

Fatores associados ao tipo de serviço odontológico utilizado por adultos

Olga Maria Dias Agostinho Pires¹, Manoelito Ferreira Silva Junior², Antonio Carlos Frias³, Maria da Luz do Rosário de Sousa⁴

¹Prefeitura Municipal de Embu das Artes, Embu das Artes, São Paulo, Brasil.

²Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

³Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, São Paulo, Brasil.

Objetivo: Analisar os fatores associados ao tipo de serviço odontológico utilizado por adultos.

Métodos: O estudo transversal analítico utilizou-se de dados secundários do Levantamento Epidemiológico representativo da população adulta (35-44 anos) no município de Embu das Artes-SP, Brasil, em 2008. A coleta de dados por amostragem probabilística foi realizada nos domicílios. O desfecho foi ser usuário do serviço público odontológico para tratamento regular ou atendimento de urgência. As variáveis independentes foram: agravos bucais (Índice de dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados, Índice Periodontal Comunitário, Perda de Inserção Periodontal e necessidade de prótese); condições socioeconômicas (renda familiar, aglomeração domiciliar, número de filhos, escolaridade); condições demográficas (sexo, estado civil, cor da pele); hábitos (fumo); utilização dos serviços (tempo da última consulta odontológica, informações sobre como evitar problemas bucais); percepção dos problemas bucais (dor de dente nos últimos seis meses, necessidade de tratamento e condição bucal afeta relacionamentos com outras pessoas). Houve realização de análise descritiva e bivariada, além das razões de prevalência (RP).

Resultados: Houve a participação de 345 adultos, sendo 53% usuários do serviço público para tratamento regular ou urgência odontológica. O uso regular ou de urgência odontológico público foi associado ao sexo feminino (RP = 1,32; IC95%: 1,14-1,54), ter maior número de filhos (RP = 1,15; IC95%: 1,01-1,31), aglomeração domiciliar (RP = 1,88; IC95%: 1,42-2,50), menor renda familiar (RP = 2,23; IC95%: 1,33-3,66), relato de dor nos últimos 6 meses (RP = 1,43; IC95%: 1,06-1,42), considerar que a condição bucal afeta os relacionamentos com outras pessoas (RP = 1,30; IC95%: 1,05-1,62), e ser fumante ou ex fumante (RP = 1,67; IC95%: 1,15-2,24). O uso do serviço público apenas para o tratamento de urgência foi maior entre mulheres (RP = 1,48; IC95%: 1,16-1,86), maior número de filhos (RP = 1,22; IC95%: 1,08-1,37), aglomeração domiciliar (RP: 1,54; IC95%: 1,20-1,97), menor renda familiar (RP = 1,68; IC95%: 1,07-2,62) e apresentar relato de dor nos últimos seis meses (RP = 1,37; IC95%: 1,03-1,83).

Conclusão: O uso do serviço odontológico público esteve associado a fatores socioeconômicos, e isso demonstra que, mesmo há 10 anos, o município praticava o princípio da equidade na atenção à saúde bucal.

Descritores: Acesso aos serviços de saúde. Odontologia em saúde pública. Serviços de saúde bucal.

Submetido: 08/09/2018

Aceito: 05/12/2018

Autor para correspondência:

Maria da Luz Rosário de Sousa

Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Av. Limeira, 901, Vila Rezende, Piracicaba, SP, Brasil.

CEP: 13.414.903. Telefone: +55 19 2106 5209.

E-mail: luzsousa@fop.unicamp.br

INTRODUÇÃO

Pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e norteadas pela constituição brasileira, a saúde constitui-se como um direito da cidadania assegurado pelo Estado. O modelo de atenção à saúde bucal que vem sendo construído baseia-se nas diretrizes da universalidade do acesso, integralidade da ação e da equidade, enfatizando ações de promoção e prevenção sem prejuízo das atividades curativas e reabilitadoras¹.

Apesar da implantação do Programa de Saúde da Família ter ocorrido em 1994, e só a partir de 2001 a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) neste contexto, o serviço público odontológico vem expandindo-se nas últimas décadas², através da Política Nacional de Saúde Bucal, denominada de Brasil Sorridente, que além de ampliar o número de ESB, implantou os Centros de Especialidades Odontológicas a partir do ano de 2004³.

Apesar da ampliação da cobertura de equipes de saúde bucal, em 2008 um estudo identificou que 18,7% dos indivíduos nunca tinha ido ao dentista⁴. Em 2013, foi verificada uma cobertura de 42,2% no Brasil, com variação entre 69,1% na região nordeste e de 25,6% na região sudeste⁵. O município de Embu das Artes-SP apresentava em 2008 uma cobertura de 45,99% e em 2015 de 59,93%⁶. Sendo assim, o estudo sobre o acesso aos serviços de saúde bucal tem aumentado nos últimos anos⁷⁻¹⁴, principalmente em se tratando de municípios onde a cobertura de atenção básica não é total, pois o princípio doutrinário da equidade precisa ser utilizado para dar maior atenção à saúde daqueles indivíduos que mais precisam de acesso aos serviços de saúde.

