



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

FELIPE FAGUNDES SOARES

**DESIGUALDADE NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS:
DA ATENÇÃO BÁSICA À ESPECIALIZADA, DO PÚBLICO AO PRIVADO**

Salvador
2014

FELIPE FAGUNDES SOARES

**DESIGUALDADE NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS
ODONTOLÓGICOS:
DA ATENÇÃO BÁSICA À ESPECIALIZADA, DO PÚBLICO AO PRIVADO**

Dissertação sob a forma de artigo apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária. Área de concentração: Política, Planejamento, Gestão e Avaliação de Serviços e Sistemas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sônia Cristina Lima Chaves

Salvador
2014

Ficha Catalográfica
Elaboração - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S676d Soares, Felipe Fagundes.

Desigualdade na utilização de serviços odontológicos: da atenção básica à especializada, do público ao privado. / Felipe Fagundes Soares.-- Salvador: F.F.Souares, 2014.

76f.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Sônia Cristina Lima Chaves.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Desigualdades em Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Assistência Odontológica. 5. Governo Local. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

FELIPE FAGUNDES SOARES

Desigualdade na utilização de serviços odontológicos: da atenção básica à especializada, do público ao privado.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 20 de fevereiro de 2014

Banca Examinadora:

Prof^ª. Sônia Cristina Lima Chaves - Orientadora - FO/UFBA

Prof^ª. Maria Cristina Teixeira Cangussu - FO/UFBA

Prof^º. Paulo Sávio Angeiras de Goes - FO/UFPE

Salvador
2014

Para minha família, Carmem, Roberto e Fred,
Minha referência - meu norte e meu cais.
Amo vocês.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos que colaboraram de alguma forma na construção deste trabalho, seja me ajudando diretamente com a elaboração dele, seja nos momentos de escuta e troca de experiências, ou de divertimento, brindando os encontros raros e inesquecíveis.

A minha orientadora, professora Sônia Chaves, pela confiança no meu trabalho, pelas oportunidades concedidas e por todo aprendizado.

A professora Maria Cristina Teixeira Cangussu, orientadora de toda minha vida! Obrigado pelos conselhos e por me guiar nessa trajetória. Você é uma inspiração e exemplo.

A professora Maria da Conceição Nascimento Costa, minha querida quase futura orientadora, pelo carinho e disponibilidade.

Aos outros professores e funcionários do Instituto de Saúde Coletiva, que fazem dessa instituição uma das melhores do país.

Aos professores do ISCo/UNLa, Marcio Alazraqui, Gisel Fattore, Hugo Spinelli e Leonardo Federico por toda atenção e carinho.

Aos colegas e amigos argentinos pelo companheirismo, pelos conselhos e orientações para que eu aproveitasse Buenos Aires da melhor forma possível.

Aos colegas e amigos do mestrado e doutorado com quem compartilhei momentos maravilhosos de aprendizado e de diversão: Érika, Priscilla, Enny, Laíse, Lívia, Mari, Laio, Lúcio, George, Joilda, Thaís, Andrés e Sonia. Por todo apoio, conselhos e escuta. Vocês tornaram esse caminho mais leve e tranquilo.

Um agradecimento especial a amiga Érika, um raio de alegria da Paraíba que levarei para o resto da vida.

Aos amigos do PET, principalmente à professora Sílvia Reis, Luiza, Candice e Marlos. Com vocês dei os primeiros passos dessa jornada.

Às amigas Thaís Rossi e Denise Cruz pela amizade, apoio e pelos conselhos valiosos durante esta trajetória.

A todos os meus amigos pela compreensão pelos momentos de ausência e por torcerem por mim.

A Phelipe Rodrigues por me apresentar à felicidade, tornando cada dia um evento único e inesquecível.

A minha família, Carmem, Roberto e Fred, pelo apoio incondicional, amor e dedicação.

Abancado à escrivaninha em São Paulo
Na minha casa da rua Lopes Chaves
De supetão senti um friúme por dentro.
Fiquei trêmulo, muito comovido
Com o livro palerma olhando pra mim.

Não vê que me lembrei que lá no Norte, meu Deus!
muito longe de mim
Na escuridão ativa da noite que caiu
Um homem pálido magro de cabelo escorrendo nos olhos,
Depois de fazer uma pele com a borracha do dia,
Faz pouco se deitou, está dormindo.

Esse homem é brasileiro que nem eu.

Mário de Andrade¹

¹ Andrade M. Descobrimento (Dois poemas acreanos). In: Andrade, Mário. *Poesias completas*. Belo Horizonte: Itatiaia. 1980.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Atenção Especializada
Alames	Associação Latino-americana de Medicina Social
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
CPOD	Índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IC	Intervalo de Confiança
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
RP	Razão de Prevalência
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade Saúde da Família

Lista de Ilustrações

Figura 1	Modelo teórico proposto por Andersen (1995) para avaliação da utilização de serviços de saúde.....	21
Figura 2	Modelo teórico explicativo da desigualdade na utilização dos serviços de saúde bucal adaptado de Andersen (1995).....	23

Lista de Tabelas

Artigo 1

Tabela	1	Estatística descritiva das variáveis socioeconômicas segundo o tipo de serviço odontológico utilizado, em dois municípios de médio porte da Bahia, 2011.....	39
Tabela	2	Associação univariada entre variáveis socioeconômicas e a utilização dos serviços odontológicos, tendo como categoria de referência a AB e CEO em dois municípios de médio porte da Bahia, 2011 (n=1290).....	41
Tabela	3	Análise de regressão logística multivariada da associação entre variáveis socioeconômicas e a utilização dos serviços odontológicos, tendo como categoria de referência a AB e CEO em dois municípios de médio porte da Bahia, 2011 (n=1290).....	42

Artigo 2

Tabela	1	Variáveis sociodemográficas e utilização de serviços públicos odontológicos da atenção básica por 682 usuários da Bahia, Brasil, 2011.....	60
Tabela	2	Associação entre exodontia e variáveis sociodemográficas em 682 usuários de serviços públicos odontológicos da atenção básica, Bahia, Brasil, 2011.....	61
Tabela	3	Modelo de análise de regressão logística multivariada para associação entre exodontia e variáveis sociodemográficas em 682 usuários de serviços públicos odontológicos da atenção básica, Bahia, Brasil, 2011.....	62

Sumário

Apresentação.....	11
Referencial Teórico.....	12
Determinação Social da Saúde.....	12
Vulnerabilidade.....	15
Desigualdade.....	16
Acesso aos Serviços de Saúde.....	18
Utilização de Serviços de Saúde.....	19
Desigualdade na Utilização de Serviços de Saúde Bucal.....	22
Referências.....	24
Artigo 1.....	28
Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização	
Artigo 2.....	52
Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros	
Apêndices.....	71
A. Termo de Anuência Institucional.....	72
B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
C. Questionário de utilização de serviços odontológicos.....	74

Apresentação

O meu interesse pelo estudo das desigualdades em saúde foi fruto de inquietações observadas na minha prática enquanto Cirurgião-Dentista de uma Unidade Saúde da Família: a dificuldade dos usuários em utilizar os serviços públicos odontológicos e uma enorme demanda por exodontia. Esses problemas originaram as perguntas desta dissertação de mestrado, que está apresentada na forma de dois artigos introduzidos por um capítulo de referencial teórico.

A base fundamental para a reflexão foi a Teoria da Determinação Social da Saúde, por ser um marco da mobilização social pelo direito universal à saúde, crítica da primazia do modelo sanitário biomédico e da epidemiologia tradicional positivista. Como consequência, tem no tema das desigualdades a sua mais extensa produção científica. Este marco teórico complementa criticamente o modelo comportamental de uso de serviços de saúde idealizado por Andersen na década de 1960, o mais incorporado pela literatura para a avaliação de utilização destes serviços.

O artigo 1 objetivou analisar os fatores associados à desigualdade no acesso e na utilização de serviços de saúde bucal, privados e públicos, básicos e especializados, a ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública. A expansão da oferta da assistência pública à saúde bucal é recente e traz o histórico de uma grande demanda reprimida associada a muitas barreiras de acesso, principalmente no tocante à atenção especializada, o nó crítico do SUS.

O artigo 2 teve como objetivo investigar os fatores associados à perda dental, considerada como um indicador de desigualdade na atenção primária. Este já foi aceito para publicação em um número especial da Revista Panamericana de Salud Publica sobre Determinantes Sociais da Saúde.

Espera-se com estes estudos contribuir para a intervenção nos determinantes das desigualdades no acesso e uso dos serviços odontológicos. Ademais, destaca-se o esforço em reunir áreas da saúde coletiva que nem sempre caminham juntos, a epidemiologia e a análise de políticas, gestão e avaliação de serviços.

Referencial teórico

Determinação Social da Saúde

Este trabalho fundamenta-se nos pressupostos da Epidemiologia Social Latino-Americana, surgida no contexto dos movimentos políticos de luta pela democracia e direitos civis frente aos governos ditatoriais que impunham uma jornada anticomunista, acentuavam a desigualdade social e freavam a melhoria das condições de saúde da população (Barreto, 2004). Este campo se desenvolveu sob influência da Teoria da Determinação Social da Saúde, que, no Brasil, ocupou destaque entre as formulações doutrinárias que orientaram o Movimento da Reforma Sanitária (Nogueira, 2010) para uma crítica ao modelo biomédico. Esta teoria considera as estruturas sociais como determinantes para a distribuição não aleatória dos riscos sanitários na coletividade (Barata, 2005).

Entendida à luz da teoria Marxista (Nogueira, 2010) – materialismo histórico e dialético – e Gramsciana, reconhece-se que as formas de produção, consumo e sua lógica distributiva, nos quais o Estado tem um papel importante, são determinantes na configuração dos perfis de saúde e morbimortalidade dos grupos e formação das desigualdades sociais (Arellano et al., 2008).

A teoria da produção social do processo saúde-doença utiliza modelos que explicitam como determinantes políticos, econômicos e sociais afetam a distribuição da saúde e da doença intra e entre as sociedades, identificando aspectos protetores e nocivos (Krieger, 2001). A saúde humana deve ser compreendida e analisada a partir das formas de organização da sociedade (CEBES, 2009). Este é um processo dinâmico no qual os determinantes, ao agir sobre aspectos da vida das pessoas, também podem ser alterados (Krieger, 2001). Dessa forma, são produzidos distintos perfis epidemiológicos (Barata, 2005).

Pesquisadores associados ao Centro de Estudos Brasileiros de Saúde (Cebes) e à Associação Latinoamericana de Medicina Social (Alames) apontam que o peso teórico e político desta teoria foi suplantado pelo rótulo dos “Determinantes Sociais da Saúde” (Nogueira, 2010), assim reduzida a uma visão causalista da

morbimortalidade, seguindo o modelo positivista da epidemiologia tradicional (CEBES, 2009).

Ao serem convertidos em fatores de risco, os determinantes sociais perdem a dimensão de processos históricos e sociais, limitando as desigualdades sociais a um problema de distribuição de bens e serviços. É dispensada a reflexão crítica sobre o desenvolvimento capitalista e a globalização neoliberal que impõem uma ordem lesiva para a vida e saúde dos povos (Arellano et al., 2008).

O conceito de “determinação” é mais adequado que o de “causa” para processos sociais complexos, pois prescinde do isolamento completo das variáveis e da noção de independência entre elas (Barata, 2005; Krieger, 2001). A uni ou multicausalidade necessita de eventos independentes relacionados por uma ligação unidirecional, específica e capaz de gerar o desfecho de interesse, características da “epidemiologia dos fatores de risco” (Barata, 2005).

Além da problemática do abandono ou não da visão causalista, outro desafio inerente à abordagem proposta pela Epidemiologia Social relaciona-se à fragmentação da realidade, já que está não está organizada em partes isoláveis, tampouco é possível separar um aspecto da totalidade e manter os outros constantes, conforme é feito num modelo multivariado (Barata, 2005).

Entretanto ainda é um desafio metodológico a realização de estudos que permitam mensurar adequadamente os determinantes sociais, considerando os efeitos contextuais e composicionais. Diante das dificuldades metodológicas confrontadas por esta abordagem, Barata (2005, p. 26) reflete: “Em que medida é possível seguir usando as mesmas ferramentas utilizadas pela “epidemiologia dos fatores de risco” sem infringir os pressupostos teóricos das abordagens da epidemiologia social?”

Para Nogueira (2010), o sucesso desse tipo de investigação não depende necessariamente do uso de métodos estatísticos, mas da capacidade analítica de articular uma multiplicidade de determinações que têm por base alguma teoria social e retomar a contribuição do marxismo para entender fenômenos que são peculiares aos modos de trabalho e de vida da sociedade contemporânea. As ciências sociais, especificamente a Sociologia, têm contribuído na proposição de teorias sobre os modos de vida.

