVISION OF ORAL HEALTH | CDC. 2019. Disponível em: https://www.cdc.gov/oralhealth/publications/sgr2000_05.htm. Acesso em: 19 ago. 2021.
- PAISI, M. et al. Barriers and facilitators to dental care access among asylum seekers and refugees in highly developed countries: a systematic review. **BMC Oral Health**, v. 20, n. 1, p. 337, 2020.
- PAVÃO, A. L. B.; COELI, C. M. Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. **Cad Saúde Colet**, v. 16, n. 3, p. 11, 2008.
- PEDRO, R. E. L. et al. Validação de entrevista por telefone para avaliação da saúde bucal em idosos. **RBCEH**, v. 8, n. 2, 2011.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, n.2, p.127-140, 1981.
- PERES, M. A.; ANTUNES, J. L. F.; PERES, K. G. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. **Soz Praventivmed**, v. 51, n. 5, p. 302–310, 2006.
- PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde Debate**, v. 42, n. spe1, p. 302–314, 2018.
- PIUVEZAM, G., ALVES, M.C.S.F. **Estudo psicossocial das perdas dentárias na terceira idade** [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2004.
- RODRIGUES, É. F.; RIBEIRO, A. P. Ações intersetoriais para implementação de políticas públicas dirigidas às populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Cad Saúde Públ.** v. 36, n. 5, p. e00030620, 2020.
- RÜCKERT, B.; CUNHA, D. M.; MODENA, C. M. Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: revisão integrativa da literatura. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 903–914, 2018.
- SALIBA, N. A. *et al.* Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas

- pela Organização Mundial de Saúde. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. suppl 1p, 1857–1864, 2010.
- SANCHEZ, R.; CICONELLI, R. The concepts of health access. **Rev Panam Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 260–8, 2012.
- SANTOS, F. B. *et al.* Fatores de risco comportamentais para doenças cardiovasculares entre adolescentes da zona rural de um município do Sul do Brasil. **Cad Saúde Públ**, v. 37, n. 2, p. e00241119, 2021.
- SAURMAN, E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. **J Health Serv Res Policy**, v. 21, n. 1, p. 36–39, 2016.
- SCHOO, A.; LAWN, S.; CARSON, D. Towards equity and sustainability of rural and remote health services access: supporting social capital and integrated organizational and professional development. **BMC Health Serv Res**, v. 16, n. 111, 2016.
- SERMSUTI-ANUWAT, N.; PONGPANICH, S. Perspectives and experiences of Thai adults using wheelchairs regarding barriers of access to dental services: a mixed methods study. **Patient Prefer Adherence**, v. 12, p. 1461–1469, 2018.
- SHIELDS, M.; SHOOSHTARI, S. Determinants of self-perceived health. **Health Rep**, v. 13, n. 1, p. 35–52, 2001.
- SILVA, R. H. A. da *et al.* Dental caries in a riverine community in Rondônia State, Amazon Region, Brazil, 2005-2006. **Cad Saúde Publ**, v. 24, n. 10, p. 2347–2353, 2008.
- SILVA, R. H. A. da *et al.* Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores de região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. suppl 1, p. 1475–1480, 2010.
- SILVESTRE, J.; AGUIAR, A.; TEIXEIRA, E. Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: Um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. **Cadernos ESP (Online)**, v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.
- SKILLMAN, S. M. *et al.* The challenge to delivering oral health services in rural America: Oral health services in rural America. **J Public Health Dent**, v. 70, n. suppl 1, p. S49–S57, 2010.
- SOARES, R. A. S. *et al.* Determinantes socioambientais e saúde: O Brasil rural versus o Brasil urbano. **Tempus, Actas de Saúde Colet**, v. 9, n. 2, p. 221-235, 2015.
- SOARES, A. N. *et al.* Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Physis**, v. 30, n. 3, p. e300332, 2020.