No Brasil, o quadro epidemiológico da saúde bucal ainda é preocupante, apesar dos índices evidenciarem melhoria na condição de saúde bucal nas faixas etárias de crianças e adolescentes, a redução é menos expressiva nas faixas etárias de adultos e idosos¹⁵. Além disso, a redução na prevalência das doenças bucais tem reforçado a existência de desigualdades sociais na distribuição das doenças e na atenção à saúde bucal recebida de usuários de diferentes tipos de serviços odontológicos⁴. Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar os fatores associados ao tipo de serviço odontológico utilizado por adultos.

MATERIAL E MÉTODOS

DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO

Este estudo transversal foi realizado através de dados secundários do levantamento

epidemiológico realizado no município de Embu das Artes, São Paulo, Brasil, realizado pelos alunos do curso de Especialização em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, em 2008.

O município teve o início da implantação dos serviços odontológicos em 1983, através de mecanismos de integração e regionalização promovidas pela Secretaria de Estado da Saúde. Em 1983, foi implantado a fluoretação das águas de abastecimentos no município. Em 1986, ocorre a ampliação do Programa de Saúde Bucal, com a implantação de clínicas modulares simplificadas nas escolas. Em 2004, houve a implantação da Estratégia Saúde da Família e as equipes de Saúde Bucal foram implantadas em conjunto com as Equipes de Saúde da família. Em 2005 e em 2008, houve a habilitação do primeiro e do segundo Centro de Especialidades Odontológicas, respectivamente. Em 2008, havia sete equipes de Saúde Bucal cadastrada na modalidade II, e o município contava ao todo com 39 Cirurgiões Dentistas, 10 Técnicos em Saúde Bucal e 34 Auxiliares em Saúde Bucal.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-Unicamp), sob o parecer nº 134/2010.

AMOSTRA

A amostra probabilística representativa para adultos entre 35-44 anos foi realizada utilizando um total de 32.755 habitantes na faixa etária de interesse de, a média da cárie dentária de 20,03 dentes afetados (DP = 11,9)¹⁶, nível de confiança de 95% e margem de erro de 10%. Utilizou-se o efeito de desenho (deff) de 2,0 e taxa de não resposta em 30,0%, com o intuito de minimizar o efeito do sorteio por conglomerado em dois estágios. O tamanho amostral foi definido de 383 pessoas.

Foram sorteados 45 setores censitários do total de 242 setores que compõem o município. Para obter o total da amostra, foram sorteados 1050 domicílios que poderia conter a amostra segundo adensamento de adulto por domicílio (3:1). Foi sorteada e visitada uma casa a cada cinco residências, percorrendo todos os quarteirões dos setores sorteados, onde havia a probabilidade de identificar os adultos em número suficientes para compor a amostra entre 35 a 44 anos de idade necessária para o estudo.

O levantamento epidemiológico investigou condições de saúde bucal do grupo etário de adultos, 35 a 44 anos, examinados e entrevistados em domicílios. O levantamento epidemiológico contou com realização de

entrevistas e exames clínicos. O exame clínico avaliou a experiência de cárie dental através do índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), as condições periodontais através do Índice Periodontal Comunitário (CPI) e da Perda de Inserção Periodontal (PIP), uso e necessidade de prótese segundo os códigos e critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁷, realizados em domicílio com luz natural, com uso de equipamentos de proteção individual. O questionário continha perguntas referente ao estado civil, número de filhos, uso de cigarro, consumo de bebida alcoólica, tipo de ocupação, renda familiar, anos de estudo, situação de moradia, número de residente por cômodo, origem da água de abastecimento, destino do esgoto, acesso aos serviços odontológicos, informações sobre como evitar problemas bucais, autopercepção em saúde bucal, dor nos dentes e gengivais, e acesso a produtos de higiene bucal.

A coleta de dados foi realizada por oito alunos do curso de especialização e oito auxiliares em saúde bucal, funcionários do município. Previamente à coleta de dados, houve o treinamento e calibração dos examinadores se deu em uma unidade de saúde com pessoas da faixa etária do estudo, com *Kappa* de 0,85 (IC95%: 0,70-0,91).

DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS

A variável dependente foi ser usuário do serviço odontológico público, categorizados em: não usuários de serviço público e usuários do serviço público (uso regular e uso por urgência).