As posições sociais ocupadas pelos indivíduos como resultados de lutas e relações estabelecidas com outros agentes produzem enfermidades e

desigualdades em saúde (Vieira-da-Silva, 2010), tema central da produção teórica e empírica sobre a determinação da saúde, doença e cuidado. A constatação de disparidades em condições de saúde e acesso diferencial a serviços assistenciais tem monopolizado a Epidemiologia Social contemporânea (Almeida-Filho, 2009).

Como desdobramento do teor político desta teoria, no Brasil também deve ser considerado o desempenho da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) na divulgação do conhecimento produzido, no fomento e avaliação de políticas e intervenções governamentais e na mobilização da sociedade civil para o enfrentamento das iniquidades (CNDSS, 2008).

Neste trabalho, dentre os modelos de determinação do processo saúde e doença, foi usado o proposto por Dahlgren e Whitehead (2001). Uma das dificuldades encontradas é que ele não se propõe a explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis hierárquicos de determinantes, tampouco a gênese da iniquidade. Apenas apresenta de forma figurada um conjunto de determinações listadas como proximais, intermediárias e distais (Buss e Pelegrini, 2007).

Empregaram-se determinantes que indicassem uma condição de desigualdade e vulnerabilidade social, e que corroborassem com o modelo teórico comportamental de utilização de serviços de saúde proposto por Andersen (1973). Assim, podem ser destacadas as características individuais (sexo, idade e cor da pele), os comportamentos de cuidado (percepção de necessidade e procura por assistência à saúde, tabagismo, hábitos de higiene), as condições de vida e trabalho (ocupação, escolaridade, renda familiar, habitação e acesso a serviço de saúde) e os fatores macrossociais.

Espera-se que indivíduos com maior vulnerabilidade social (Ayres, 2006) enfrentem maiores dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde privados e de Atenção Secundária (AS) do Sistema Único de Saúde (SUS), por serem de acesso mais difícil a essa população. Por outro lado, estudos têm indicado que a Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza indivíduos em situação de vulnerabilidade social, possivelmente reduzindo as desigualdades sociais sobre o perfil de acesso (Fernandes et al., 2009; Sousa, 2007; Goldbaum et al., 2005).

Vulnerabilidade

O conceito de vulnerabilidade foi criado na direção contrária, ou complementar, à abordagem epidemiológica clássica que hipervaloriza a noção objetiva do “risco” como norteadora das intervenções em saúde e lança outro olhar sobre as relações existentes entre os fenômenos estudados, agregando elementos abstratos associados e associáveis aos planos de elaboração teórica dos processos de saúde e doença (Ayres et al., 2006).

Assim, esta abordagem se identifica com a Teoria da Determinação Social da Saúde e convida à renovação das práticas de saúde como sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade (Sanchez e Bertolozzi, 2007). Segundo Almeida-Filho (2009), a ideia de vulnerabilidade social pode ser perfeitamente incorporada ao referencial das desigualdades sociais em saúde, agregando categorias correlatas.

A vulnerabilidade não busca a capacidade de reprodução dos achados, pois não tem caráter necessariamente probabilístico, tampouco exige independência entre os grupos que se quer estimar. Ela é sempre construída pela plausibilidade, com base na consistência lógica, coerência empírica e evidência prática. Logo, procura-se expressar quão os coletivos humanos e indivíduos estão potencialmente suscetíveis a determinadas situações de saúde/doença, mediadas pela disponibilidade de recursos de todos os tipos para a proteção às enfermidades (Ayres et al., 2006).

Ayres (1999) coloca que a unidade de análise está constituída no indivíduo-coletivo, ou seja, na relação intrínseca entre os dois. Nessa perspectiva, este marco conceitual é operacionalizado através da Vulnerabilidade Individual, Social e Programática. A primeira categoria se refere ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática. A segunda diz respeito a um conjunto de fatores sociais que determinam o acesso a informações, serviços e bens culturais; as restrições ao exercício da cidadania, a exposição à violência, ao grau de prioridade política ou de investimentos dados à saúde e condições de moradia, educação e trabalho. A terceira relaciona-se às ações que o poder público, iniciativa privada e organizações da sociedade civil empreendem, ou não, para diminuir as chances de ocorrência das enfermidades, bem como ao grau e à qualidade de compromisso das instituições,

dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Desigualdades

Desigualdades em saúde podem ser interpretadas como resultado de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a diferentes grupos sociais (Vieira-da-Silva e Almeida-Filho 2009). Elas também podem ser produtos da injustiça social (Asada 2005; Almeida-Filho, 2009). Nessa perspectiva, adquire sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados à repartição da riqueza na sociedade (Almeida-Filho, 2009).

Como todas as desigualdades em saúde são de origem social, grupos em piores condições socioeconômicas as maiores cargas das doenças e tem menos acesso aos serviços de saúde (Whitehead, 1991). Para Schneider et al (2002), a posição socioeconômica é determinante para a desigualdade em saúde e a escolha dos indicadores para medi-la é etapa fundamental para evitar vieses.

Elas podem ser representadas por uma variação quantitativa, expressas por indicadores demográficos ou epidemiológicos. É uma evidência empírica de diferenças (Breilh, 1998), no estado de saúde e no acesso ou uso de recursos assistenciais (Almeida-Filho, 2009).

Marmot (2003) demonstra que a análise da posição social composta por um gradiente é mais robusta teoricamente que a renda familiar, conferindo maior efeito sobre a saúde. Para este autor, renda, status e poder são as três formas de relacionar a posição social e a saúde.

A respeito desses fatores, a relação entre renda, nível de escolaridade, condições de saúde e utilização de serviços é bastante relatada na literatura. A análise do status é feita relativamente aos outros adjacentes. Neste caso, a questão principal não é a quantidade de recursos materiais que o indivíduo tem (uma medida absoluta), mas o que este capital lhe permite fazer. Isto produz uma medida relativa que evidencia a exclusão social. O poder corresponde à capacidade de controlar a própria vida e pode ser aferido pela ocupação e pelo nível de inserção social. Ocupações que têm maiores demandas psicológicas e baixo controle, e pessoas isoladas socialmente têm pior saúde (Marmot, 2003).

Por outro lado, a escolaridade, a renda e a ocupação são medidas de posição social usadas em estudos de desigualdade (Lenthe et al., 2013; Almeida-Filho, 2009; Silva et al., 2000). No Brasil, tem-se observado que o recebimento de benefício social, como o Programa Bolsa Família, é bastante seletivo para identificar pessoas em estado de pobreza (Rasella et al., 2013; Cotta e Machado, 2013). Esta variável foi adicionada ao modelo empírico deste estudo pelo maior grau de confiabilidade da informação coletada. A renda familiar mensal muitas vezes demonstra dificuldade em sua operacionalização em campo, seja pela sub ou superestimação do valor ou pela recusa na resposta.

A Sociologia Reflexiva de Pierre Bourdieu também tem sido incorporada nos estudos sobre desigualdades em saúde (Vieira-da-Silva, 2010; Chaves e Vieira-da-Silva, 2008; Abel, 2008; Vieira-da-Silva et al., 1999) através do espaço social - distribuição de propriedades distintas dos agentes nele situados. A distribuição dos agentes no espaço social se dá de acordo com as diversas espécies de capital, em particular com o capital cultural, econômico, o volume de capital global e a trajetória social, além do capital político, social e simbólico. A posição de um dado agente em um espaço social inicialmente é definida pela forma como os diferentes capitais são percebidos como legítimos (Bourdieu, 2007).

O capital é entendido como uma energia social que possibilita ao indivíduo disputar o espaço. É um valor desigualmente distribuído e disponível mediante investimento pessoal para obtê-lo (Bourdieu, 2007).

- Capital cultural: constituído por um conjunto de bens simbólicos relacionados aos conhecimentos incorporados via capital escolar (ser competente em um domínio do saber, culto e ter bom domínio da linguagem), à posse de bens culturais (livros, dicionários, instrumentos, máquinas) e ao capital de origem familiar herdado.
- Capital social: trata dos ganhos associados à existência de uma rede de conexões atuais ou potenciais, mais ou menos institucionalizadas, de pertencimento a um grupo.
- Capital simbólico: nasce da relação entre uma espécie qualquer de capital e os agentes socializados de maneira a conhecer e reconhecer essa espécie de capital.

- Capital econômico: não se trata apenas da riqueza. Há um reconhecimento relacionado à posse de recursos materiais que faz que a força econômica exerça também um efeito simbólico.

Em uma tentativa de transformar esses capitais em variáveis para aferir a capacidade de disputa do espaço social, com frequência os estudos (Vieira-da-Silva, 2010; Abel, 2008; Vieira-da-Silva, Paim e Costa, 1999) traduzem o capital cultural como nível de escolaridade e o capital econômico como renda familiar, sendo os mais utilizados em estudos de desigualdade.

Essas categorias têm sido utilizadas em estudos epidemiológicos clássicos. Contudo, a teoria Bourdieusiana permitiu uma perspectiva explicativa desse fenômeno ao incorporar o conceito de *habitus*, compreendido como disposições inconscientes socialmente incorporadas na trajetória social e origem familiar dos agentes que definem as tomadas de posição na “escolha” de estilos de vida e também na utilização de bens culturais, por exemplo. Neste caso, Bourdieu não investigou especificamente a utilização de bens ligados à saúde, mas há estudos que apontam essa hipótese como plausível (Chaves e Vieira-da-Silva, 2008).

Acesso aos serviços de saúde

Apesar deste trabalho não tratar das dimensões da avaliação de acesso, é importante defini-lo, tendo em vista a variedade conceitual, a polissemia no campo da Avaliação em Saúde, e até mesmo diferenciá-lo da utilização, algumas vezes interpretados como sinônimos (Andersen, 1973).

Revisões de literatura (Travassos e Martins, 2004; Sanchez e Ciconeli, 2012) sobre o conceito ressaltam a sua complexidade e evolução ao longo do tempo, visto que passou a incorporar dimensões que refletem aspectos menos tangíveis do sistema e da população que o utiliza. As discussões acerca do tema têm aproximado o conceito da noção de justiça social e equidade, ou seja, ao avaliar acesso também estão sendo avaliadas as desigualdades presentes (Sanchez e Ciconeli, 2012). O acesso e o julgamento sobre os serviços de saúde variam de acordo com a posição ocupada no espaço social (Vieira-da-Silva, 2010).

Donabedian (1973) substituiu o termo acesso por acessibilidade por considerá-lo mais amplo e relacionado à oferta de serviços, o que responde melhor

às necessidades da população. Logo, a acessibilidade foi dividida em sócio-organizacional e geográfica. Os atributos sócio-organizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que termina por influenciar significativamente o acesso. A acessibilidade geográfica refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços.

Acesso e acessibilidade podem ser usados como sinônimos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde (Reis et al., 2013; Sanchez e Ciconeli, 2012; Donabedian, 1978; Travassos e Martins, 2004). Não foi objetivo desta dissertação avaliar as barreiras de acesso encontradas pela população frente aos serviços, entretanto elas apareceram como consequência daqueles que não conseguiram usar.

Segundo a teoria comportamental de uso de serviços (Andersen, 1973), o acesso pode ser compreendido como sinônimo de utilização e, portanto, também pode ser aferido por ela, conforme trazem outros estudos (Travassos e Martins, 2004; Silva et al., 2011).

Utilização dos serviços de saúde

O modelo explicativo da utilização dos serviços de saúde apresentado por Andersen data da década de 1960 e, desde então, vem sendo constantemente atualizado pelos autores, tornando-se um dos mais reconhecidos e aplicados na literatura (Travassos e Martins, 2004).

O seu objetivo é estabelecer quais condições facilitam ou dificultam a utilização, entendida como resultado da interação entre o comportamento do indivíduo que precisa do cuidado, do profissional que o conduz dentro do serviço e das próprias características deste sistema de saúde (Andersen, 1973).

A teoria é composta por determinantes de nível coletivo e individual. As primeiras englobam as características do sistema de saúde (*policies*, oferta de serviços organizada e bem distribuída geograficamente, coordenação do cuidado, recursos, organização e acordos financeiros, que influenciam a acessibilidade e

aceitação dos serviços), fatores ambientais (economia local, *politics*², poder de compra dos habitantes, nível de stress e violência, padrão de normas sociais), e relacionados à comunidade (atributos do coletivo que capacitam o indivíduo adquirir o serviço, como a disponibilidade de médicos no local) (Phillips et al., 1998).

Os determinantes individuais, por sua vez, são os mais referidos nos estudos de utilização pela maior facilidade de medir e estão divididos em três níveis:

- Predisponentes: antecedem a existência de uma necessidade de saúde e afetam a propensão de uso do serviço. Indicam aspectos demográficos (gênero, idade e estado civil), de posição social (escolaridade, cor da pele, ocupação) e de crenças frente aos serviços e cuidados à saúde.
- Capacitantes: são os meios disponíveis para obtenção da assistência, medidos no nível familiar (renda, posse de seguro/plano de saúde) e comunitário (região do país, local de residência – área urbana ou rural).
- Necessidades de saúde: envolvem as condições de saúde percebidas pelos pacientes ou diagnosticadas por profissionais e estão mais proximais à utilização (Andersen, 1973).