- SOUZA, V. G. L. et al. Contextual and individual factors associated with self-reported tooth loss among adults and elderly residents in rural riverside areas: A cross-sectional household-based survey. **PloS One**, v. 17, n. 11, p. e0277845, 2022.
- STOPA, S. R. et al. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Rev Saude Publ**, v. 51, n. suppl 1, p. 3s, 2017.
- STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B, organizador. **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. p. 207-45.
- SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano operativo de saúde das populações do campo e da floresta 2012/2015**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- SOUZA, R. A. de et al. Efeitos dos Softwares de Análise de Dados Qualitativos na Qualidade de Pesquisas. **Rev Adm Contemp**, v. 23, n.3, p. 373–394, 2019.
- STRASSER, R. Rural health around the world: challenges and solutions. **Fam Pract**, v. 20, n. 4, p. 457–463, 2003.
- THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saúde Públ**, v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008.
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Públ**, v. 20, n. supl. 2, p. S190-S198, 2004.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Cien Saude Colet**, v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Oral Health in America: A Report of the Surgeon General**. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 2000.
- UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev Saude Publ**, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.
- VIACAVA, F. Dez anos de informação sobre acesso e uso de serviços de saúde. **Cad Saúde Públ**, v. 26, n.12, p. 2210-2211, 2010.
- VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de

pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 2, p. 351–370, 2016.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, 2018.

WILKES, T.; HOUSTON, S.; MOONEY, G. Cultural Security: Some Cost Estimates from Derbarl Yerrigan Health Service. **New Doctor**, v. 77, p. 13–5, 2002.

APÊNDICE A: INSTRUMENTO DE PESQUISA

Questionário de Pesquisa

Nº _____

➤ CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

Questões e Opções de resposta	
1	Idade (anos)
2	Sexo (Masculino/ Feminino)
3	Cor da pele/Raça (Branco, pardo, preto, amarelo, indígena)
4	O morador selecionado tem alguma limitação nas funções mentais ou intelectuais, ou seja, tem dificuldade permanente para realizar atividades habituais, como se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar, ir à escola, brincar etc.? assinalar (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu).
5	Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), residem nesta casa? (Esta contagem exclui os empregados, domésticos, visitantes, indivíduos que moram de aluguel e não fazem parte da família e os inquilinos que residem naquele domicílio. 99 Não sei/ Não respondeu).
6	Quantos cômodos tem servido permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? (99 Não sei/ Não respondeu).
7	Quantos bens tem na sua casa? [Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone celular, máquina de lavar roupa, microcomputador (considere inclusive os portáteis, tais como: laptop, notebook, netbook) e número de barcos/rabetas/voadeiras. (99 Não sei/ Não respondeu).
8	No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos? (Registrar valor total em reais. (99 Não sei/ Não respondeu).
9	Algum morador tem acesso à internet no domicílio por meio de computador, tablet, telefone móvel celular, televisão ou outro equipamento? assinalar (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu).

➤ **CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA**

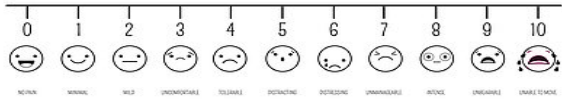
10	Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de Programa Bolsa Família? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu).
11	8) Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de Prestação Continuada – BPC – LOAS? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu).
12	Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de outros programas sociais do governo? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu).
13	A água utilizada nesse domicílio chega: (1 Canalizada em, pelo menos, um cômodo; 2 Canalizada só no terreno ou propriedade; 3 Não canalizada; 9 Não sei/ Não respondeu).