As variáveis independentes testadas foram: agravos bucais [experiência de cárie: índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), condição periodontal: índice periodontal comunitário (CPI) e perda de inserção periodontal (PIP), necessidade de prótese], condições socioeconômicas (renda familiar, escolaridade, situação de moradia), condições demográficas (sexo, estado civil, cor da pele), hábitos (uso de cigarro) utilização dos serviços odontológicos (tempo da última consulta odontológica e informações como evitar problemas bucais), e percepção sobre os problemas bucais (dor nos dentes nos últimos seis meses, considera que necessita de tratamento odontológico, considera que a situação bucal afeta relacionamentos com outras pessoas), comparando os usuários do serviço público e privado no município de Embu das Artes- SP, na população adulta (35 a 44 anos).

Em relação aos agravos bucais, o índice CPO-D foi dicotomizado pela média encontrada na população estudada, em CPO-D menor ou igual a 18 dentes comprometidos pela cárie e CPO-D

> 18. A condição periodontal foi dicotomizada em: periodonto saudável ou presença de sangramento, cálculo ou bolsa periodontal em pelo menos um sextante. A perda de inserção periodontal no indivíduo foi categorizada em: sem perda de inserção e perda acima de 4 mm em pelo menos um sextante. A necessidade de prótese dentária foi dicotomizada em: não necessita e necessita de prótese dentária.

Em relação ao sexo foi categorizado em masculino e feminino. O estado civil foi categorizado em: casado/união estável e solteiro/separado/divorciado/viúvo. Quanto ao grupo étnico foi dicotomizado em: brancos e negros/pardos. A escolaridade foi registrada de acordo com os anos de estudo completos: até 8 anos de estudo (ensino médio incompleto) e acima de 9 anos (ensino médio completo). A renda familiar foi categorizada: até 1 salário mínimo e acima de 1 salário mínimo. Quanto a aglomeração domiciliar foi usada a relação entre número de cômodos por habitantes na residência e categorizada da seguinte forma: menos de uma pessoa (< 1) por cômodo ou uma ou mais pessoas (≥ 1) por cômodo. Quanto ao número de filhos a categorização foi: 2 ou mais filhos e 1 ou nenhum filho.

No que diz respeito a hábitos (uso de cigarro) foi dicotomizado em ser fumante ou ex-fumante e não ser fumante. O tempo decorrente desde a última consulta odontológica foi: há menos de 2 anos e 3 ou mais anos. O acesso às informações de como evitar problemas bucais foi categorizado em sim e não. A autopercepção da dor nos dentes e gengivas nos últimos seis meses foi categorizada em apresenta dor e não apresenta dor. Considerar que necessita de tratamento odontológico foi dicotomizado em sim e não. Sobre considerar que a condição bucal afeta relacionamentos com outras pessoas foi dicotomizado em sim e não.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A partir da base de dados secundários, foi realizada uma análise descritiva de natureza exploratória. Para análise estatística foi utilizado o programa EPIINFO6 e STATA10, empregando-se análise bivariada dos usuários de serviço de saúde em relação às variáveis independentes, utilizando razões de prevalência (RP), com respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%, ajustado para modelos complexos de amostragem com ponderação populacional ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Foram identificados 380 indivíduos no grupo etário de interesse durante a coleta dos

dados, no entanto, 27 se recusaram a participar e 08 não foram encontrados, mesmo após duas visitas de retorno. Sendo assim, houve a participação de 345 adultos (35-44 anos) residentes no município de Embu das Artes-SP, sendo a maioria do sexo feminino (69,6%), casadas ou viviam em união estável (72,4%), negras ou pardas (63,1%), renda familiar superior a 1 salário mínimo (91,7%), moravam em domicílios com menos de uma pessoa por cômodo (59,1%), possuía 2 ou mais filhos

(73,6%) e possuía até ensino médio incompleto (66,0%) (Tabela 1). Um total de 53,0% dos adultos eram usuários do serviço público. Fumantes ou ex-fumantes representaram 31% da amostra, 71,5% consultou um cirurgião-dentista há 3 anos ou mais e 69,3% já receberam informações sobre saúde bucal. A maioria relatou não ter tido dor nos últimos 6 meses (64,4%), mas percebiam necessidade de tratamento odontológico (86,7%) e consideravam que a condição bucal afetava os relacionamentos (51,0%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características descritivas dos adultos (35-44 anos) residentes de Embu das Artes – São Paulo, Brasil, 2008

