

Análise segundo a variável sexo do acesso a serviços odontológicos da assistência básica do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal através de indicadores da atenção básica do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) em 2019

Analysis according to the sex variable of access to dental services in primary care of the Unified Health System (SUS) of the Federal District through primary care indicators of the Health Information System for Primary Care (SISAB) in 2019

Análisis según la variable sexo de lo acceso a servicios odontológicos en atención primaria del Sistema Único de Salud (SUS) del Distrito Federal a través de indicadores de atención primaria del Sistema de Información en Salud para Atención Primaria (SISAB) en 2019

Amanda Beatriz Gonçalves Vivacqua

Ataydes Dias Magalhães

Fábio Carneiro Martins

Gilberto Alfredo Pucca Júnior

RESUMO: O acesso aos serviços de saúde é influenciado pela desigualdade social entre os sexos feminino e masculino. Necessita-se de estudos que analisem o acesso a serviços odontológicos conforme a variável sexo. Este estudo objetiva descrever e caracterizar os indicadores de saúde bucal por área do Distrito Federal, bem como analisar a relação entre os indicadores de saúde bucal, características contextuais das áreas do DF e a associação entre a variável sexo e as variáveis consulta agendada, atendimento de escuta inicial/ orientação, atendimento de consulta no dia e atendimento de urgência. Nesse estudo observacional transversal, os indicadores da atenção básica foram associados estaticamente a variáveis contextuais do Distrito Federal. O teste Qui-Quadrado de Pearson não apontaram uma diferença significativa entre as quantidades de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo por região de saúde do Distrito Federal. O Coeficiente de Correlação de Postos de Spearman evidenciou uma correlação entre o número de atendimentos odontológicos para cada sexo e o número médio anual de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia da Saúde da Família incluídas de cada região de saúde, bem como apontou que não existe correlação significativa entre a frequência de atendimentos odontológicos para cada sexo e a renda domiciliar média mensal e evidenciou a não correlação entre a quantidade de atendimentos de ambos os sexos e o porte populacional de cada região de saúde. Notou-se um padrão de acesso por sexo, que ratifica algumas considerações antigas sobre o acesso a serviços de

saúde. Diferenças de acesso entre as regiões de saúde não podem ser explicadas por diferenças na renda domiciliar média mensal e no porte populacional.

Palavras-Chaves: Acesso aos Serviços de Saúde, Mulheres, Homens, Atenção Básica, Serviços Odontológicos, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT: Access to health services is influenced by social inequality between men and women. Studies are needed to analyze access to dental services according to the gender variable. This study aims to describe and characterize oral health indicators by area of the Federal District, as well as to analyze the relationship between oral health indicators, contextual characteristics of the areas of the Federal District and the association between the gender variable and the variables scheduled consultation, initial listening/guidance care, same-day consultation care and emergency care. In this observational cross-sectional study, primary care indicators were statically associated with contextual variables of the Federal District. Pearson's chi-square test did not indicate a significant difference between the number of dental appointments according to the gender variable by health region of the Federal District. Spearman's Rank Correlation Coefficient showed a correlation between the number of dental appointments for each sex and the average annual number of Family Health Strategy Oral Health Teams included in each health region. It also indicated that there is no significant correlation between the frequency of dental appointments for each sex and the average monthly household income, and showed no correlation between the number of appointments for both sexes and the population size of each health region. A pattern of access by sex was noted, which confirms some old considerations about access to health services. Differences in access between health regions cannot be explained by differences in average monthly household income and population size.

Keywords: Health Services Accessibility, Women, Men, Primary Health Care, Dental Health Services, Unified Health System.