➤ **ESCOLARIDADE DO PARTICIPANTE**

Todas as idades-índice e grupos etários

	Questões e Opções de resposta
11	Sabe ler e escrever? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu).
12	Qual foi o curso, série ou ano escolar mais elevado que o(a) sr.(a)(você) frequentou na escola com aprovação? [0 Não estudei na escola (zero anos de estudo); 1 Fiz (Faz) curso de alfabetização de adultos; Ensino fundamental (1° grau ou primário) incompleto ou; 3 Ensino fundamental (1° grau ou primário) completo; 4 Ensino médio (2° grau ou colegial) incompleto; 5 Ensino médio (2° grau ou colegial) completo; 6 Ensino superior incompleto; 7 Ensino superior completo].
13	Quantos anos o(a) sr.(a) estudou? (Considerando a série ou o ano escolar concluído com aprovação. Não contar pré-escola, escola infantil ou creche)

➤ **MORBIDADE BUCAL REFERIDA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL**

Questões e Opções de resposta	
14	Nos últimos 6 meses, o sr. (a) teve dor de dente [0 Não; 1 Sim; 8 Não se aplica (se a pessoa não possui nenhum dente há pelo menos 6 meses); 9 Não sei/ Não respondeu].
15	<p>Aponte na linha abaixo o quanto foi esta dor (0 Nenhuma dor – 10 dor muito forte; 88 Não se aplica, o indivíduo não possui dentes há pelo menos 6 meses)</p>  <p style="text-align: center; font-size: small;">© CanStockPhoto.com</p>
16	No último ano, o(a) sr. (a) procurou algum consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/ equipe de saúde bucal para ser atendido? (0 Não procurei; 1 Procurei e não fui atendido; 2 Procurei e fui agendado para outro dia/ outro local; 3 Procurei e fui atendido; 9 Não sei/ não respondeu).
17	Qual tipo de consultório odontológico, serviço de saúde bucal ou dentista/ equipe de saúde bucal o(a) sr. (a) procurou? (0 Não procurei; 1 Serviço público; 2 Serviço particular; 3 Plano de saúde ou convênio; 4 Outros; 9 Não sei/ não respondeu).
18	Quando o(a) sr. (a) consultou o dentista pela última vez? (0 Nunca fui ao dentista; 1 Até um ano; 2 Mais de 1 ano a 2 anos; 3 Mais de 2 anos a 3 anos; 4 Mais de 3 anos; 9 Não sei/ não respondeu).
19	Onde foi a sua última consulta a um dentista? (0 Nunca fui ao dentista; 1 Serviço público; 2 Serviço particular; 3 Plano de saúde ou convênio; 4 Outros; 9 Não sei/ não respondeu).
20	Qual o motivo da sua última consulta a um dentista? (0 Nunca fui ao dentista; 1 Limpeza, prevenção ou revisão; 2 Dor de dente; 3 Extração; 4 Tratamento dentário (obturação, canal, etc.); 5 Problema de gengiva; 6 Tratamento de ferida na boca; 7 Implante dentário; 8 Colocação/manutenção do aparelho ortodôntico; 9 Colocação/manutenção de prótese ou dentadura; 10 Outros; 99 Não sei/ não respondeu).
21	O que o(a) sr.(a) achou do tratamento na última consulta ao dentista? (0 Nunca fui ao dentista; 1 Muito bom; 2 Bom; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Muito ruim; 9 Não sei/não respondeu).
22	O(A) sr.(a) tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu).

➤ **AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL**

Questões e Opções de resposta	
23	Em geral, como o(a) sr.(a) avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)? (1 Muito boa; 2 Boa; 3 Regular; 4 Ruim; 5 Muito ruim; 9 Não sei/não respondeu).
24	O sr. (a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu).
25	Qual o motivo principal pelo qual o sr. (a) considera que necessita de tratamento dentário atualmente? (0 Não necessito de tratamento dentário; 1 Revisão/Prevenção/Rotina/Limpeza; 2 Sangramento na gengiva; 3 Dor de dente; 4 Dor na gengiva; 5 Colocar aparelho ortodôntico; 6 Necessidade de prótese (dentadura, coroa, ponte, implante); 7 Dor muscular ou próximo ao ouvido; 8 Fazer canal; 9 Necessidade de fazer restaurações (obturações); 10 Mau hálito; 11 Extrair dente (arrancar); 12 Clarear os dentes; 13 Outro(s)[Especifique]; 14 Não sei/ não respondeu)
26	Lembrando-se dos seus dentes de cima, o(a) sr.(a) perdeu algum dente? (0 Não; 1 Sim, perdi ___ dentes; 9 Sim, perdi todos os dentes de cima).
27	Lembrando-se dos seus dentes de baixo, o(a) sr.(a) perdeu algum dente? (0 Não; 1 Sim, perdi ___ dentes; 9 Sim, perdi todos os dentes de baixo)
28	O(A) sr. (a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/não respondeu).
29	O(A) sr. (a) usa algum tipo de prótese dentária? (dente artificial, implante, dentadura, chapa) (0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/não respondeu).