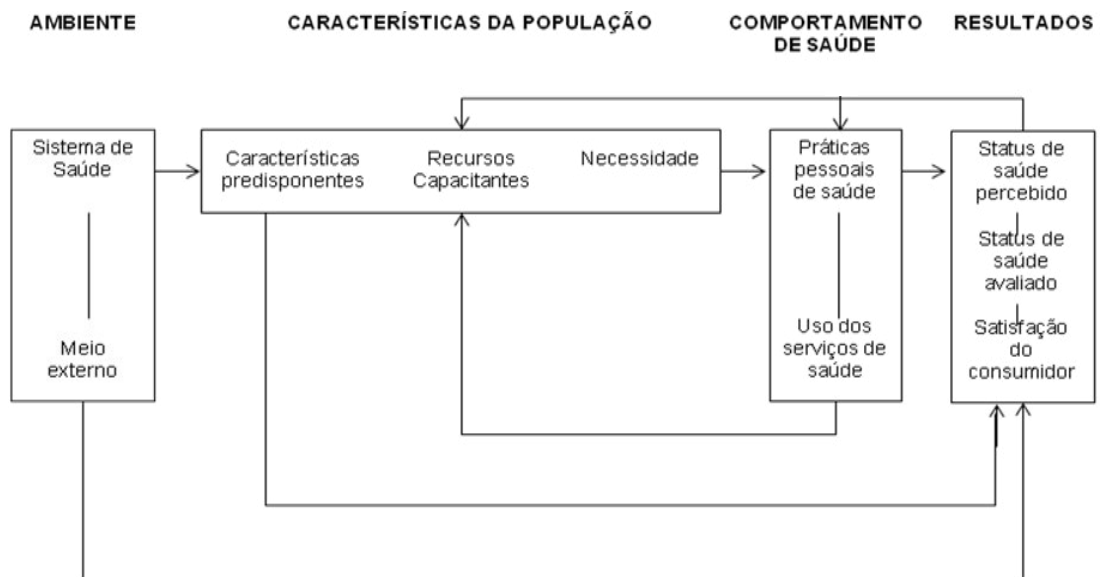
Por fim, o autor entende que se deve estudar a utilização no contexto dos seus resultados (*health outcomes*) através da avaliação da satisfação do usuário, ou consumidor, do novo status de saúde percebido e avaliado pelo profissional.

Diferentes tipos de serviços (médico, odontológico, fisioterápico, dentre outros), níveis assistenciais (atenção básica, especializada, hospitalar) e padrões de consultas (análise do primeiro contato do paciente no serviço, número de consultas recebidas num intervalo de tempo, ou até mesmo o volume de consultas) podem sofrer a influência maior ou menor de diferentes determinantes. Portanto é importante caracterizar o serviço avaliado (Andersen, 1973).

² Na língua inglesa, existem duas palavras que designam campos distintos da política e o autor Andersen as utiliza em sua teoria. *Policies* se refere à política propriamente dita, à existência do programa, planos de ação e intervenções planejadas, como a Política de Saúde Bucal. Já o termo *politics* está relacionado à distribuição do poder no nível local, ao papel do gestor e sua capacidade de governo.

A teoria de utilização elaborada por Andersen tem limitações por ser comportamental e eminentemente voltada para aferição de padrões individuais de escolha, que podem ser influenciados por outros fatores além daqueles apresentados pelo modelo.

Figura 1 - Modelo teórico proposto por Andersen (1995) para avaliação da utilização de serviços de saúde.



É importante considerar que foi desenvolvido por um norte-americano para atender à análise da utilização dos serviços privados em seu país de origem, na medida em que o autor se refere aos usuários do serviço de saúde como consumidores. Logo, deve-se relativizar este modelo, tendo em vista as distintas realidades a que ele for aplicado.

Seguindo a corrente teórica apoiada em Bourdieu, outros estudos investigaram as relações entre o uso dos serviços de saúde e a posição no espaço social, a trajetória e o *habitus*³ de classe. Há evidências de que usuários com maior capital econômico, cultural e social usam melhor os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) do que aqueles mais desprovidos das diversas espécies de capital (Vieira-da-Silva, 2010; Chaves e Vieira-da-Silva, 2008). Espera-se que ocorra essa

³ *Habitus* diz respeito às disposições incorporadas pelos sujeitos sociais ao longo de seu processo de socialização e integra experiências passadas. Atua como uma matriz cultural que predispõe os indivíduos a fazerem suas escolhas (Vieira-da-Silva, 2010; Bourdieu, 2007).

melhor utilização inclusive entre os usuários da atenção especializada com maior capital global quando comparado aos que usaram somente a atenção básica.

Desigualdade na utilização dos serviços odontológicos

Para que ocorra a utilização propriamente dita, é necessário que exista o serviço de saúde que se quer avaliar e uma demanda que procurou assistência após perceber uma necessidade. Determinantes individuais e coletivos destes usuários, a posição que eles ocupam no espaço social e a sua relação com o modo de produção e consumo produzem desigualdades em saúde, no acesso e uso dos serviços.

A organização do serviço foi uma variável adicionada ao modelo, uma vez que embora esteja presente na teoria elaborada por Andersen, foi abordada por ele apenas superficialmente. O estudo de Rossi (2011), a partir da análise do Triângulo de Governo⁴ de Carlos Matus (1996), demonstrou que um serviço de saúde melhor organizado, com um gestor dotado de capacidade de governo são condições favoráveis ao processo de trabalho e à implementação da política de saúde bucal localmente.

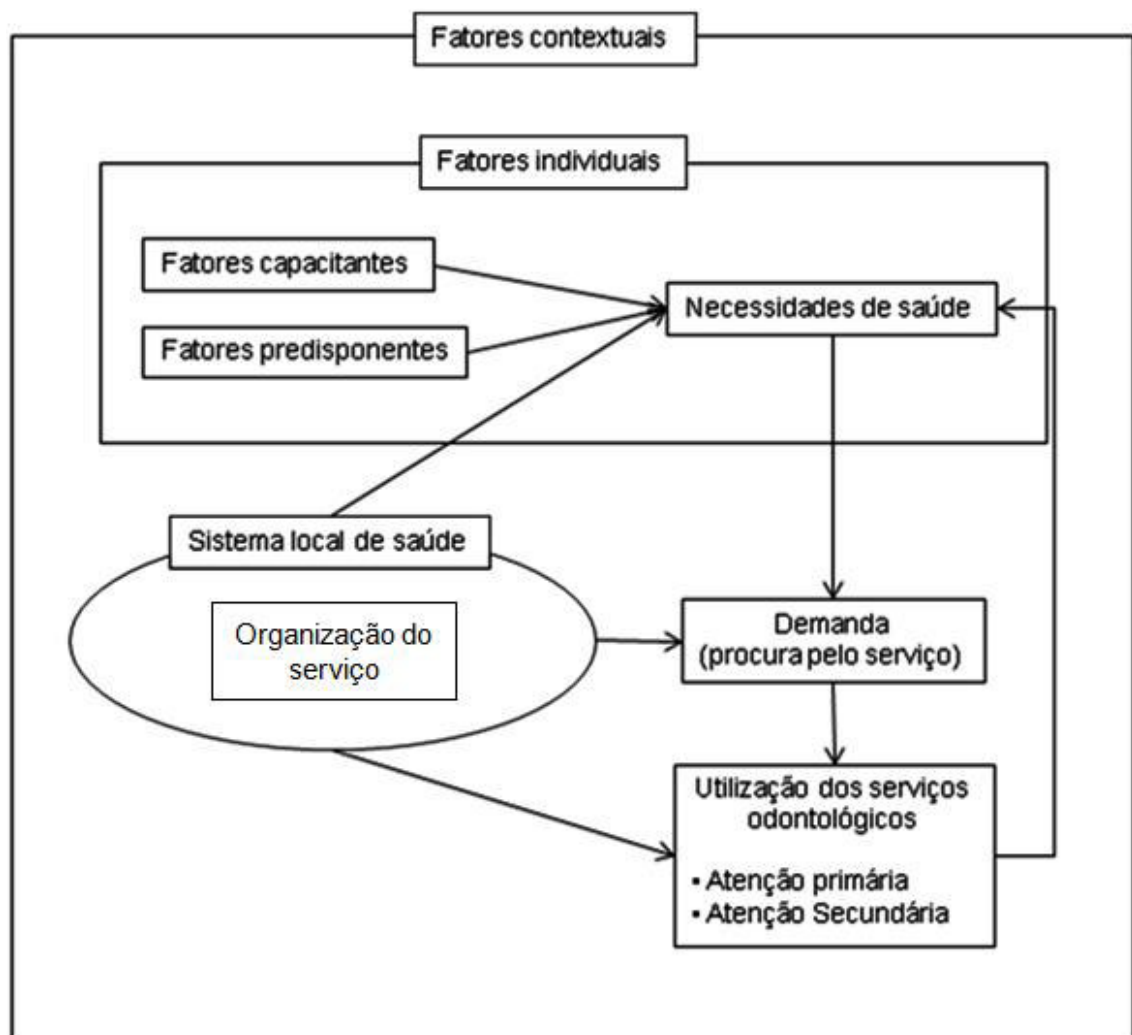
Conforme mostra a figura 2, como fatores predisponentes foram incluídas as características demográficas (sexo, idade, residência urbana/rural) e a posição social (ocupação, escolaridade e cor da pele). A renda familiar mensal e recebimento de benefício de programa social são variáveis que compuseram os fatores capacitantes. As necessidades de saúde e a procura pelo serviço de saúde foram traduzidas em perguntas do tipo sim/não.

⁴ O Triângulo de Governo (Matus, 1996) é uma ferramenta para a análise de políticas e se refere à necessária articulação entre três elementos para o êxito do plano:

- Projeto de governo: conjunto de propostas de ações realizadas por um ator no intuito de alcançar sua meta;
- Capacidade de governo: capacidade de condução e gerência. Refere-se às técnicas, métodos, destrezas, e experiências de um ator e sua equipe de governo para conduzir o processo social quanto aos seus propósitos;
- Governabilidade: relação entre o peso das “variáveis que o ator controla e não controla”, no processo de governo. Expressa o poder que determinado ator tem para realizar seu projeto.

Foram avaliados os níveis de atenção básica e especializada em saúde bucal. A literatura acerca da utilização de serviços especializados ainda é muito incipiente. Como o acesso a eles ocorre prioritariamente mediante o encaminhamento feito pelos profissionais da atenção básica, a utilização pode ser mais influenciada pelas características do sistema de saúde do que demográficas. Aspectos referentes à gestão de saúde bucal, ao modo de organização do serviço, ao tempo de agendamento para a primeira consulta e retorno, à referência e contra-referência, podem estar relacionados à utilização mais equânime do serviço especializado.

Figura 2 - Modelo teórico explicativo da utilização dos serviços públicos odontológicos adaptado de Andersen (1995).



Os aportes teóricos da Sociologia Reflexiva de Bourdieu (2007) destacados nos tópicos anteriores complementam o modelo criado por Andersen (1995), dado o

seu poder explicativo sobre comportamentos e escolhas individuais como produto de um *habitus* de classe, da trajetória e da posição ocupada no espaço social.

Referências

1. Barreto ML. The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America. *Intern J Epidemiol*. 2004;33:1132–1137.
2. Nogueira RP (org). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção Pensar em Saúde. 2010. Rio de Janeiro: CEBES, 200p.
3. Arellano OL, Escudero JC, Carmona LD. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*. 2008;3(4):323:335.
4. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55:693–700.
5. CEBES. *Determinação Social da Saúde. Proposição para o debate*. 1º Simpósio de Políticas e Saúde. Rio de Janeiro. 2009. [acesso em: 03 jan 2014] Disponível em: <http://www.cebex.org.br/media/File/Blog/DeterminacaoSocialdaSaude.pdf>
6. Barata RB. *Epidemiologia Social*. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(1):7-17.
7. Vieira-da-Silva LM. Saúde e espaço social. In: *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção Pensar em Saúde. 2010. Rio de Janeiro: CEBES, 200p.
8. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*. 2009;33(83):349-370.
9. CNDSS. *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 220 p.
10. Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. In: *Challenging inequities in health care: from ethics to action*. New York: Oxford University Press; 2001:309-322.
11. Buss PM, Pellegrini-Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.

12. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*; 1995;36:1-10.
13. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of the health services use. *Med Care*. 2008;46:647–653.
14. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual determinants of medical care utilization in United States. *Milbank Mem Fund Q*. 1973.
15. Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Adday LA. Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. *HSR: Health Services Research* 1998; 33(3):571-96.
16. Ayres JC, Junior IF, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. El concepto de vulnerabilidad y las practicas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. *Promoción de la Salud - Conceptos, reflexiones, tendencias*. 2006. Lugar, 200p.
17. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009;43(4):595-603.
18. Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2008;61(2):153-8.
19. Goldbaum M, et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Publica* 2005;39(1):90-9.
20. Sanchez AI e Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciênc Saúde Coletiva*, 2007. 12(2):319-324.
21. Ayres JRJM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
22. Vieira-da-Silva LM, Almeida-Filho N. Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(Sup 2):S217-26.