RESUMEN: El acceso a los servicios de salud está influenciado por la desigualdad social entre mujeres y hombres. Se necesitan estudios que analicen el acceso a los servicios odontológicos según la variable género. Este estudio tiene como objetivo describir y caracterizar los indicadores de salud bucal por zona del Distrito Federal, así como analizar la relación entre los indicadores de salud bucal, las características contextuales de las zonas del DF y la asociación entre la variable sexo y las variables consulta programada, atención inicial de escucha/orientación, atención de consulta en el día y atención de urgencias. En este estudio observacional transversal se asociaron estadísticamente indicadores de atención primaria con variables contextuales del Distrito Federal. La prueba Chi-Cuadrado de Pearson no indicó diferencia significativa entre el número de consultas odontológicas según la variable género por región sanitaria del Distrito Federal. El Coeficiente de Correlación de Rangos de Spearman mostró una correlación entre el número de consultas odontológicas para cada sexo y el número promedio anual de Equipos de Salud Bucal de la Estrategia de Salud Familiar incluidos en cada región de salud, además de indicar que no existe correlación significativa entre la frecuencia de consultas odontológicas para cada sexo y el ingreso familiar mensual promedio y no mostró correlación entre el número de consultas para ambos sexos y el tamaño de la población de cada región de salud. Se observó un patrón de acceso según sexo, que confirma algunas viejas consideraciones sobre el acceso a los servicios de salud. Las diferencias en el acceso entre regiones sanitarias no pueden explicarse por las diferencias en el ingreso familiar mensual promedio y el tamaño de la población.

Palabras claves: Accesibilidad a los Servicios de Salud, Mujeres, Hombres, Atención Primaria de Salud, Atención Odontológica, Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

O artigo 196 da Constituição prevê a universalidade no acesso aos serviços de saúde como um direito social, de modo que a saúde é compreendida como um direito próprio à condição de cidadão, cabendo ao Estado a responsabilidade em garanti-la¹. Programas e estratégias têm sido formulados, com o intuito de aproximar os serviços públicos aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)².

O Ministério da Saúde, em 1994, deu início ao Programa Saúde da Família. A partir de 2006, este programa estabeleceu-se como a estratégia prioritária para a reorientação da atenção básica no país, passando a ser denominada de Estratégia de Saúde da Família². Desde 2004, com a implementação da política nacional de saúde bucal, expandiu-se as noções de que a atenção básica odontológica do Sistema Único de Saúde deve ser organizada em prol do acesso universal a serviços de uma atenção integral à saúde, tendo como responsabilidade desenvolver a autonomia dos indivíduos, estimular uma gestão participativa e assumir todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico³.

A noção de acesso é complexa e muitas vezes imprecisa em relação ao uso de serviços de saúde, variando conforme diferentes autores e contextos². O acesso aos serviços de saúde é legitimado e garantido pela Constituição, como um importante exercício da cidadania, controle social e equidade⁴. O acesso universal aos serviços de saúde enfrenta diversas dificuldades para ser concretizado e é influenciado por fatores individuais predisponentes e contextuais, a depender do modelo explicativo utilizado para elucidar esse conceito⁵.

O acesso e a utilização de serviços de saúde são associados a um conjunto de fatores que podem ser categorizados em determinantes da oferta e determinantes da demanda. Compreende-se que os determinantes de oferta incluem aspectos que modulam a oferta de serviços de saúde, tais como fatores associados às condições de acessibilidade geográfica, cultural e organizativa desses serviços em uma determinada sociedade. Já os determinantes da demanda incluem o estado ou necessidade de saúde do usuário dos serviços de saúde, além de aspectos sociais, tais como questões de sexo, etnia, escolaridade, renda e classe social⁶.

Ao longo do desenvolvimento humano, o cuidado em saúde se focou majoritariamente no aspecto reprodutivo do corpo feminino, de modo que indivíduos associados ao sexo masculino foram socialmente educados para serem mais omissos em relação às suas

necessidades de cuidados em saúde e os serviços de saúde foram mais adaptados para o cuidado de pessoas do sexo feminino e menos pautados para o cuidado de indivíduos do sexo masculino, gerando uma preocupação de saúde pública, resultante de um imaginário social fundamentado na desigualdade estrutural entre homens e mulheres⁷. Todavia, no repertório acadêmico odontológico, ainda há uma grande carência de estudos que abordem as relações de acesso e utilização de serviços odontológicos segundo a variável sexo. Em função dessa problemática, necessita-se da realização de estudos que avaliem o acesso a serviços odontológicos conforme a variável sexo, para possibilitar a fundamentação e qualificação das políticas e decisões públicas que garantam um melhor acesso de grupos populacionais conforme suas necessidades. O Distrito Federal (DF) é uma unidade federativa brasileira organizada em 33 regiões administrativas, as quais abrigam aproximadamente 3 milhões de pessoas⁸. O DF é organizado pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal em sete regiões de saúde (Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste)⁹. Nessas regiões de saúde, durante o ano de 2019, haviam 119 Unidades Básicas de Saúde ativas com serviços odontológicos disponíveis para assistir à população. Esse estudo objetiva descrever e caracterizar os indicadores de saúde bucal por região de saúde do Distrito Federal, analisar a relação entre os indicadores de saúde bucal e características contextuais das regiões do DF e analisar a associação entre a variável sexo e as variáveis consulta agendada, atendimento de escuta inicial/ orientação, atendimento de consulta no dia e atendimento de urgência.