➤ **ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL**

Domínios	Itens	
Acessibilidade	Q1	Os serviços odontológicos (para cuidar da sua boca/dentes) que você precisa são oferecidos na unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA)? [1-Discorda totalmente; 2-Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q2	A distância do dentista até sua casa é adequada? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q3	O tempo necessário para chegar ao dentista é adequado? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q4	Ir e voltar do dentista é fácil para você? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
Disponibilidade	Q5	Os serviços de saúde bucal (para cuidar da sua boca/dentes) de que precisa são oferecidos pelo serviço público de saúde? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q6	As instalações/equipamentos da unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA) atendem às necessidades de saúde bucal (cuidado com boca/dentes) dos pacientes? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q7	A equipe de saúde bucal (dentistas e auxiliares) é suficiente para dar conta do número de pacientes e suas necessidades? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
Aceitabilidade	Q8	A qualidade dos serviços odontológicos (cuidado com dentes/boca) prestados na unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA) é aceitável? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]

	Q9	A equipe de saúde bucal (dentista/auxiliar) da unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA) atende às necessidades da população de várias maneiras, como a realização de ações na comunidade? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q10	Os profissionais de saúde bucal (dentista/auxiliar) escutam com atenção o que você tem a dizer? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q11	Os profissionais de saúde bucal (dentista/auxiliar) te dão tempo suficiente? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q12	Você confia nas orientações da equipe de saúde bucal (dentista/auxiliar) sobre a saúde e doença da sua boca/dentes? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q13	Se você se sentir desconfortável com o atendimento do dentista na unidade fluvial (barco da SEMSA) é oferecida alguma outra alternativa? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q14	Você aceita os serviços para avaliar (examinar) sua boca/dentes na unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA)? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q15	A equipe de saúde bucal da unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA) trata você de forma respeitosa? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q16	Os profissionais de saúde bucal (dentista/auxiliar) estão familiarizados com a cultura local dos pacientes e se comunicam com vocês adequadamente? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
Capacidade de pagamento	Q17	Para resolver problemas com sua boca/dentes, você primeiro procura um dentista clínico geral (por exemplo o

		dentista da unidade fluvial)? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q18	Com a orientação ou encaminhamento de um dentista clínico geral (por exemplo o dentista da unidade fluvial), você consegue atendimento com um especialista? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q19	O preço/custo é uma dificuldade importante para usar os serviços de saúde bucal (ir ao dentista)? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
Adequação (Acolhimento)	Q20	É fácil marcar uma consulta com o dentista da unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA)? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q21	O tempo que espera para receber o atendimento que precisa com o dentista é adequado? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q22	Você pode discutir questões de saúde bucal (dentes/boca) e mudanças na sua condição de saúde pessoalmente com alguém da equipe de saúde? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q23	Os dias e horários de funcionamento do serviço de saúde bucal (no barco da SEMSA) é adequado para que possa ser atendido? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q24	O espaço físico da unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA) é adequado para que possa ser atendido pelo dentista? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q25	O acesso a alguns equipamentos, como cadeiras de rodas, andadores, rampas..., é oferecido na unidade de saúde fluvial (barco da SEMSA)? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
Conscientização	Q26	As orientações que você recebe da equipe de saúde bucal (dentista/auxiliar) são feitas de forma que você consiga