23. Asada Y. A framework for measuring health inequity. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:700–5.
24. Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Washington DC: Pan American Health Organization; 1991.
25. Schneider MC, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola E, Mujica OJ, Vidaurre M, Rocca A. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(6):398:415.
26. Breilh J. La inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. In: Breilh J, editor. *Cuerpos, diferencia y desigualdades*. Bogotá: Utópica Ediciones; 1998.
27. Marmot MG. Understanding social inequalities in health. *Perspectives in Biology and Medicine*. 2003;46(3):9–23.
28. Lenthe FJ, Kamphuis CB, Beenackers MA, Jansen T, Looman CW, Nusselder WJ et al. Cohort Profile: Understanding socioeconomic inequalities in health and health behaviours: The GLOBE study. *Intern J Epidemiol*. 2013;1–10.
29. Silva NN, Pedroso GC, Puccini RF, Furlani WJ. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. *Rev Saúde Pública* 2000;34(1):44-49.
30. Cotta RM e Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):54-60.
31. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013;382:57-64.
32. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. *Rev Saúde Publ*, 1999;33(2):187:97.
33. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health*, 2008;62:e13.
34. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 8ª ed. Campinas: Papyrus; 2007.

35. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2004;20(Sup2):190-198.
36. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(3):260–8.
37. Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University; 1973.
38. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978; 200(4344):856-864.
39. Reis RS, Coimbra LC, Silva AA, Santos AM, Alves MT, Lamy ZC, et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(11):3321-3331.
40. Silva ZP, Ribeiro MC, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;16(9):3807-3816.
41. Chaves SC, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy*. 2008;86:119–128.
42. Rossi TRA. A política de saúde bucal na atenção especializada em dois municípios da Bahia: da entrada na agenda à sua implementação. [Dissertação Mestrado] Programa de Pós Graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, 2011.
43. Matus C. *Política, planejamento e governo*. 2ª Ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996.

ARTIGO 1

Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização

Local government and dental public service: analysis of inequality in the use

Resumo

Objetivo. Identificar fatores associados à utilização dos serviços odontológicos, públicos (básicos e especializados) e privados.

Método. Realizou-se um inquérito populacional de base domiciliar em dois municípios da Bahia com 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Informantes-chave forneceram dados sociodemográficos e de utilização dos serviços odontológicos. Estratificou-se a amostra quanto à organização do serviço. A associação entre o uso e as variáveis independentes foi aferida pela regressão logística politômica.

Resultados. Analisaram-se dados de 1290 indivíduos que procuraram algum serviço odontológico. Ter menor escolaridade (OR=1,47; IC95%: 1,03-2,10) e residir em município com pior organização do serviço (OR=1,74; IC95%: 1,22-2,48) foram associados ao menor uso da atenção pública especializada (AE).

Conclusão. A desigualdade na utilização do serviço público odontológico pode significar focalização dos serviços de atenção primária para grupos mais vulneráveis e de AE para aqueles que possivelmente têm mais capital para romper as barreiras de acesso.

Palavras-chave: Desigualdades em saúde; atenção secundária à saúde; acesso aos serviços de saúde; assistência odontológica; Governo local

Abstract

Objective. Identify factors associated with use of public dental services (primary and specialized) and private.

Methods. A population-based household survey was carried in two cities of Bahia with 100% coverage of the Family Health Strategy. Key informants provided demographic and utilization of dental services data. The sample was stratified according to the service organization. the association between the use and the independent variables was measured by polytomous logistic regression.

Results. Data from 1290 subjects who sought dental services, were analyzed. Having lower education (OR=1,47; 95%CI 1,03-2,10) and residing in a city with the worst service organization (OR=1,74; 95%CI 1,22-2,48) were associated to lower use of secondary public health care (SC).

Conclusion. The inequality in use of public dental services can mean focusing of primary care to the most vulnerable groups and of SC for those who possibly have more capital to break the accessibility barriers.

Keywords: Health inequalities; secondary health care; health services accessibility; dental care; local government

Introdução

A desigualdade no acesso e utilização de serviços odontológicos tem sido evidenciada em estudos nacionais¹⁻⁴ e internacionais⁵. Ela pode ser produzida pela posição social ocupada pelos indivíduos como resultado de lutas e relações estabelecidas com outros agentes ⁶. Existem evidências de que pessoas com maior vulnerabilidade social são mais acometidas pelas morbidades em saúde bucal e têm maior acúmulo de necessidades². Assim, indivíduos com maior capital econômico, cultural e social usam melhor os serviços de saúde⁶ e também odontológicos⁷, principalmente aqueles de acesso mais difícil, como a Atenção Especializada (AE).

A AE está proposta pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), unidades de referência e contra-referência da Atenção Básica (AB) para diagnóstico e procedimentos mais complexos. O uso desta rede de serviços tem conferido ao usuário maior integralidade do cuidado⁸, embora esta seja comprometida pela baixa oferta e dificuldade de acesso a este serviço⁹. Ser atendido previamente na ESF, encaminhado com ficha de referência, realizar tratamento endodôntico, ter até 35 anos e morar numa cidade com cobertura da ESF maior que 50% foram apontados como fatores que favorecem o uso dos serviços de saúde bucal com maior integralidade¹⁰.

A literatura acerca da AE em saúde bucal e os determinantes do seu uso ainda é incipiente, entretanto supõe-se que eles estejam associados a elementos da organização do serviço e às características relativas ao usuário¹¹.

Existem evidências teóricas¹¹ e empíricas^{9,10,12-14} de que o modo como a política nacional é implementada, organizada e gerida no nível local é importante para a melhor utilização dos serviços pela população que mais os demanda.

Entretanto, a literatura ainda carece de estudos analíticos que confirmem esta associação.

As pesquisas sobre desigualdade no uso dos serviços odontológicos são muito diversas quanto aos seus determinantes. Estes podem variar desde o local em que a pesquisa foi feita (país e zona rural/urbana) até a natureza do serviço avaliado (público ou privado, AB ou AE, médico ou odontológico)¹¹. Autores que investigaram a utilização sem especificar a sua natureza, encontraram que a cor da pele preta é um fator limitante entre os idosos¹⁵ e que maior renda e escolaridade estão associados positivamente, independente da faixa etária¹⁶. Estas características são semelhantes às encontradas entre os usuários da assistência odontológica privada, a mais acessada no país^{2,17}.

Por outro lado, o perfil dos usuários das Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) é composto por mulheres, idosos, desempregados, pobres, negros, não cobertos por planos de saúde e com a autopercepção da saúde ruim. Portanto, teoricamente, a ESF tende a promover um uso mais equitativo^{1-3,18}.

No Brasil, o atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS) é apontado como uma intervenção da PNSB, que pode ter efeito favorável na diminuição das desigualdades em saúde¹⁹. Esta redução, registrada com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2008, foi acompanhada pelo aumento no uso dos serviços¹, em virtude da maior oferta assistencial, da melhoria das condições de vida da população²⁰, da diminuição do desemprego e do aumento da renda média familiar¹.

Nesse contexto, ressalta-se que a desigualdade na utilização dos serviços odontológicos compromete a integralidade do cuidado, dificultando que as pessoas

tenham suas necessidades de saúde satisfeitas. Assim, tendo em vista a importância do enfrentamento destas desigualdades, foi objetivo desse estudo identificar fatores associados à utilização diferencial dos serviços odontológicos, públicos (básicos e especializados) e privados, em municípios com cobertura da ESF estimada em 100%.

Metodologia

Realizou-se um inquérito domiciliar de base populacional em dois municípios baianos de médio porte (50 000 a 100 000 hab.), localizados na região metropolitana de Salvador, com cobertura potencial estimada em 100% da ESF e que implantaram o CEO há pelo menos quatro anos. Foram selecionados dois municípios considerados exitosos pela Secretaria Estadual de Saúde, segundo os relatórios de avaliação dos CEO's e de visitas técnicas da Coordenação Estadual de Saúde Bucal.

Caracterização dos municípios

O município A tem uma população de 42 153 habitantes, dos quais 13,8% são analfabetos e o rendimento domiciliar médio *per capita* é de R\$371,00. Existem 12 Unidades de Saúde da Família (USF) e um CEO tipo I. Os 18 dentistas que trabalham no governo local estabelecem uma relação de 0,4 dentistas-SUS/10³ hab. Já o município B possui 51 077 habitantes, com uma proporção de 11,1% de analfabetismo e renda média domiciliar *per capita* de R\$419,00. Há 15 USF e um CEO tipo I, nos quais trabalham 24 dentistas, ou seja, 0,5 dentistas-SUS/10³ hab. Os

municípios pesquisados têm indicadores sociais semelhantes, especialmente o índice de Gini ($A=0,41/B=0,42$) e o IDH ($A=0,657/B=0,677$)²¹.

Apesar da Coordenação Estadual de Saúde Bucal considerar exitoso o funcionamento dos CEO's em 2011, no município B a avaliação realizada por Rossi¹³ encontrou baixo êxito na implementação deste serviço, com falta de planejamento técnico e apoio político. A análise do Triângulo de Governo de Carlos Matus²² revelou que a coordenação de saúde bucal trabalhava conforme a lógica de inserção no setor privado e tinha baixa capacidade de governo e governabilidade. Além disso, não havia uma central de marcação de consultas e o propósito de governo não previa o crescimento das ações públicas em odontologia. O CEO teve seu funcionamento ameaçado desde 2009, com cortes no financiamento, diminuição da produtividade e distanciamento das metas propostas pelo Ministério da Saúde (MS)¹³.

Por outro lado, no município A houve êxito na implementação da PNSB, com apoio político da gestão municipal e planejamento técnico, após pressão exercida pelo Conselho Municipal de Saúde e pelos resultados do levantamento epidemiológico. A Coordenação de Saúde Bucal tinha formação de sanitarista e experiência na gestão, o que lhe dava alta capacidade de governo e habilidades no controle do processo de trabalho. O serviço funcionava segundo as diretrizes do MS, e havia uma central de marcação de consultas¹³.

Cálculo Amostral

Realizou-se uma amostragem de conglomerado em dois estágios, sendo o primeiro a seleção dos setores censitários e o segundo, os domicílios, selecionados de forma sistemática devido à ausência de um cadastro atualizado de domicílios que

possibilitasse uma seleção aleatória. Em cada município foram sorteados 10 setores censitários, sendo sete urbanos e três rurais, de modo a garantir a proporcionalidade entre as zonas. Neste cálculo, utilizou-se o Censo Demográfico de 2000²³.

Para cada setor censitário, calculou-se a amostra dos domicílios elegíveis, tendo por objetivo estimar a proporção de pessoas que utilizaram a assistência odontológica. Para isso, considerou-se uma prevalência de 50% (desconhecida), no nível de confiança de 95% e erro amostral de 4%. Por setor, foram selecionados 50 domicílios na zona urbana e 45 na rural (tamanho mínimo para todos os setores).

Para este estudo, foi critério de inclusão procurar algum serviço odontológico no último ano. Como exclusão, usar somente o CEO, sem fazer previamente tratamento na AB. Neste caso, os usuários entraram no serviço por vias alternativas, não investigadas por este trabalho.

Coleta dos dados

Agentes Comunitários de Saúde (ACS), treinados em duas oficinas com pré-teste da ficha, coletaram informações de todos os moradores com idade maior ou igual a 15 anos, no período de junho a setembro de 2011. Em cada domicílio, um informante-chave respondeu pelos demais moradores. A ficha conteve questões sócio-demográficas (beneficiário de programa social, renda mensal familiar, sexo, idade, etnia, escolaridade, local de residência, número de bens, cômodos e pessoas residentes no domicílio, tipo de organização do serviço de saúde bucal), e de utilização de serviços de saúde bucal (tipo de serviço utilizado e procedimentos realizados), referente ao período máximo de 12 meses anteriores ao momento da entrevista (Apêndice C).

Plano de Análise

A integralidade foi compreendida como a utilização oportuna dos serviços nos distintos níveis de atenção, quando necessitados²⁴. Já a utilização, ou uso, como sinônimo de acesso ou como resultado da interação entre o comportamento do indivíduo que precisa do cuidado, do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde e das próprias características deste sistema¹¹.

O desfecho principal foi o uso destes serviços, categorizados em: a) tentou acesso em algum local e não conseguiu, b) usou somente AB, c) usou setor privado (convênio e particular) e d) usou AB e o CEO, sendo esta última categoria considerada como referência por representar aqueles que conseguiram transitar por toda rede de serviços e atingiram, possivelmente, a integralidade pretendida quando necessitaram. Aqueles que usaram concomitantemente o serviço público e privado, foram classificados como usuários deste último.