METODOLOGIA

O desenho metodológico do estudo pautou-se em uma investigação observacional transversal analítica, a partir de dados secundários provenientes de relatórios do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) oriundos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal referentes ao ano de 2019. Para tanto, optou-se por uma amostra não probabilística, na qual foram analisados os dados da produção odontológica de Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família reconhecidas pelo Ministério da Saúde das Unidades Básicas de Saúde do DF referentes ao ano de 2019. Os dados secundários extraídos consistiram em indicadores da atenção básica odontológica do Sistema Único de Saúde referentes às unidades básicas de saúde do Distrito Federal, durante o período compreendido entre janeiro e dezembro de 2019, englobando as seguintes modalidades de atendimentos

conforme a variável sexo realizados pelas equipes de saúde bucal: atendimento de urgência, consulta agendada, consulta no dia, consulta inicial/orientação referentes às sete regiões de saúde do Distrito Federal (Central, Centro-Sul, Leste, Oeste, Norte, Sudoeste e Sul). Os dados em questão englobam a produção de todas unidades básicas de saúde com atendimento odontológico que enviaram produção de no mínimo uma competência no ano de 2019. Os indicadores da atenção básica odontológica analisados foram categorizados e organizados em planilhas do programa Excel, versão 2019 (Microsoft Corp., Estados Unidos da América).

Os indicadores da atenção básica odontológica conforme a variável sexo foram associados às variáveis contextuais do DF representadas pelos seguintes indicadores, a saber: Porte Populacional de cada região de saúde do Distrito Federal referente ao ano de 2019, obtido da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP); a Renda Domiciliar Média Mensal divulgada pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios- PDAS/DF da Companhia de Planejamento do Distrito Federal, referente ao ano de 2013 e a Quantidade de Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuantes em todas as regiões de saúde do Distrito Federal durante o ano de 2019, dado obtido a partir de repasses da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Como o estudo utilizou bases de dados secundárias e de domínio público, ele foi dispensado de apreciação por comitê de ética em pesquisa. Para a análise da evolução da série histórica dos indicadores de saúde bucal conforme a variável sexo oriundos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, foram realizadas as seguintes operações estatísticas: Frequência Relativa, Teste Qui-Quadrado de Pearson e o Coeficiente de Correlação de Spearman. Para a comparação das quantidades relativas dos diferentes tipos de atendimentos realizados pelas equipes de saúde bucal (atendimento de urgência, consulta agendada, consulta no dia, consulta inicial/orientação) conforme as variáveis independentes sexo e região, foram utilizados o cálculo de Frequência Relativa e o Teste Qui-Quadrado de Pearson entre as variáveis, com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%).

Ademais, para a caracterização e comparação das relações entre a quantidade total das diferentes modalidades de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo e as diferentes regiões de saúde do Distrito Federal, também foram utilizados o cálculo de frequência relativa e o Teste Qui-Quadrado de Pearson entre as variáveis com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%). Em relação a análise estatística para caracterizar a relação entre as diferentes modalidades de atendimento odontológicos incluídos no estudo conforme a variável sexo e o porte populacional de cada região de saúde do Distrito Federal, foram