		entender? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q27	A informação/orientação que você precisa é passada pelo dentista/auxiliar em linguagem simples, sem o uso de palavras difíceis de entender? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q28	A comunicação da equipe de saúde bucal (dentista/auxiliar) com os pacientes é adequada? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q29	O dentista tenta ter certeza de que você entendeu perfeitamente as orientações de saúde bucal repassadas? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]
	Q30	Suas condições de vida são levadas em conta, como capacidade de pagamento, diferenças culturais e questões familiares? [1-Discorda totalmente; 2- Discorda; 3- Neutro; 4- Concorda; 5- Concorda totalmente]

APÊNDICE B: INSTRUMENTO DE PESQUISA QUALITATIVA

ROTEIRO COM AS PERGUNTAS NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA

Disponibilidade

- 1) Quando precisa de uma consulta com o dentista como faz para conseguir?
 - Em caso de idosos, perguntar se depende de alguém para acompanhar; se considera importante ir ao dentista;
 - Em caso de edêntulos/ usuários de prótese, perguntar se acham importante consultar com o dentista.
- 2) Já houve alguma vez que tentou ir ao dentista e não conseguiu? (ou se peregrinou em busca de atendimento, pedir para explicar).
 - Há escassez de “senhas” para consultar com o dentista da comunidade?
 - Precizou ir em Manaus para conseguir a consulta?
- 3) Na sua visão, o que tornaria mais fácil conseguir este atendimento?
 - Maior distribuição de senhas? Ter uma UBS com atendimento odontológico?

Acessibilidade

- 4) O(A) senhor(a) está satisfeito com a distância entre o serviço onde tem o dentista e a sua casa?
- 5) No decorrer da sua vida, o(a) senhor(a) considera que teve algum fator (ex: financeiro, geográfico, ausência/presença do serviço etc.) que dificultou ou facilitou a sua ida até um dentista? Qual(is)?
 - Distância, gasto com gasolina, dependência de um acompanhante, ausência do serviço que necessita.

Acolhimento

- 6) Está satisfeito com o tempo de espera para marcar uma consulta com o dentista?
 - É adequado o tempo entre o dia que solicitou a consulta e o dia da consulta?

- 7) Considera conveniente os dias e horários disponíveis para o atendimento com o dentista? Este horário atrapalha alguma atividade diária sua?

Capacidade de Compra

- 8) O(A) senhor(a) já pagou por uma consulta odontológica? Considerou um valor justo? (explorar)
- Quais gastos você tem para ir em uma consulta particular? Transporte (barco, ônibus/uber), alimentação, valor do procedimento odontológico...
 - Considera difícil fazer tratamento fora da comunidade devido aos valores?
- 9) O(A) senhor(a) já deixou de fazer um tratamento odontológico devido aos custos que teria? Qual tratamento? (Investigar dor dentária, extração, restauração, etc.). Se sim, qual medida o senhor adotou?

Aceitabilidade/ Conscientização

- 10) Como foram as suas experiências com dentistas que atendem na comunidade (SEMSA) ao longo da sua vida? Considera que existe uma boa relação entre o dentista e os pacientes?
- 12) O(a) senhor(a) considera que o serviço de saúde bucal oferecido pelo SUS consegue atender todas as suas necessidades? Por quê?
- Realizar todos os tratamentos que necessita?

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr.(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “**Acesso aos Serviços de Saúde Bucal por Populações Rurais Ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.**”, cuja pesquisadora responsável é a aluna do curso de pós-graduação *Stricto Sensu* em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), **Adrielly Carvalho Guedes**, sob orientação do professor **Dr. Fernando José Herkrath**, do Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia. O objetivo geral do projeto é identificar quais as principais dificuldades que as populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas, enfrentam para terem acesso aos serviços de saúde bucal.