As variáveis potencialmente associadas ao desfecho foram dicotomizadas. Para as discretas (idade, escolaridade, número de bens e de pessoas/cômodo), utilizou-se a mediana como ponto de corte (até 35 anos=0, mais de 35 anos=1; até 7 anos de estudo=1, mais de 7 anos de estudo=0; até 3 bens=1, mais de 3 bens=0; até 0.6 pessoas/cômodo=0, mais de 0.6 pessoas/cômodo=1). A renda familiar mensal foi categorizada em até um salário mínimo (=1) e mais de um (=0), tendo como parâmetro o valor de R\$545,00 em 2011, ou US\$311,00²⁵. A cor da pele foi dicotomizada entre negros (=1) e não negros (=0); o local de residência entre zona urbana (=1) e rural (=0), e quanto ao trabalho exercido, entre remunerado (=0) e não remunerado (=1).

A variável organização do serviço foi categorizada em melhor (=0) e pior (=1), conforme a análise da implementação da PNSB nestes municípios realizada

por Rossi¹³ à luz do Triângulo de Governo²², que permitiu avaliar se o funcionamento do serviço estava de acordo com as diretrizes propostas pela política, se existia planejamento e apoio político para o projeto de implementação do CEO e como se deu a condução do processo de trabalho pelos gestores. Estas evidências, detalhadas na caracterização dos municípios, viabilizaram a classificação os indivíduos residentes no município A como expostos a um serviço mais organizado e próximo das diretrizes da PNSB que aqueles moradores da outra localidade pesquisada.

Realizou-se proporção absoluta e relativa para a estatística descritiva. O teste χ^2 de Pearson determinou a diferença da prevalência de cada categoria do desfecho por variável independente. Como a variável resposta tem quatro categorias nominais, utilizou-se a regressão logística politômica²⁶ para aferir a associação às variáveis independentes. O modelo multivariado *backward* descreveu o efeito sob as exposições independentemente, com Intervalo de Confiança de 95% (IC95%). Nesta análise, foram adicionadas as variáveis com p valor menor que 0,05 ou que fossem plausíveis teoricamente (idade e cor da pele). Por fim, foram excluídas aquelas colineares (renda, trabalho, número de bens e de pessoas/cômodo). O banco de dados foi construído no programa Epidata 3.1 e os dados foram analisados no pacote estatístico Stata 10.0.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob o nº 045/2010. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo

assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações. Foi estabelecido um termo de anuência com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

Resultados

Foram coletados dados de 1 290 indivíduos que procuraram algum serviço odontológico no último ano. Destes, 10,16% não conseguiram atendimento em nenhum nível assistencial, 38,76% foram ao setor privado, 33,80% usaram somente a AB e 17,29%, a AB e CEO. Todos estes últimos responderam que foram encaminhados com uma ficha de referência, entretanto não houve a contra-referência em nenhum dos casos. Dos entrevistados que referiram encontrar barreiras de acesso, 131 procuraram a AB, quatro, o CEO e oito, consultório particular.

A amostra foi composta, predominantemente, por indivíduos do sexo feminino (62,71%), não negros (58,91%), com até 35 anos de idade (53,88%) e mais de 7 anos de estudo (60,16%), residentes na zona urbana (71,32%), não beneficiários de programa social (62,25%), que não exercem atividade remunerada (64,03%) e com renda familiar maior que um salário mínimo (62,95%). Em seus domicílios residiam mais de 0,6 pessoas por cômodo (65,36%) com até 3 bens (72,79%). A maioria estava exposta a um serviço público odontológico melhor organizado (54,26%), onde foi relatado maior barreira de acesso (14,14%) (Tabela 1).

O perfil de utilização variou conforme o tipo de serviço acessado. A atenção básica foi mais usada pelos entrevistados com mais de 35 anos, em menor posição socioeconômica e residentes no município com serviço de saúde melhor organizado, com uma diferença estatisticamente significativa daqueles com o perfil oposto que acessaram os outros níveis assistenciais.

Tabela 1. Estatística descritiva das variáveis socioeconômicas segundo o tipo de serviço odontológico utilizado, em dois municípios de médio porte da Bahia, 2011.

Variáveis	Procurou algum serviço e não teve acesso n=131 %	Atenção básica n=436 %	Serviço privado n=500 %	Atenção básica e CEO n=223 %	p valor	Total n=1290 %
Programa Social					0,00	
Não	8,22	25,90	49,81	16,06		62,25
Sim	13,35	40,04	20,53	26,08		37,75
Renda					0,00	
Até 1SM	11,72	37,87	23,85	26,57		37,05
Mais de 1SM	9,24	27,34	47,54	15,89		62,95
Sexo					0,00	
Masculino	11,64	27,03	46,15	15,18		37,29
Feminino	9,27	33,75	34,36	22,62		62,71
Trabalho					0,00	
Remunerado	10,34	24,78	50,00	14,87		35,97
Não Remunerado ou desempregado	10,05	34,87	32,45	22,64		64,03
Cor da pele					0,56	
Não negra	10,79	30,26	38,29	20,66		58,91
Negra	9,25	32,64	39,43	18,68		41,09
Idade					0,00	
Até 35 anos	9,21	26,04	43,60	21,15		53,88
Mais de 35 anos	11,26	37,31	33,11	18,32		46,12
Escolaridade					0,00	
Até 7 anos	12,26	40,47	26,26	21,01		39,84
Mais de 7 anos	8,76	25,13	47,04	19,07		60,16
Bens					0,00	
Até 3 bens	12,03	34,61	30,56	22,79		72,79
Mais de 3 bens	5,13	22,22	60,68	11,97		27,21
Número de pessoas/cômodo					0,00	
Até 0.6	13,20	37,81	27,07	21,92		34,65
Mais de 0.6	8,54	31,67	44,96	14,83		65,35
Zona					0,03	
Rural	9,46	31,62	34,32	24,59		28,68
Urbano	10,43	31,09	40,54	17,93		71,32
Organização do serviço					0,00	
Pior	5,42	32,20	51,02	11,36		45,74
Melhor	14,14	35,14	28,43	22,29		54,26

A análise univariada mostrou que entre aqueles que procuraram algum serviço e não conseguiram, ser do sexo feminino (OR=0,58; IC95%: 0,37-0,90) foi associado à superação das barreiras de acesso, em comparação aos que transitaram pela rede de cuidados à saúde bucal, AB e CEO.

Usar apenas a AB foi associado positivamente aos que têm mais de 35 anos de idade (OR=1,63; IC95%: 1,18-2,26), até 7 anos de estudo (OR=1,64; IC95%: 1,18-2,27) e residentes no município com um serviço pior organizado (OR=1,80; IC95%: 1,28-2,53). Por outro lado, ter até 3 bens (OR=0,63; IC95%: 0,40-0,98) foi associado a um menor uso da AB, em comparação àqueles que percorreram também a AE.

Com relação ao serviço privado, os indivíduos submetidos a uma pior organização do serviço (OR=3,52; IC95%: 2,51-4,94) têm três vezes e meia maior utilização, quando comparados aos que usaram o setor público. Associação também positiva foi encontrada entre os residentes em zona urbana (OR=1,61; IC95%: 1,15-2,26). Ser beneficiário de programa social (OR=0,24; IC95%: 0,17-0,36), com renda familiar de até um salário mínimo (OR=0,31; IC95%: 0,22-0,43), sem atividade remunerada (OR=0,44; IC95%: 0,32-0,63), do sexo feminino (OR=0,54; IC95%: 0,38-0,75), com menor grau de escolaridade (OR=0,54; IC95%: 0,40-0,78), número de bens (OR=0,22; IC95%: 0,14-0,33) e menos pessoas por cômodo no domicílio (OR=0,41; IC95%: 0,29-0,57) foram associados ao menor uso dos consultórios particulares em comparação aos que passaram pelos serviços públicos odontológicos, AB e CEO (Tabela 2).

Tabela 2. Associação univariada entre variáveis socioeconômicas e a utilização dos serviços odontológicos, tendo como categoria de referência a AB e CEO, em dois municípios de médio porte da Bahia, 2011 (n=1290)

Variáveis	Procurou algum serviço e não teve acesso vs. AB e CEO			Atenção básica vs. AB e CEO			Serviço privado vs. AB e CEO		
	OR	IC95%	p valor	OR	IC95%	p valor	OR	IC95%	p valor
Programa Social									
Sim	0,94	0,61-1,45	0,75	0,87	0,63-1,20	0,40	0,24	0,17-0,36	0,00
Renda									
Até 1SM	0,78	0,51-1,21	0,26	0,88	0,64-1,21	0,43	0,31	0,22-0,43	0,00
Sexo									
Feminino	0,58	0,37-0,90	0,01	0,95	0,67-1,35	0,76	0,54	0,38-0,75	0,00
Trabalho									
Não remunerado ou desempregado	0,67	0,42-1,06	0,08	0,99	0,69-1,42	0,96	0,44	0,32-0,63	0,00
Cor da pele									
Negra	1,03	0,66-1,61	0,90	1,33	0,95-1,85	0,09	1,23	0,89-1,71	0,20
Idade									
Mais de 35 anos	1,44	0,93-2,22	0,10	1,63	1,18-2,26	0,00	0,89	0,65-1,23	0,48
Escolaridade									
Até 7 anos	1,39	0,90-2,16	0,13	1,64	1,18-2,27	0,00	0,56	0,40-0,78	0,00
Bens									
Até 3 bens	1,01	0,54-1,89	0,96	0,63	0,40-0,98	0,04	0,22	0,14-0,33	0,00
Número de pessoas/cômodo									
Mais de 0,6	1,05	0,68-1,61	0,84	0,81	0,58-1,12	0,20	0,41	0,29-0,57	0,00
Zona									
Urbano	1,50	0,94-2,42	0,09	1,31	0,93-1,84	0,12	1,61	1,15-2,26	0,00
Organização do serviço									
Pior	0,75	0,46-1,23	0,25	1,80	1,28-2,53	0,00	3,52	2,51-4,94	0,00

A análise do modelo final de regressão logística politômica multivariada mostrou que o sexo feminino (OR=0,58; IC95%: 0,37-0,92) superou as barreiras de acesso em maior proporção. Ter até 7 anos de estudo (OR=1,47; IC95%: 1,03-2,10) e estar exposto a um serviço de saúde menos organizado (OR=1,74; IC95%: 1,22-2,48) aumentaram a utilização exclusiva da AB em 47% e 74%, respectivamente, em comparação àqueles que usaram a AB e o CEO. Para o setor privado, ser do sexo feminino (OR=0,48; IC95%: 0,33-0,68), receber programa social (OR=0,36; IC95%: 0,25-0,51) e ter menor nível de escolaridade (OR=0,61; IC95%: 0,42-0,88) foram fatores independentemente associados à diminuição do uso deste serviço. Por outro lado, residir em zona urbana (OR=1,57; IC95%: 1,09-2,26) e estar exposto a uma pior organização do serviço (OR=3,17; IC95%: 2,22-4,53) aumentaram este uso, quando comparado aos que percorreram os serviços públicos odontológicos avaliados (Tabela 3). Neste caso, é possível afirmar que a organização do serviço foi o fator mais importante para o uso dos consultórios privados.

Tabela 3. Análise de regressão logística multivariada da associação entre variáveis socioeconômicas e a utilização dos serviços odontológicos, tendo como categoria de referência a AB e CEO, em dois municípios de médio porte da Bahia, 2011 (n=1290)

Variáveis	Procurou algum serviço e não teve acesso vs. AB e CEO			Atenção básica vs. AB e CEO			Serviço privado vs. AB e CEO		
	OR	IC95%	p valor	OR	IC95%	p valor	OR	IC95%	p valor
Sexo (Feminino)	0,58	0,37-0,92	0,02	0,96	0,67-1,37	0,82	0,50	0,35-0,71	0,00
Idade (Mais de 35 anos)	1,37	0,86-2,19	0,18	1,36	0,96-1,93	0,08	0,85	0,59-1,22	0,37
Programa social (sim)	0,95	0,61-1,49	0,83	0,95	0,68-1,33	0,76	0,30	0,21-0,44	0,00
Escolaridade (Até 7 anos)	1,26	0,79-2,01	0,33	1,45	1,02-2,07	0,04	0,58	0,40-0,85	0,00
Cor da pele (preta)	1,02	0,65-1,60	0,93	1,28	0,91-1,80	0,14	1,38	0,98-1,96	0,07
Zona (urbana)	1,48	0,91-2,39	0,11	1,40	0,99-2,00	0,06	1,53	1,06-2,20	0,02
Organização do serviço (Pior)	0,75	0,45-1,23	0,25	1,72	1,21-2,45	0,00	3,24	2,27-4,62	0,00

Discussão

Este estudo revelou que a desigualdade na utilização de serviços públicos odontológicos, em dois municípios baianos de médio porte com 100% de cobertura da ESF, está relacionada à escolaridade e à organização dos serviços públicos odontológicos, registrados nas comparações da utilização entre os níveis da assistência pública e entre os serviços públicos e os privados. Nestes últimos, a gestão local, com melhor governabilidade, projeto e capacidade de governo exerce papel de destaque, já que a melhor organização de serviços públicos odontológicos pode reduzir o uso da esfera privada. Isso reforça que os subsistemas não são complementares, mas concorrentes entre si.