calculados o percentual do número total de atendimentos odontológicos incluídos nesse estudo conforme a variável sexo por cada mil habitantes da região, além da realização do Teste de Correlação de Postos de Spearman com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%) para testar uma possível correlação entre as variáveis de interesse. Para compreender a correlação estatística entre a quantidade total de atendimentos odontológicos analisados e a variável sexo, foi realizado o Coeficiente de Correlação de Spearman com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%). Ademais, para elucidar a correlação estatística entre a quantidade total de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo por cada região de saúde, o Coeficiente de Correlação de Spearman com nível de significância de $\alpha = 0,05$ (5%) também foi utilizado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Independentemente da região de saúde do Distrito Federal a ser considerada, a análise descritiva dos dados referentes aos atendimentos odontológicos conforme a variável sexo incluídos no estudo permitiu a constatação de que a quantidade de atendimentos do sexo feminino se sobressaiu em relação aos atendimentos referentes ao sexo masculino, conforme explicitado na tabela 1.

TABELA 1: Quantidade de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo por região de saúde do Distrito Federal. *

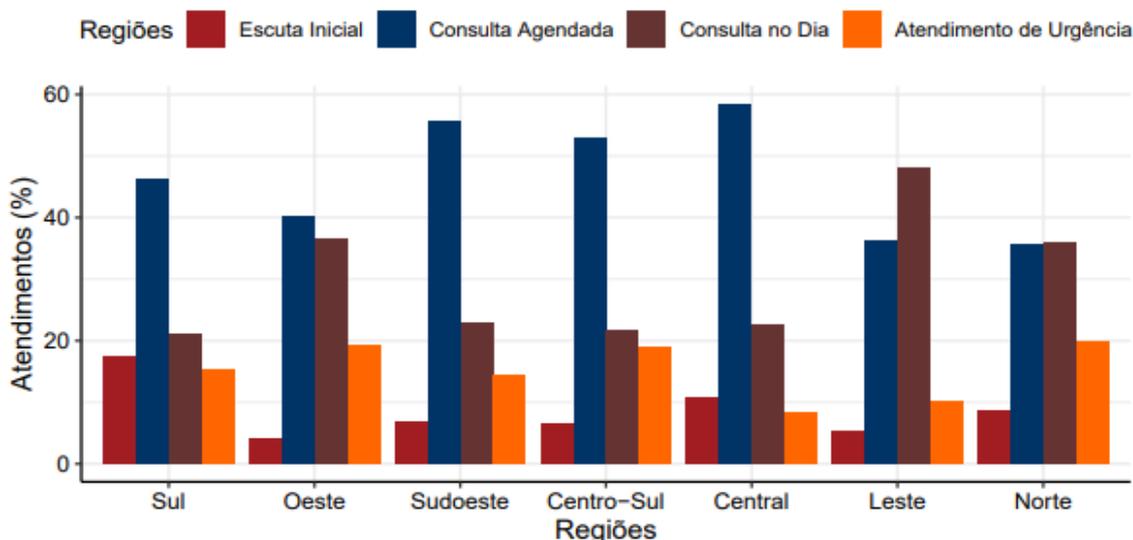
| Região | Sexo | | Total |
|--------------|----------------|----------------|----------------|
| | Masculino | Feminino | |
| Sul | 18.395 | 27.379 | 45.774 |
| Oeste | 21.572 | 31.163 | 52.735 |
| Sudoeste | 31.336 | 46.550 | 77.886 |
| Centro-Sul | 13.042 | 17.840 | 30.882 |
| Central | 8.241 | 13.418 | 21.659 |
| Leste | 15.832 | 17.697 | 33.529 |
| Norte | 25.914 | 36.946 | 62.860 |
| Total | 134.332 | 190.993 | 325.325 |

Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

Foi possível constatar, estatisticamente, utilizando-se do cálculo de frequência relativa, que as regiões de saúde do DF com maior diferença relativa entre o sexo masculino e feminino, em termos de quantidades totais de atendimentos odontológicos, são a região Sul e Central, as quais apresentam diferença de mais de 20%, enquanto que a região Leste apresenta a menor diferença (de 6%). O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para prever o quão significativas são as diferenças entre o número total de atendimentos odontológicos dos sexos masculino e feminino por região de saúde do Distrito Federal. Foram testadas a hipótese nula (“Não há associação entre a variável Região de Saúde do Distrito Federal e a variável Frequência de atendimentos por sexo”) e a hipótese alternativa (“Há associação entre a variável Região de Saúde do Distrito Federal e a variável Frequência de atendimentos por sexo”). O valor do V de Cramer do teste foi igual a 0,01. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,227, foi possível constatar que não há uma diferença significativa entre o número total de atendimentos odontológicos dos sexos masculino e feminino por região de saúde do DF.