O(A) Sr.(a) tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento odontológico que recebe nas Unidades Básicas de Saúde da SEMSA - AM.

Caso aceite participar, sua participação durará em torno de 15 minutos e se dará através do preenchimento de um questionário contendo perguntas sobre suas informações demográficas e socioeconômicas, sua saúde bucal e questões relacionadas às dimensões de acesso aos serviços de saúde bucal. E em um segundo momento, o sr. (a) poderá ser convidado a participar de uma entrevista com a pesquisadora responsável, com perguntas acerca do seu acesso aos serviços de saúde bucal. Esta entrevista será gravada e para isso o senhor deverá assinar um outro documento, o TCUV (Termo de Consentimento para Uso de Voz), que irá autorizar essa gravação, caso aceite participar da pesquisa.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são através do possível constrangimento durante o preenchimento dos questionários ou na realização da entrevista, entretanto, o Sr. (a) não será obrigado(a) a responder nenhuma das questões, caso não se sinta confortável. Quanto ao risco de identificação dos dados, serão tomadas todas as medidas para resguardar sigilo e confidencialidade, como a codificação das informações para evitar exposição dos seus dados. E quanto às entrevistas, serão apresentadas apenas as transcrições destas, preservando a identidade dos participantes. Mesmo assim, se algum dano ou constrangimento ocorrer a você, em

decorrência dos procedimentos da pesquisa, toda assistência lhe será assegurada pelos pesquisadores, de forma gratuita. Estarão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: fornecer argumentos científicos que possibilitem entender as principais dificuldades que as populações rurais ribeirinhas encontram para ter acesso aos serviços de saúde bucal, a fim de que possam ser desenvolvidas estratégias e políticas de saúde para minimizar essas barreiras e promover saúde a estas populações.

Se julgar necessário, o(a) Sr.(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Adrielly Carvalho Guedes a qualquer tempo para informação adicional na Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane, no endereço: Rua Terezina, 476, Adrianópolis, Manaus - AM, telefone: (92) 3621-2323.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP-ICS/UFPA fica localizado na Rua Augusto Corrêa, Nº 1, na Faculdade de Enfermagem do ICS - Sala 13 - Campus Universitário, Bairro: Guamá. CEP: 66.075-110 - Belém-Pará. Tel: (91) 3201-7735. E-mail: cepccs@ufpa.br. O CEP/UFPA é um colegiado interdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

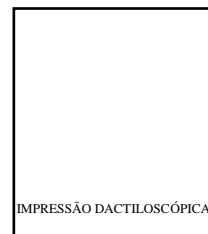
Li e concordo em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que também será assinado pela pesquisadora responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Eu, _____, aceito participar da pesquisa.

Manaus, ___ de ___ de 2022

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável



APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE VOZ (TCUV)

Eu, _____ permito que a pesquisadora Adrielly Carvalho Guedes obtenha a gravação de voz de minha pessoa para fins da pesquisa científica intitulada ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR POPULAÇÕES RURAIS RIBEIRINHAS.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa durante a entrevista possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa, não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações de voz realizadas durante a entrevista ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Terão acesso aos arquivos somente a pesquisadora responsável Adrielly Carvalho Guedes e o orientador da pesquisa professor Dr. Fernando José Herkrath.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que também será assinado pela pesquisadora responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Assinatura do Participante da Pesquisa:

Nome e Rubrica do pesquisador responsável

Manaus, _____ de _____ de 2022

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL POR POPULAÇÕES RURAIS RIBEIRINHAS. **Pesquisador:** ADRIELLY CARVALHO GUEDES **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 54353821.1.0000.0018