A desigualdade foi registrada mesmo quando comparados grupos mais homogêneos, como os usuários da AB e os que percorreram a rede assistencial (AB e CEO). O maior capital cultural, representado pela escolaridade, foi determinante para um uso mais integral dos serviços públicos, quando necessário. Além disso, indivíduos com mais anos de estudo compreendem e percebem melhor as necessidades de saúde. Logo, têm maior poder para superar as barreiras de acesso^{6,7}.

Uma possível explicação pode estar ancorada na Sociologia Reflexiva de Pierre Bourdieu²⁷, que analisou a homologia entre forças sociais, estilos de vida e a disputa dos grupos pelo monopólio dos bens públicos²⁷. Esta abordagem teórica tem sido defendida e incorporada para o estudo das desigualdades em saúde e da utilização dos serviços^{6,7,28}. Assim, classes sociais mais altas têm o controle dos bens materiais e simbólicos raros. Serviços de AE podem ser considerados bens de acesso raro, em disputa pelos diferentes agentes, já que o acesso a eles é apontado como um entrave à garantia da integralidade da atenção²⁹.

Ao contrário do esperado, não houve associação entre o capital econômico (maior renda familiar mensal ou não receber benefício social) e melhor uso dos serviços, provavelmente devido a problemas no registro da renda familiar. Não foram encontrados outros estudos que analisassem a desigualdade no uso dos diversos níveis assistenciais da rede pública de serviços odontológicos.

Ainda neste bloco de comparação, um serviço mais organizado - que teve apoio político e planejamento técnico para a sua implementação, que cumpre as diretrizes propostas pela PNSB e com gestores que têm capacidade de governo e controle da condução do processo de trabalho - esteve associado à maior chance de uso dos serviços públicos odontológicos, facilitando a utilização de uma assistência mais integral. Esta associação esteve presente em outros estudos^{9,10,12-14} como hipótese explicativa para as barreiras de acesso organizacionais e para a permanência de modelos de atenção tradicionais.

A interpretação da associação entre a variável organização do serviço e o desfecho deve ser feita com cuidado, já que não é possível estabelecer relação causal pela indeterminação da temporalidade dos eventos. É importante destacar que esta é uma variável, por natureza, ecológica, já que cada categoria se refere a um dos municípios pesquisados, e o seu uso no nível individual pode ser configurado como falácia ecológica. Por outro lado, é inegável que todos os indivíduos que residem em uma localidade estão sujeitos à mesma gestão, o que reduz este viés e valida o seu uso. Somente foi viável aplicá-la neste estudo devido à caracterização prévia feita por Rossi¹³. Porém, são necessários outros estudos de caráter confirmatório que investiguem esta associação.

Os resultados da comparação entre uso de serviços públicos e privados mostraram uma tendência pró-equidade, com maior uso da AB e CEO entre as

mulheres, os beneficiários de programa social, aqueles com menor escolaridade e residentes em zona rural. Esta tendência de uso pela população mais vulnerável corrobora outros estudos^{1,3,18,30}.

Se por um lado o maior uso dos serviços públicos para a população com maior vulnerabilidade social demonstra uma tendência à equidade, por outro sugere uma ESF ainda focalizada, segundo a perspectiva do SUS para pobres³¹. Segundo Paim³¹, o SUS tem reduzido as desigualdades no acesso aos serviços e tornado a atenção menos iníqua, embora ainda muito distante do ideário igualitário.

Não foram encontrados outros estudos que analisaram a variável “programa social” como um determinante para a utilização de serviços públicos de saúde. No Brasil, tem-se observado que o benefício social, como o Bolsa Família, é bastante seletivo para identificar pessoas em estado de pobreza³². Esta variável foi adicionada ao modelo empírico pelo maior grau de confiabilidade da informação coletada.

A cor da pele não foi associada ao uso dos serviços. Divergindo deste trabalho, um estudo anterior encontrou que idosos negros têm menores chances de utilização dos serviços odontológicos como reflexo da discriminação racial, mesmo quando ajustado por outras variáveis socioeconômicas e de necessidades de saúde¹⁵.

Mulheres apresentaram maior proporção de conseguir atendimento no serviço público, quando procurado, enquanto homens utilizaram mais o privado. Essa associação é bastante relatada em outros estudos^{1-3,18}. Além de terem uma maior percepção das necessidades de saúde e papel central de cuidadora da família³³, elas ainda registram menor percentual de ocupação^{3,21}.

O percentual de uso dos serviços odontológicos privados (38,76%) foi inferior ao registrado na literatura. Um estudo que investigou as capitais do país encontrou, em 21 delas, percentuais maiores que 50%². No Brasil, registrou-se 48,30%³ e em Campina Grande, 64,30%³⁰. Por outro lado, a utilização dos serviços públicos neste estudo (51,09%) foi maior que o relatado para o Brasil, independente da faixa etária, variando de 46,30% a 28,90% para o grupo de 15 a 67 anos¹⁷. A região Nordeste é a que mais registra consultas odontológicas no SUS, o que pode ser explicado pela elevada cobertura da ESF. O sudeste do país tem a menor proporção deste tipo de serviço, em contraposição à maior quantidade de beneficiários de planos de saúde odontológicos³⁴.

Esta concorrência entre os subsistemas também pôde ser observada neste estudo através da maior facilidade de uso da assistência odontológica privada para os indivíduos expostos a uma pior organização local dos serviços. Esta variável pode ser considerada o fator mais importante associado à utilização. Estudos anteriores sugeriram esta relação entre uso de serviços públicos e o governo local^{9,10,12-14}.

É possível que haja um viés de memória entre os informantes-chaves, já que o responsável pelo domicílio no momento da visita respondeu por todos os residentes com mais de 15 anos sobre o uso dos serviços odontológicos, no período de um ano. Entretanto, os ACS foram orientados a preferencialmente entrevistar as donas de casa e mães que, em geral, sabiam informar os dados requisitados.

A opção metodológica deste estudo, ao eleger municípios com 100% de cobertura da ESF e realizar inquérito de base domiciliar, teve o intuito de responder, também, lacunas metodológicas³⁵ e de conhecimento acerca da atenção

especializada pública odontológica no país. Além disso, há um melhor desempenho dos CEO nos municípios em que a AB está bem estruturada⁹.

Outros determinantes não investigados neste estudo podem influenciar o acesso e uso diferencial do CEO, como a forma de marcação e a quantidade de consultas, o tempo de agendamento para a primeira consulta e retorno e a referência e contra-referência¹⁰. Apesar das barreiras de acesso não terem sido investigadas de modo mais aprofundado, o menor capital cultural parece dificultar o uso da AE, prejudicando a longitudinalidade do cuidado.

Os resultados reiteram que o enfrentamento das desigualdades no acesso e utilização de serviços públicos de saúde é dependente do modo como o governo local articula o projeto e sua capacidade de reorganizar a atenção odontológica. Para isso, sugere-se investir na gestão, qualificando-a. Ainda assim, foi possível verificar uma tendência pró-equidade no atendimento público odontológico dos municípios pesquisados, o que corrobora com os avanços conquistados pelo SUS no âmbito da oferta de serviços. Esta tendência pode camuflar um processo de universalização seletiva, com focalização dos serviços de atenção primária para grupos mais vulneráveis e de AE para aqueles que possivelmente têm mais capital para romper as barreiras de acesso, sejam elas organizacionais ou socioculturais.

Referências

1. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJ. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública* 2012a;46(2):250-8.
2. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil:

- análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad. Saúde Pública*, 2012b;28:90-100.
3. Pinto RS, Matos DL, Loyola-Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(2):531-544.
 4. Baldani NH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2011;27(Sup 2):272-283.
 5. Muirhead VE, Quiñonez C, Figueiredo R, Locker D. Predictors of dental care utilization among working poor Canadians. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:199–208.
 6. Vieira-da-Silva LM. Saúde e espaço social. In: *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção Pensar em Saúde. 2010. Rio de Janeiro: CEBES, 200p.
 7. Chaves SC, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy*. 2008;86:119–128.
 8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf. Acessado em 1 de abril de 2013.
 9. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2011;27(1):143-154.

10. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. Rev. Saúde Pública, 2010;44(6):1005-1013.
11. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual determinants of medical care utilization in United States. Milbank Mem Fund Q. 1973.
12. Chaves SCL, Soares FF, Rossi TRA, Cangussu MCT, Figueiredo ACL, Cruz DN et al. Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte. Ciênc. Saúde Coletiva, 2012;17(11):3115-24.
13. Rossi TRA. A Política de Saúde Bucal na Atenção Especializada em dois municípios da Bahia: da entrada na agenda à sua implementação. Dissertação [Mestrado em Saúde Comunitária]. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2011.
14. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad. Saúde Pública, 2009;25(5):985-996.
15. Souza EHA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. Ciência & Saúde Coletiva, 2012;17(8):2063-2070.
16. Araújo SC, Lima RC, Peres MA, Barros AJ. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. ad. Saúde Pública, 2009;25(5):1063-1072.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. [acessado 26 dez 2013] Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

18. Baldani MH, Almeida ES, Antunes JL. Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. Rev Saúde Pública 2009;43(3):446-54.
19. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev Saude Publica. 2010;44(2):360-5.
20. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet. 2011;377(9779):1778-97.
21. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Censo Brasileiro 2010. Geociências. [acessado 10 abr 2011] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/download/geociencias.shtm>
22. Matus C. Política, planejamento e governo. 2ª Ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1996.
23. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Censo Brasileiro 2000. Geociências. [acessado 10 abr 2011] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/download/geociencias.shtm>
24. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz para integralidade: critérios para avaliação. Saude Debate. 2002;26(60):37-61.
25. Brasil. Banco Central do Brasil. Câmbio e Capitais internacionais. Taxas de Câmbio. Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpesq.asp?id=txcotacao>. Acessado em 27 de outubro de 2013.
26. Kleinbaum DG, Klein M. Logistic Regression. A self-learning text. 3ª ed. New York: Springer; 2010.
27. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 8ª ed. Campinas: Papirus; 2007.

28. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health*, 2008;62:e13.
29. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2010;20(3): 953-972.
30. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008;24(12):2871-2880.
31. Paim, JS. Eqüidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, 2006;15(2):34-46.
32. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*, 2013;382(9886):57-64.
33. O'Donnell O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(12):2820-2834.
34. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011;6(9):3807-16.
35. Figueiredo N, Goes PSA. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2009;25(2):259-267.

ARTIGO 2

Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros

Inequalities in oral health care use in the primary care setting and associated factors in two Brazilian municipalities

Resumo

Objetivo. Investigar os fatores associados à desigualdade no uso de serviços de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) medida pelo indicador realização de exodontia.

Método. Realizou-se um inquérito populacional de base domiciliar em dois municípios do Estado da Bahia, Brasil, com 100% de cobertura da ESF. Foram sorteados 10 setores censitários. Os domicílios foram definidos de forma sistemática. Para estimar a utilização dos serviços públicos, consideraram-se prevalência de 50%, erro amostral de 4% e intervalo de confiança de 95%. Agentes comunitários de saúde treinados entrevistaram informantes-chave, que responderam a questões sociodemográficas e de utilização dos serviços odontológicos em nome de todos os moradores do domicílio com 15 anos ou mais. Considerou-se a exodontia como desfecho principal. A razão de prevalência foi usada para aferir a associação entre exodontia e as variáveis preditoras. A odds ratio (OR) foi usada na análise de regressão logística multivariada.

Resultados. Foram coletados dados de 2 539 indivíduos, dos quais 682 (26,86%) haviam utilizado o serviço de saúde bucal da atenção básica nos últimos 12 meses. A exodontia foi realizada em 218 (31,96%) dos 682 pacientes da atenção básica. Receber benefício social (OR = 1,43; IC95% 1,02 a 2,01), ter mais de 35 anos (OR = 1,59; IC95%: 1,12 a 2,27) e menor nível de escolaridade (OR = 1,81; IC95%: 1,27 a 2,56) foram variáveis associadas independentemente ao desfecho.

Conclusão. Os resultados apontam a permanência de desigualdades históricas na utilização dos serviços odontológicos e evidenciam para as Equipes de Saúde Bucal as vulnerabilidades que levam à maior perda dentária.

Palavras-chave: Extração dentária; desigualdades em saúde; saúde bucal; atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; assistência odontológica; Brasil.

ABSTRACT

Objective: To investigate the factors associated with inequality in the use of oral health services in the Brazilian Family Health Program (*Estratégia Saúde da Família*, ESF) as measured by dental extractions.