GRÁFICO 1: Gráfico de colunas do número relativo de atendimentos por tipo de consulta odontológica conforme região de saúde. *



Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

Quanto ao tipo de atendimento, conforme descrito pelo Gráfico 1, constata-se que a consulta agendada é a mais frequente em todas as regiões de saúde do Distrito Federal, com exceção das regiões Leste e Norte. O atendimento do tipo escuta inicial, em contrapartida, não

é muito frequente, dado que as únicas regiões onde ela não é o tipo de consulta menos frequente são as regiões Sul e Central. Mesmo nessas regiões, o atendimento do tipo escuta inicial apresenta uma frequência baixa (abaixo de 20%). Observa-se que, nas regiões Norte e Oeste, o número de consultas no dia e o de consultas agendadas é aproximadamente igual. As regiões Norte e Leste apresentam quantidades relativas de consultas agendadas muito similares. O teste Qui-Quadrado de Pearson foi utilizado para verificar e mensurar as diferenças estatísticas entre as variáveis número de atendimentos por tipo de consulta e região de saúde do Distrito Federal. Foram testadas uma hipótese nula (“Não há associação entre a variável Região de Saúde do Distrito Federal e a variável Frequência de tipos de atendimentos por sexo”) e uma hipótese alternativa (“Há associação entre a variável Região de Saúde do Distrito Federal e a variável Frequência de tipos de atendimentos por sexo”). O V de Cramer (medida de associação de tabelas de contingência) do teste foi igual a 0,15, indicando uma correlação positiva e fraca entre as variáveis região e tipo de atendimento. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi menor que 0,001, pode-se concluir que há diferenças significativas entre o número de atendimentos odontológicos por tipo de consulta dos sexos masculino e feminino por região de saúde do Distrito Federal.

TABELA 2: Número de atendimentos odontológicos e porte populacional conforme região de saúde do Distrito Federal. *

| Região | Nº de Atendimentos | Porte Populacional |
|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| Central | 21659 | 392698 |
| Central-Sul | 30882 | 380797 |
| Leste | 33529 | 313563 |
| Norte | 62860 | 355006 |
| Oeste | 52735 | 507851 |
| Sudoeste | 77886 | 829672 |
| Sul | 45774 | 272959 |

Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

A análise estatística descritiva evidenciou que as regiões de saúde Sul e Norte apresentam maior número de consultas por 1.000 habitantes, ambas com aproximadamente 17% da população assistida pelas equipes de saúde bucal incluídas no estudo. As regiões de saúde Oeste e Leste apresentam valores muito próximos de consultas por 1.000 habitantes (respectivamente 104 e 107). Nota-se que, de todas as regiões, a que menos possui consultas é a região central (apenas 5,5% da população realizou consultas odontológicas de quaisquer

tipos pelas equipes de saúde bucal incluídas nesse estudo). Para testar uma possível correlação entre a quantidade total de atendimentos odontológicos realizados por região de saúde e o porte populacional de cada região, foi utilizado o Coeficiente/Teste de Correlação de Spearman. O ρ de Spearman do teste foi igual a 0,29. Como o P-valor do teste foi igual a 0,093, constata-se que o número de atendimentos odontológicos por região de saúde incluídos nesse estudo não apresenta correlação com o porte populacional da região de cada região de saúde.