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.298.346

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objetivo identificar quais as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal por populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas. Trata-se de um estudo de métodos mistos, segundo o modelo explanatório-sequencial. A pesquisa ocorrerá nos domicílios dos participantes e será composta por duas etapas, a primeira será um inquérito populacional de base domiciliar, utilizando como

instrumento de pesquisa um questionário adaptado do Projeto da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2020). A partir da análise dos resultados encontrados na primeira etapa, serão selecionados os participantes que apresentarem resultados mais significativos estatisticamente, para a realização da etapa qualitativa, com o intuito de compreender de forma mais profunda os achados da etapa anterior, através de uma entrevista semiestruturada. Busca-se com base nos resultados obtidos levantar discussões acerca das dificuldades que essas populações encontram para ter acesso aos serviços de saúde bucal, a fim de serem desenvolvidas estratégias e políticas de saúde que possam minimizar essas barreiras e promover saúde a estas populações.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar quais as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde bucal por populações rurais ribeirinhas do Rio Negro, Manaus, Amazonas.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características demográficas e socioeconômicas dos residentes em comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Avaliar a morbidade bucal referida dos participantes que residem nas comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Compreender o acesso e uso dos serviços de saúde bucal dos participantes residentes das comunidades rurais ribeirinhas. do rio Negro, Manaus, Amazonas;
- Conhecer a autopercepção em saúde bucal dos residentes das comunidades rurais ribeirinhas do rio Negro, Manaus, Amazonas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Os riscos desta pesquisa estão relacionados à possibilidade de constrangimento durante o preenchimento do questionário ou realização da entrevista, e a identificação dos indivíduos com suas percepções subjetivas. Porém, todos os cuidados serão tomados para resguardar estas informações quanto à garantia de sua confidencialidade. Os resultados da etapa quantitativa serão apresentados em termos de médias e proporções para o conjunto dos indivíduos. E quanto à etapa qualitativa, o conteúdo das transcrições também serão analisadas de forma conjunta, e se necessário serão apresentadas apenas as transcrições de trechos específicos de entrevistas dos participantes, de forma a preservar a identidade destes e não permitir sua identificação.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa estão relacionados com a identificação e compreensão de quais as principais dificuldades que as populações rurais ribeirinhas enfrentam para ter acesso aos serviços de saúde bucal servirá de importante subsídio para que se possam ser desenvolvidas estratégias e políticas de saúde que visem minimizar essas barreiras e promover saúde a estas populações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda em resolver pendências citadas no parecer nº5.218.680, que depois de ser analisado por este colegiado entende-se que as pendências foram resolvidas adequadamente, conforme documento anexado como, "carta resposta".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1852252.pdf	22/02/2022 12:32:29		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_instituicao.pdf	22/02/2022 12:30:52	ADRIELLY CARVALHO GUEDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_dissertacao.pdf	21/02/2022 11:11:55	ADRIELLY CARVALHO GUEDES	Aceito

Outros	Perguntas_norteadoras_entrevista.pdf	21/02/2022 11:03:44	ADRIELLY CARVALHO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	21/02/2022 10:57:00	ADRIELLY CARVALHO	Aceito
Outros	Carta_resposta_recomendacoes_CEP.pdf	21/02/2022 10:50:28	ADRIELLY CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	21/02/2022 10:46:26	ADRIELLY CARVALHO GUEDES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_de_isencao_onus_financieiro.pdf	21/02/2022 10:45:36	ADRIELLY CARVALHO	Aceito
Orçamento	Orcamento_financieiro.pdf	21/02/2022 10:44:09	ADRIELLY CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCUV.pdf	21/02/2022 10:42:33	ADRIELLY CARVALHO GUEDES	Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado.pdf	21/02/2022 10:41:59	ADRIELLY CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/02/2022 10:41:23	ADRIELLY CARVALHO GUEDES	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento.pdf	10/12/2021 12:18:13	ADRIELLY CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de	termo_de_aceite_do_orientador.pdf	10/12/2021	ADRIELLY	Aceito

Página 03 de

Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_aceite_do_orientador.pdf	12:15:14	CARVALHO GUEDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Anuencia_.pdf	16/11/2021 18:52:03	ADRIELLY CARVALHO GUEDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 18 de Março de 2022

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