Methods: A population-based household survey was carried out in two municipalities with full coverage by the ESF in the state of Bahia, Brazil. Ten census tracts were randomly selected. Households were selected by systematic sampling. To assess the use of public services by the population, we considered a prevalence of 50%, sampling error of 4%, and confidence interval of 95%. Trained community health workers conducted key informant interviews on use of oral health services and collected demographic data for all household members aged 15 years or older. Dental extraction was the main outcome. The association between dental extraction and predictive variables was assessed using prevalence ratio, and multivariate logistic regression analysis was performed using odds ratio (OR).

Results: We collected data from 2 539 people. Of these, 682 (26.86%) had used primary oral health care services in the previous 12 months. Dental extraction was performed in 218 (31.96%) out of 682 primary care patients. Being assisted by social programs (OR = 1.43; IC95% 1.02-2.01), being older than 35 years (OR = 1.59; IC95%: 1.12-2.27), and having lower education levels (OR = 1.81; IC95%: 1.27-2.56) were independently associated with the outcome.

Conclusion: The present results suggest that historical inequalities of access to oral health services persist and show for Oral Health Teams vulnerabilities that lead to greater tooth loss.

Keywords: Tooth extraction; health inequalities; oral health; primary health care; health services accessibility; dental care; Brazil.

INTRODUÇÃO

Os levantamentos epidemiológicos realizados em 2010 (1) e 2003 (2) mostraram uma redução da média de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) no Brasil. Entretanto, observa-se que o componente “Perdido” do índice permanece com alto percentual na população adulta. Isso sugere que, no Brasil, ainda há um modelo assistencial mutilador na saúde bucal (3), centrado na doença e com pouca ênfase em práticas preventivas e restauradoras para grupos em posição social menos favorecida (4). A exodontia ainda se configura como a forma de tratamento mais comum para indivíduos de baixa renda (5), o que revela uma utilização desigual dos serviços de saúde (6-8). A perda dentária é apontada como um estigma da pobreza, reforçando as desigualdades entre as classes sociais (9) e evidenciando a existência de iniquidades que, além de evitáveis, são injustas (10, 11).

As questões relacionadas à desigualdade em saúde e ao acesso e utilização de serviços estão inseridas nas discussões mais atuais acerca dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e são desafios a serem superados. A Comissão dos DSS da Organização Mundial da Saúde (OMS) já demonstrou que a distribuição da saúde entre a população é um problema de justiça originado no modo como as políticas sociais e econômicas são desenhadas e implantadas. Nesse sentido, têm ganhado destaque frente à OMS as políticas de saúde bucal que podem causar impacto positivo na saúde das pessoas (12, 13), junto com outras intervenções que visam reduzir iniquidades de renda, educação e moradia.

Em 2004, a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (14) no Brasil, houve uma expansão do acesso ao serviço público com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF propõe reorientar o foco do modelo de atenção à saúde para o território e a família, visando à promoção da saúde. Antunes e Narvai (15) comentam que a oferta e a ampliação do atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a fluoretação das águas, foram as principais medidas tomadas pelo governo federal para reduzir as iniquidades em saúde bucal. Entretanto, os autores chamam a atenção para o resultado de intervenções introduzidas sem a elaboração de um planejamento estratégico que permita a universalização dos benefícios e o direcionamento dos recursos aos grupos com maiores necessidades. Isso provoca uma situação de equidade inversa, ou seja, grupos com melhor condição socioeconômica absorvem antes e com maior intensidade as vantagens de políticas públicas benéficas, como ocorreu com a fluoretação das águas. Se, por um lado, o alto investimento do governo federal nas ESB tem impulsionado uma melhora na condição de saúde bucal da população brasileira (2, 16), um estudo que comparou o impacto da ESB em áreas cobertas e não cobertas pela ESF não encontrou diferença, revelando a manutenção de práticas centradas no modelo médico-hegemônico (8).

Nesse contexto, há evidências (6, 7) de iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde bucal, que por consequência podem ter impacto no perfil dos indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos, a exemplo da exodontia. Apesar disso, os estudos (17, 18) têm centrado a atenção na prevalência da doença, neste caso a perda dentária, dando maior ênfase à condição de saúde bucal dos grupos de interesse e distanciando-se dos serviços.

É importante conhecer os fatores associados à desigualdade na utilização dos serviços a fim de se proporem medidas que tornem os serviços de saúde mais resolutivos, aproximando-se dos princípios e diretrizes do SUS. O objetivo deste

estudo foi investigar os fatores associados à realização de exodontia como indicador de desigualdade nos serviços de saúde bucal da ESF.

MÉTODOS

Realizou-se um inquérito domiciliar de base populacional em dois municípios baianos de médio porte (50 000 a 100 000 habitantes), localizados na região metropolitana de Salvador, com cobertura potencial da ESF estimada em 100%, e que haviam implantado o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como parte da PNSB há pelo menos quatro anos. Foram selecionados dois municípios considerados exitosos segundo os relatórios de visitas técnicas da Coordenação Estadual de Saúde Bucal e segundo a avaliação dos CEO's pela Secretaria Estadual de Saúde.

Cálculo amostral

Com base no censo demográfico (19), realizou-se uma amostragem de conglomerado em dois estágios. O primeiro foi a seleção dos setores censitários. No segundo, selecionaram-se os domicílios de forma sistemática em decorrência da ausência de um cadastro atualizado que possibilitasse uma seleção aleatória. Em cada município, foram sorteados 10 setores censitários, sendo sete urbanos e três rurais, de modo a garantir a proporcionalidade entre as zonas.

Para cada setor censitário, calculou-se a amostra dos domicílios elegíveis, tendo por objetivo estimar a proporção de pessoas que utilizaram a assistência odontológica. Considerou-se inicialmente uma prevalência de 50% (desconhecida),

nível de confiança de 95% e erro amostral de 4%. Por setor, foram selecionados 50 domicílios na zona urbana e 45 na rural (tamanho mínimo para todos os setores).

Coleta dos dados

Agentes Comunitários de Saúde (ACS), treinados em duas oficinas de trabalho com pré-teste do questionário, coletaram informações de todos os moradores com idade maior ou igual a 15 anos no período de junho a setembro de 2011. Em cada domicílio, um informante-chave respondeu pelos demais moradores. A ficha continha questões sociodemográficas (beneficiário de programa social, renda mensal familiar, sexo, idade, etnia, escolaridade e local de residência) e de utilização de serviços de saúde bucal (tipo de serviço utilizado e procedimentos realizados) considerando-se o período máximo de 12 meses antes da entrevista.

Plano de análise

A desigualdade na utilização do serviço odontológico na atenção básica foi medida através da exodontia (desfecho principal) utilizando-se a seguinte pergunta: “realizou exodontia na unidade de saúde da família no último ano?”. As respostas possíveis foram “sim” (= 1) ou “não” (= 0).

As variáveis preditoras foram dicotomizadas. Para as discretas (idade e escolaridade), utilizou-se a mediana como ponto de corte (até 35 anos = 0; mais de 35 anos = 1; até 7 anos de estudo = 1; mais de 7 anos de estudo = 0). A renda familiar mensal foi categorizada em até 1 salário mínimo (= 1) e mais do que 1 salário mínimo (= 0), tendo como parâmetro o valor do salário mínimo em 2011, de

R\$ 545,00, ou US\$ 311,00 (20). A etnia foi dicotomizada nas categorias negro (= 1) e não negro (= 0), e o local de residência, nas categorias zona urbana (= 0) e zona rural (= 1). Foram calculadas as proporções absoluta e relativa para a estatística descritiva. A razão de prevalência (RP) foi a medida usada para aferir a associação entre exodontia e as variáveis preditoras. Para descrever o efeito de cada exposição independentemente, calculou-se a *odds ratio* (OR), com intervalo de confiança de 95% (IC95%), através do modelo de regressão logístico multivariado *backward*. O banco de dados foi construído no programa Epidata 3.1, e os dados foram analisados no pacote estatístico Stata 10.0.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (protocolo 045/2010). Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações. O termo de anuência foi assinado pelas respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 2 539 indivíduos, dos quais 682 (26,86%) utilizavam o serviço de saúde bucal da atenção básica. Os grupos majoritários da amostra foram os seguintes: mulheres (69,21%), residentes na zona urbana (68,77%), não beneficiários de programa social (51,61%), indivíduos com renda familiar maior que 1 salário mínimo (53,37%) e indivíduos com mais de 7 anos de

estudo (52,64%). Do total, 41,94% declararam-se negros (tabela 1) e a média de idade foi de 37,67 anos ($\pm 15,86$). A exodontia foi realizada em 31,96% dos pacientes da atenção básica.

TABELA 1. Variáveis sociodemográficas e utilização de serviços públicos odontológicos da atenção básica por 682 usuários da Bahia, Brasil, 2011

Variável	n	%
Realizou exodontia		
Não	464	68,04
Sim	218	31,96
Etnia		
Não negro	396	58,06
Negro	286	41,94
Sexo		
Masculino	210	30,79
Feminino	472	69,21
Idade (anos)		
Até 35	343	50,29
Maior que 35	339	49,71
Escolaridade (anos)		
Até 7	323	47,36
Mais de 7	359	52,64
Beneficiário de programa social		
Não	352	51,61
Sim	330	48,39
Renda familiar mensal (salários mínimos) ^a		
Até 1	318	46,63
Mais de 1	364	53,37
Zona		
Urbana	469	68,77
Rural	213	31,23

^a Salário mínimo em 2011: R\$ 545,00 ou US\$ 311,00 (20).

A exodontia foi associada a ser homem (RP = 1,27; IC95%: 1,02 a 1,60), beneficiário de programa social (RP = 1,25; IC95%: 1,01 a 1,56); idade maior que 35 anos (RP = 1,49; IC95%: 1,19 a 1,87) e ter até 7 anos de estudo (RP = 1,70; IC95%: 1,36 a 2,14). Todas as diferenças foram estatisticamente significativas em relação ao grupo referência (tabela 2).

TABELA 2. Associação entre exodontia e variáveis sociodemográficas em 682 usuários de serviços públicos odontológicos da atenção básica, Bahia, Brasil, 2011

Variável	n	Prevalência	RP ^a	IC95%
Beneficiário de programa social				
Sim	118	35,76	1,25	1,01-1,56
Não	100	28,41	1	-
Renda familiar mensal (salários mínimos) ^b				
Até 1	108	33,96	1,12	0,90-1,39
Mais de 1	110	30,22	1	-
Etnia				
Não negro	132	33,33	1	-
Negro	86	30,07	0,90	0,72-1,13
Sexo				
Feminino	139	29,45	1	-
Masculino	79	37,62	1,27	1,02-1,60
Idade (anos)				
Até 35	88	25,66	1	-
Maior que 35	130	38,35	1,49	1,19-1,87
Escolaridade (anos)				
Até 7	132	40,87	1,70	1,36-2,14
Mais de 7	86	23,96	1	-
Zona				
Urbana	153	70,18	1	-
Rural	65	29,82	0,93	0,73-1,19

^a Razão de prevalências.

^b Salário mínimo em 2011: R\$ 545,00.

Receber benefício social (OR = 1,43; IC95%: 1,02 a 2,01), ter mais de 35 anos (OR = 1,59; IC95%: 1,12 a 2,27) e menor nível de escolaridade (OR=1,81;

IC95%: 1,27 a 2,56) foram variáveis associadas independentemente ao desfecho, conforme mostrou o modelo de regressão logística multivariada (tabela 3).

TABELA 3. Modelo de análise de regressão logística multivariada para associação entre exodontia e variáveis sociodemográficas em 682 usuários de serviços públicos odontológicos da atenção básica, Bahia, Brasil, 2011

Modelo final	OR ^a	IC95%
Beneficiário de programa social (sim)	1,43	1,02 a 2,01
Etnia (negro)	0,78	0,56 a 1,10
Sexo (masculino)	1,14	0,98 a 2,00
Idade (≥ 35 anos)	1,59	1,12 a 2,27
Escolaridade (≤ 7 anos)	1,81	1,27 a 2,56

^a Razão de chances (*odds ratio*).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo demonstraram que receber benefício social, ter mais de 35 anos de idade e menor nível de escolaridade são fatores associados à exodontia dental na atenção básica nos municípios avaliados. Estudos prévios (4, 5, 21) demonstraram que o menor capital cultural (22) está relacionado à percepção da exodontia como medida mais resolutiva de tratamento. Logo, a perda dentária pode ser interpretada como uma marca bucal da iniquidade (5). Apesar de a utilização do serviço público ser aparentemente maior entre os indivíduos mais socialmente vulneráveis (7), os procedimentos realizados nessa população parecem ser eminentemente mutiladores (4, 5).

Os estudos sobre perfil de utilização da ESF mostram que mulheres, idosos, pobres, desempregados, indivíduos sem cobertura por plano de saúde e com autopercepção da saúde ruim utilizam mais os serviços (7, 23, 24). Isso indica que, em áreas cobertas pela ESF, há uma utilização mais equitativa (7). Por outro lado, a maior utilização e acesso aos serviços de saúde (25) não parecem traduzir-se necessariamente em uma melhora significativa da condição de saúde bucal da população adulta. Um estudo que avaliou o impacto da ESF sobre indicadores de saúde bucal no Nordeste do Brasil encontrou um fraco desempenho das ESB nos municípios avaliados (8), tendo em vista o investimento realizado e a proposta de inversão do modelo assistencial.