TABELA 3: Número de atendimentos odontológicos conforme a variável sexo e a renda domiciliar média por região de saúde do Distrito federal. *

| Região | Nº de atendimentos por sexo | | Renda domiciliar média |
|------------|-----------------------------|-----------|------------------------|
| | Feminino | Masculino | |
| Central | 13418 | 8241 | R\$ 12437,60 |
| Centro-Sul | 17840 | 13042 | R\$ 6203,88 |
| Leste | 17697 | 15832 | R\$ 5245,75 |
| Norte | 36946 | 25914 | R\$ 4209,25 |
| Oeste | 31163 | 21572 | R\$ 3157,50 |
| Sudoeste | 46550 | 31336 | R\$ 6187,60 |
| Sul | 27379 | 18395 | R\$ 3810,50 |

Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

A Tabela 3 aponta que o maior número de atendimentos de pessoas do sexo feminino (46550) é feito para àquelas que possuem renda domiciliar média de R\$ 6187,60, da região Sudoeste do Distrito Federal. O menor número de atendimentos para pessoas desse sexo (13418) acontece para àquelas que possuem a maior renda média, de R\$ 12437,60, na região Central. Foi realizado O Teste de Correlação de Spearman, o qual testou uma hipótese nula (“Não há correlação entre a variável Renda Domiciliar Média por Região e a Frequência de atendimentos por sexo feminino”) e uma hipótese alternativa (“Há associação entre a variável Renda Domiciliar Média e a Frequência de tipos de atendimentos por sexo feminino”). O ρ de spearman do teste foi igual a -0,46. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,302, verifica-se que não há uma correlação significativa entre o número de atendimentos odontológicos referentes ao sexo feminino em cada região de saúde e a renda domiciliar.

A figura acima evidencia as informações de que o maior número de atendimentos para pessoas do sexo masculino (31336) ocorre na região Sudoeste, na qual a renda domiciliar média de R\$ 6187,60. O menor número de atendimentos para pessoas do sexo masculino (8241) ocorre na região Central do Distrito Federal, que possui a maior renda domiciliar média, de R\$ 12437,60. Foi feito o Teste de Correlação de Spearman, o qual testou uma hipótese nula (“Não há correlação entre a variável Renda Domiciliar Média por Região e a Frequência de atendimentos por sexo masculino”) e uma hipótese alternativa (“Há associação entre a variável Renda Domiciliar Média e a Frequência de tipos de atendimentos por sexo masculino”). O ρ de spearman do teste foi igual a -0,54. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,236, verifica-se que não há uma correlação significativa entre o número de atendimentos odontológicos referentes ao sexo masculino em cada região de saúde e a renda domiciliar.

TABELA 4: Número de atendimentos conforme a variável sexo e o número de equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família por região de saúde. *

| Região | Nº de atendimentos por sexo | | Nº de equipes |
|--------------|-----------------------------|---------------|---------------|
| | Feminino | Masculino | |
| Central | 13418 | 8241 | 3 |
| Centro-Sul | 17840 | 13042 | 23,66 |
| Leste | 17697 | 15832 | 17,83 |
| Norte | 36946 | 25914 | 28,91 |
| Oeste | 31163 | 21572 | 30,5 |
| Sudoeste | 46550 | 31336 | 44,08 |
| Sul | 27379 | 18395 | 13,67 |
| Total | 190993 | 134332 | 161,67 |

Fonte: Próprio autor

*De janeiro/2019 a dezembro/2019.

Foi realizado o Teste de Correlação de Spearman, a fim de constatar se há correlação ou não entre o número de atendimentos odontológico por sexo específico e o número de equipes de saúde bucal da estratégia da saúde da família. Em relação ao sexo masculino, foram testadas uma hipótese nula (“Não há correlação entre o número de atendimentos do sexo feminino por região e o número de equipes por região”) e uma hipótese alternativa (“Existe correlação entre o número de atendimentos do sexo feminino por região e o número de equipes por região”). O ρ de spearman do teste foi igual a 0,86, indicando uma correlação positiva e forte entre as variáveis. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,024, verifica-se que não há uma correlação significativa entre o número de atendimentos odontológicos referentes ao sexo feminino por região e o número de equipes por região.

Em relação ao sexo masculino, foram testadas uma hipótese nula (“Não há correlação entre número de atendimentos do sexo masculino e o número de equipes por região”) e uma hipótese alternativa (“Existe correlação entre o número de atendimentos do sexo masculino e o número de equipes por região”). O ρ de spearman foi igual a 0,82, indicando uma correlação positiva e forte entre as variáveis. Como o p-valor ou nível descritivo do teste foi igual a 0,034, verifica-se que existe uma correlação linear entre o número de atendimentos odontológicos do sexo masculino e o número de equipes da estratégia da saúde da família.

Em todas as Regiões de Saúde do Distrito Federal, notou-se que pessoas do sexo feminino foram mais assistidas pelas Equipes de Saúde Bucal do que indivíduos do sexo masculino, ratificando um padrão de acesso por sexo, o que vai de encontro com resultados descritos por outros estudos^{10,11,12,13,14,15}.

As pessoas do sexo feminino tendem a demonstrar um padrão de maior preocupação e cuidado com a saúde, sendo imperativo citar o panorama sobre morbidade referida, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil, conforme a faixa etária e a variável sexo, o qual constatou que, em termos da autoavaliação do estado de saúde, 23,5% das mulheres e 18,2% dos homens referem seu estado de saúde como deficiente e que as mulheres acessam mais serviços de exames de rotina e de prevenção (40,3% mulheres e 28,4% homens), enquanto os homens acessam mais os serviços de saúde por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres)^{15,16}. Portanto, é importante que os serviços de saúde, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde, organizem estratégias que envolvam ações de promoção, prevenção e conscientização para que indivíduos do sexo masculino também acessem serviços de exames de rotina e de prevenção, se embasando na humanização dos atendimentos da atenção básica em saúde, bem como na compreensão da rotina laboral cultural masculina como uma barreira importante para o acesso de indivíduos do sexo masculino^{13,14}.

Em consonância com tais achados, outros estudos concluíram que indivíduos do sexo feminino utilizam mais serviços de saúde do que indivíduos do sexo masculino, com um padrão de acesso bastante similar ao encontrado no cenário do Distrito Federal^{10,11,12}. Todavia, vale salientar que há alguns estudos que demonstram cenários em saúde no Brasil, nos quais o acesso de indivíduos do sexo masculino e feminino foram similares, ou até mesmo, em que o sexo masculino se mostrou mais prevalente no acesso aos serviços de saúde relativos a atendimentos em odontologia e atividades de vacinação, curativos e farmácia^{11,12}. Assim, se

faz imperativa a realização de mais estudos e levantamentos epidemiológicos que estudem as particularidades do acesso aos serviços odontológicos básicos, conforme o sexo, em diferentes municípios e cidades brasileiras, para compreender melhor a extensão do impacto dessa importante variável no acesso aos serviços de saúde.

As Regiões de Saúde se mostraram diferentes entre si, no que se refere à distribuição das modalidades de atendimento, porém a consulta agendada foi o tipo de atendimento mais frequente na maioria das regiões e a escuta inicial foi o menos comum na maioria das regiões. Diferenças de acesso entre as Regiões de Saúde não podem ser explicadas por diferenças na renda domiciliar média mensal e no porte populacional. O presente estudo apresentou uma importante limitação na validade externa dos resultados encontrados, já que os dados de Renda Domiciliar Média Mensal se referem ao ano de 2013. Outro problema é que em todas as regiões de saúde do DF há importantes desigualdades sociais e a renda média é um valor influenciável por valores extremos. Sendo assim, estudos realizados por meio de inquéritos poderiam descrever e analisar essa informação em maior profundidade. Tais achados divergem de outros estudos, que indicam que a desigualdade de renda domiciliar média é um importante determinante para fatores predisponentes, capacitantes e de necessidade de acesso em saúde, mesmo pelas mudanças sociais importantes caracterizadas, sobretudo, pela redução da desigualdade e da pobreza nas duas últimas décadas no Brasil^{17,18,19}.