Segundo o último levantamento epidemiológico nacional (2), em 7 anos, o CPO-D dos idosos pouco se alterou. O componente perdido, em torno de 92%, manteve-se como o principal responsável pelo índice elevado, tanto no inquérito de 2003 (1) quanto no de 2010 (2). Entre os adultos de 35 a 44 anos, houve uma diminuição de 17% no índice geral; essa diminuição foi caracterizada por um aumento do componente obturado em relação aos dentes cariados e perdidos. Os dentes perdidos colaboraram com 44,7% do CPO-D em 2010, uma diminuição de 21% em relação a 2003 (65,7%). O aumento no acesso aos serviços é apontado como um dos fatores responsáveis por essa melhoria. Apesar disso, houve pouca alteração nas desigualdades de saúde e de acesso entre as regiões do país.

A despeito das recomendações da Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde e do debate atual a respeito de medidas que promovam a diminuição das iniquidades em saúde (12), estudos (3, 5, 15, 25, 26) apontam a necessidade de implantarem-se medidas efetivas no combate às iniquidades em saúde. Nesse

sentido, a PNSB (14) ainda necessita de muitos avanços, principalmente no que tange à reorientação das práticas assistenciais (5, 8, 26, 27).

No Nordeste do Brasil, a exodontia ainda é o principal motivo que leva os idosos ao cirurgião-dentista, com um percentual de uso de 40,4% (IC95%: 37,1 a 43,8). Para os adultos de 35 a 44 anos, esse percentual cai para 24,8% (IC95%: 22,1 a 27,7) (2). No presente estudo, 31,96% dos indivíduos que foram atendidos na Unidade de Saúde da Família (USF) declararam ter realizado esse procedimento. O perfil de risco para a perda dentária inclui indivíduos mais velhos, mulheres, pessoas com baixa escolaridade (28), baixo estrato social (29), negros (17, 30), residentes em zona rural e pessoas sem acesso à água fluoretada (17).

Apesar dos relatos de associação positiva entre baixa renda familiar e perda dentária (17, 18, 28, 29), a mesma não foi encontrada neste estudo. Por outro lado, receber benefício social foi uma condição de risco para a exodontia. É possível que ser beneficiário de programa social seja um indicador mais sensível do que renda para detectar indivíduos em situação de pobreza, visto que as condicionalidades impostas para receber o benefício conferem sensibilidade para detectar a população alvo (31, 32).

É importante ressaltar que o Programa Bolsa Família é a estratégia do Governo Federal, criada em 2003, para a transferência de renda, sendo, portanto, fundamental na discussão sobre desigualdades em saúde. Apesar das discussões a respeito do impacto real do Bolsa Família na redução da pobreza e da necessidade de articulação com políticas macroeconômicas, tributárias e educacionais, e apesar de seus principais limites (baixo valor e critérios de acesso restritivos) (31), o programa tem conseguido aumentar o acesso aos alimentos pela população assistida. Paradoxalmente, constatou-se um aumento no consumo de alimentos de

maior densidade calórica e baixo valor nutritivo (32), portanto cariogênicos. Esse pode ser outro caminho explicativo para a associação observada nesta pesquisa, porém não foram encontrados estudos conclusivos a respeito do impacto do Programa Bolsa Família na saúde bucal.

As variáveis etnia e sexo não se associaram ao desfecho; mesmo assim, foi plausível mantê-las no modelo final da regressão logística. Além de ambas estarem associadas à perda dentária (28, 29), a etnia já foi identificada como um fator limitante na utilização dos serviços odontológicos por idosos (30).

O presente estudo avaliou a perda dentária na perspectiva do serviço, examinando as exodontias referidas por aqueles que utilizaram a USF. É possível que exista um viés de memória entre os entrevistados, visto que as informações dos moradores, referentes ao período de 12 meses antes da entrevista, foram fornecidas por apenas um informante-chave. Essa metodologia é justificada, entretanto, pela maior praticidade e rapidez na coleta de dados. Além disso, os informantes-chave entrevistados eram indivíduos que normalmente sabem fornecer os dados solicitados, como as mães ou donas de casa.

Não foi possível determinar o fator mais importante para a perda dentária. Muitas são as causas que colaboram para o desfecho, inclusive a grande demanda reprimida que resulta da falta de programas e políticas preventivas voltadas para a população adulta e idosa. Os resultados remetem aos DDS e apontam para a permanência de desigualdades históricas na utilização dos serviços de saúde bucal com maior perda dentária para a população adulta com menor nível de escolaridade, mesmo no contexto de avanços (16, 25) relativos à redução das desigualdades no acesso aos serviços. Além disso, os resultados apontam para a manutenção de uma prática mutiladora que se opõe às ações da Equipe de Saúde Bucal na ESF.

Esses resultados podem subsidiar o planejamento de ações preventivas específicas e adequadas a essa população avaliada, bem como o olhar mais atento da ESB às vulnerabilidades que levam à maior perda dentária. Para que seja possível diminuir as desigualdades de acesso e utilização dos serviços e modificar o perfil de perda dentária, a intersectorialidade, principalmente no que tange à educação, pode ser importante para a melhoria da saúde bucal da população, como complemento às ações preventivas, curativas e de promoção da saúde.

Agradecimentos. Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) através do edital PP-SUS 2010.

Conflito de interesses. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf. Acessado em outubro de 2013.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2009-2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.

Acessado em outubro de 2013.

3. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385–93.
4. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. *Health Policy*. 2008;86(1):119–28.
5. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1383-92.
6. Baldani NH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Supl 2):272-83.
7. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):595-603.
8. Pereira CRS et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):449-62.
9. Nations MK, Nuto SA. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Soc Sci Med*. 2002;54(2):229-44.
10. Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1991.

11. Vieira-da-Silva LM, Almeida-Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica*. 2009;25(Sup 2):217-26.
12. CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde; 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf. Acessado em outubro de 2013.
13. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):481–87.
14. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorrient e.pdf. Acessado em 1 de abril de 2013.
15. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):360-5.
16. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.
17. Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(1):49-57.
18. Batista MJ, Rihs LB, Sousa MLR. Risk indicators for tooth loss in adult workers. *Braz Oral Res*. 2012;26(5):390-6.

19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro 2000. Geociências. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/download/geociencias.shtm>. Acessado em 10 de abril de 2011.
20. Brasil. Banco Central do Brasil. Câmbio e Capitais internacionais. Taxas de Câmbio. Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpesq.asp?id=txcotacao>. Acessado em 27 de outubro de 2013.
21. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev Saude Publica. 2005;39(6):930-6.
22. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 8ª ed. Campinas: Papyrus; 2007.
23. Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev Bras Enferm. 2008;61(2):153-8.
24. Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, César CL. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. Rev Saude Publica. 2005;39(1):90-9.
25. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. Rev Saude Publica. 2012;46(2):250-8.
26. Pereira CRS, Patricio AAR, Araujo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. Cad Saude Publica. 2009;25(5):985-96.

27. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(12):2871-80.
28. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1803-14.
29. Neto JMS, Nadanovsky P. Social inequality in tooth extraction in a Brazilian insured working population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35: 331–36.
30. Souza EHA, Oliveira PAP, Peagle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(8):2063-70.
31. Silva, MOS. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2007;12(6):1429-39.
32. Cotta RM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):54–60.

APÊNDICES

A - Termo de Anuência Institucional

B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

C - Questionário de utilização de serviços odontológicos



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

E-mail: ppgsc@ufba.br – (071) 3263-7409/7410

Apêndice A - Termo de Anuência Institucional

Na condição de Secretário(a) Municipal de Saúde do município, autorizo a pesquisa **"A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas"**, **desenvolvida** pela Professora Sônia Cristina Lima Chaves do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecida sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa sob a garantia da confidencialidade das informações e de esclarecimentos permanentes sobre a mesma.

-----, ----- de ----- de 2011.

Secretário(a) Municipal de Saúde



Universidade Federal da Bahia

Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rua Basílio da Gama S/N, Canela - 40.110-040 Salvador-Bahia-Brasil

E-mail: ppgsc@ufba.br – (071) 3263-7409/7410

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ (entrevistador), estou pesquisando os problemas que a população enfrenta para ser atendida nos postos de saúde da Prefeitura, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e facilitar o acesso.

Assumo o compromisso de que toda a informação que você irá me fornecer permanecerá estritamente confidencial. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para gerar informações capazes de resultar na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde. Porém, ela é inteiramente voluntária. A qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista e só responderá as perguntas que desejar.

Você poderá entrar em contacto com a coordenação do projeto através do telefone (71)3495-6210.

Eu (entrevistado) (a)----- declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **"A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas"** e aceito nela participar.

_____, ____/____/2011.



Apêndice C – Questionário de utilização dos serviços odontológicos

I. DADOS GERAIS

MUNICÍPIO [2] SETOR [1] DOMICÍLIO [1 1] Nº FICHA [1 1 1] ACS: _____ Data: _____ (1.Catu; 2.São Sebastião do Passé)
Endereço do domicílio [_____]
Telefones disponíveis [_____] [_____] Informante no domicílio [_____]

Identifique aqui o nome dos indivíduos moradores desse domicílio:

MORADOR	NOME	MORADOR	NOME
1		5	
3		7	

II. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Moradores do domicílio	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Idade (em anos)								
2.Sexo [0=Masc 1=Fem]								
3.Etnia [Amarelo=1 Branco=2 Negro=3 Pardo=4 Indígena=5 Sem registro=9]								
4.Escolaridade (anos de estudo) <small>¹ [Não freqüentou a escola= 0 anos Ensino fundamental incompleto=até 4 anos Ensino fundamental completo= 4 anos Ensino básico incompleto=entre 5 e 8 anos Ensino básico completo= 8 anos Ensino médio incompleto=entre 9 e 11 anos Ensino médio completo=11 anos Superior incompleto/completo=12 anos ou mais]</small>								
5.Qual a sua situação de trabalho atual [0=desempregado 1= trabalhando 2= afastado por doença comum 3= afastado por doença ou acidente do trabalho 4= aposentado por tempo de serviço; 5=estudante 6=dona de casa 7=outro; 9=sem informação].								

III. ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL (sempre tomar como referência o último ano)

Perguntas	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Necessita ou necessitou de tratamento dentário no último ano? (0=Não; 1=Sim)								
7. Procurou o dentista? [0=Não 1=Sim, do Posto e obteve atendimento 2=Sim, do Posto, mas não conseguiu atendimento 3=Sim particular e obteve atendimento 4=Sim, particular, mas não obteve atendimento 5=Sim, convênio e obteve atendimento 6=Sim, convênio, mas não obteve atendimento. 7=Sim, no CEO e obteve atendimento 8=No CEO, mas não obteve atendimento 9=Sem informação/não se aplica]								
8. Qual tipo de tratamento fez no atendimento básico [pode marcar mais de um]? [1=Higiene Bucal Supervisionada, 2=Aplicação de flúor, 3=limpeza dos dentes, 4=tratamento de gengiva, 5=restauração simples, 6=Extração(s), 7=consulta, 8=não se aplica, 9=sem informação/não sei, 10=Outro]								
9. Caso tenha feito tratamento no CEO, como você fez para marcar sua consulta? [0=foi até lá sozinho sem encaminhamento, 1=foi encaminhado da USF e marcou via central, 2=foi encaminhado da USF e marcou pessoalmente no CEO, 3=dentista particular encaminhou, 4=amigo ou conhecido marcou 9=não se aplica]								
10. Qual tipo de tratamento fez no atendimento especializado (CEO ou particular) [pode marcar mais de um]? [1=higiene Bucal Supervisionada, 2=Aplicação de flúor, 3=limpeza dos dentes, 4=tratamento de gengiva, 5=tratamento de canal, 6=Extração, 7=biópsia 8=Raios X, 9=sem informação/não sei,10=Prótese, 11=restauração simples 12=Não se aplica]								
11. Para quanto tempo foi agendada a consulta especializada (tempo entre o dia da marcação e a realização da consulta) (em dias)? 9=não se aplica								
12.Se houve mais de uma consulta, quanto tempo em média decorreu/levou entre a consulta anterior e o retorno? (em dias) 9=não se aplica								
13.Participou de alguma atividade educativa sobre saúde bucal desenvolvida pelo serviço público de saúde? (0=sim, na USF; 1= sim, no CEO, 2=sim, nos dois e 3=não, 9=não se aplica).								

Nº de pessoas no domicílio [] Nº de cômodos [] Anos de estudo do chefe da família¹ []

Nº de bens* [] Renda familiar (R\$) [_____, _____]*TV, geladeira, máquina de lavar roupa e microcomputador.

Beneficiário por programa social?[] 0=Não 1=Sim Qual? (marcar x) ()Bolsa Família ()Vale Gás ()Ou