Por fim, houve correlação positiva entre o número de atendimentos conforme a variável sexo e a quantidade de equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família por região de saúde. Vale destacar que no contexto do Distrito Federal a conversão da Atenção Primária à Saúde (APS) para o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi oficialmente estabelecida pela Portaria SES-DF nº 77, de 14 de fevereiro de 2017²⁰, o que ainda é muito recente em relação a outras localidades. Além disso, ainda há uma quantidade menor de equipes de saúde bucal em relação às equipes de saúde da família, o que dificulta a organização dos serviços de saúde, acesso, equilíbrio entre demanda programada e espontânea. Apesar dos problemas mencionados, percebemos que houve uma maior quantidade de atendimentos, em geral, onde havia mais equipes, o que evidencia a importância de sua implantação, conforme preconizado na vinculação de uma Equipe de Saúde Bucal a, no máximo, duas Equipes de Saúde da Família, conforme o Ministério da Saúde²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas Regiões de Saúde do Distrito Federal, notou-se que pessoas do sexo feminino foram mais assistidas pelas Equipes de Saúde Bucal do que indivíduos do sexo masculino, ratificando um padrão de acesso por sexo consistente com algumas considerações antigas sobre o acesso a serviços de saúde. As Regiões de Saúde se mostraram diferentes entre si, no que se refere à distribuição das modalidades de atendimento, porém a consulta agendada foi o tipo de atendimento mais frequente na maioria das regiões e a escuta inicial foi o menos comum na maioria das regiões. Diferenças de acesso entre as Regiões de Saúde não podem ser explicadas por diferenças na renda domiciliar média mensal e no porte populacional. O presente estudo apresentou uma importante limitação, já que os dados de Renda Domiciliar Média Mensal se referem ao ano de 2013.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 1Brasil. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 2016. . Disponível em: <
https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>
2. 2Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública.;20(suppl 2):S190–8. [S.L], v.20, n.2, p.190-198, 2004. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?lang=pt>>
3. 3BRASIL. DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL, Brasília, 2004. Disponível em: <
https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm>
4. 4Damasceno KSM, Cruz DN, Barros SG de. Acessibilidade aos serviços odontológicos no SUS: revisão da literatura. Research, Society and Development. 2021 Mar 11;10(3):e17610313194. Disponível em: <
<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13194>>
5. 5Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva. 2012 Nov;17(11):2865–2875. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?lang=pt>>
6. 6Barata, R.B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de vida, 2006. São Paulo em Perspectiva, v. 22, n.2, p. 19-29,

- São Paulo, 2008. Disponível em:
<http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf>
7. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças - Psicologia da Saúde*. 2017 Jun 21;25(1):67. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/7009>>
 8. 8Ibge.gov.br. 2020. Disponível em:
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/brasil/panorama>
 9. 9Federal S de S do D. Superintendências [Internet]. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. [cited 2021 Nov 12]. Disponível em:
<https://www.saude.df.gov.br/superintendencias/>
 10. Cobo, Barbara, Cruz, Claudia e Dick, Paulo C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, n. 09 [Acessado 22 Abril 2025], pp. 4021-4032. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.05732021>>.
 11. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2002;7(4):687–707. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
 12. Levorato CD, Mello LM de, Silva AS da, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2014Apr;19(4):1263–74. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>>.
 13. Martins MMF, Teles EJ de S. Barreiras de acesso e acessibilidade enfrentadas pela população masculina nos serviços de atenção primária à saúde. *TEMPUS* [Internet]. 3º de janeiro de 2024 [citado 22º de abril de 2025];13(1):48-6. Disponível em: <<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2620>>.
 14. Cavalcanti J da RD, Ferreira J de A, Henriques AHB, Morais GS da N, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014Oct;18(4):628–34. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140089>>.
 15. Schofield T. et al. Understanding men's health and illness: a gender relations approach to policy, research, and practice. *J. Am. Coll. Health*, v.48, n.6, p.247-56, 2000.
 16. Couto MT, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, p. 257-270, 2010.
 17. Andrade MV, Noronha KVM de S, Menezes R de M, Souza MN, Reis C de B, Martins DR, et al.. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no

- Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl* [Internet]. 2013Oct;17(4):623–45
18. Quadra MR, Shäfer AA, Meller F de O. Inequalities in the use of health services in a municipality in Southern Brazil in 2019: a cross-sectional study. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2023;32(1):e2022437.
 19. Oliveira T de S, Pereira AMM. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2024;29(7):e04932024.
 20. Fonseca HLP da. A Reforma da Saúde de Brasília, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019Jun;24(6):1981–90. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.07902019>>.
 21. Basso MB, Nunes NB, Corrêa LBC, Vieira CN, Vilarinho JLP da S, Pucca GA. A construção da rede de atenção à saúde bucal no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2019Jun;24(6):2155–65. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08552019>>.