Variáveis	Adultos (35 - 44 anos)		
	n	%	
Sexo	Feminino	240	69,6
	Masculino	105	30,4
Estado Civil	Solteiro/sep/div/viúvo	95	27,6
	Casado/União estável	250	74,4
Cor de pele	Negros/pardos	218	63,1
	Branco	127	36,9
Renda familiar*	<1 salário mínimo	63	18,2
	≥ 1 salário min.	283	81,8
Aglomeração domiciliar	1 ou mais pessoa/cômodo	141	40,9
	Menos de 1 pes/cômodo	204	59,1
Número de filhos	≥ 2 filhos	254	73,6
	< 1 filho	91	26,4
Anos de estudo	Ensino médio incompleto	228	66,0
	Ensino médio completo	117	24,0
Fumante ou ex-fumante	Sim	107	31,0
	Não	238	69,0
Tempo da última consulta	< 3 anos	98	28,5
	≥ 3 anos	247	71,5
Acesso à informação odontológica	Não	106	30,7
	Sim	239	69,3
Relato de dor nos últimos 6 meses	Sim	123	35,6
	Não	222	64,4
Considera que necessita de tratamento odontológico	Sim	299	86,7
	Não	46	13,3
Condição bucal afeta os relacionamentos	Sim	176	51,0
	Não	169	49,0
Usuários do serviço público	Sim	183	53,0
	Não	162	47,0
Usuários do serviço público	Uso regular	97	53,0
	Uso por urgência	86	47,0
Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D)	> 18 dentes	167	48,4
	≤ 18 dentes	178	51,6
Índice Periodontal Comunitário (CPI)	Sang./calc./bolsa	314	91,0
	Sadio	31	9,0
Perda de Inserção Periodontal (PIP)	≥ 4 mm	166	48,1
	Sem perda	179	51,9
Necessidade de prótese	Sim	260	75,3
	Não	85	24,7

*Salário mínimo de R\$ 450,00 à época.

Em relação aos agravos bucais, a experiência de cárie foi de 18,47 dentes afetados, sendo o componente perdido o principal responsável (55,84%) (Tabela 2). Um total de 91,0% dos

adultos apresentavam pelo menos um sextante com sangramento gengival, cálculo ou bolsa periodontal e 51,88% da amostra não apresentavam perda de inserção periodontal (Tabela 3).

Tabela 2 - Distribuição da média por componente do índice de dentes permanentes cariados, perdidos, obturados (CPO-D), desvio padrão e intervalo de confiança de 95% para a média populacional na idade de 35 a 44 anos, município de Embu das Artes, São Paulo, 2008

Componente	Média	%
Cariado (C)	2,11	11,43
Perdido (P)	10,31	55,84
Obturado (O)	6,05	32,73
CPOD*	18,47	100,00

*Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados.

Tabela 3 - Porcentagem de pessoas examinadas, segundo o maior grau de condição periodontal dos adultos (35-44 anos) residentes em Embu das Artes, São Paulo, 2008

Condição periodontal* por sextante	%
Sadio	9,0
Sangramento gengival	15,5
Cálculo	53,3
Bolsa periodontal (≥4 mm)	17,1
Nulo	8,1

*Índice periodontal comunitário (CPI).

A tabela 4 apresenta as razões de prevalência brutas para cada variável independente e a realização de análise bivariada dos usuários do serviço de saúde para uso regular ou urgência para cada variável independente. Ser usuário do serviço público foi associado com ser do sexo feminino (RP = 1,37; IC95%: 1,14-1,54), ter maior número de filhos (RP =

1,15; IC95%: 1,01–1,31), maior aglomeração domiciliar (RP = 1,89; IC 95%: 1,42-2,50), menor renda familiar (RP = 2,21; IC95%: 1,33-3,66), ser fumante ou ex-fumante (RP = 1,61; IC95%: 1,15-2,24), considerar que a condição bucal afeta os relacionamentos (RP = 1,31; IC95%: 1,05-1,62), relatar dor de dente nos últimos seis meses (RP = 1,43; IC95%: 1,06-1,42).

Tabela 4 - Associação entre usuários do serviço público de saúde bucal segundo as variáveis de agravos bucais, socioeconômicas, condições demográficas, hábitos, utilização dos serviços e percepção dos problemas bucais, em adultos de 35 a 44 anos de idade (n = 345). Razões de prevalência (RP), intervalos de confiança (IC 95%), no município de Embu das Artes – São Paulo, 2008

Variáveis	Sim	Não	RP	IC 95%	p-valor
Índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D)					
> 18 dentes	86	79	0,97	0,77-1,20	0,976
≤ 18 dentes	97	87			
Índice periodontal comunitário (CPI)					
Sang./cal./bolsa	167	147	1,00	0,94-1,07	0,867
Sadio	16	15			

Uso do serviço odontológico por adultos

Perda de inserção periodontal (PIP)					
Sim (≥4 mm)	88	78	0,99	0,80-1,24	0,991
Não	95	84			
Necessidade de prótese					
Sim	141	119	1,04	0,92-1,18	0,439
Não	42	43			
Renda familiar					
< 1 salário mínimo*	45	18	2,23	1,33-3,66	0,001
≥ 1 salário mínimo*	138	144			
Aglomeracão domiciliar					
≥1 pessoa/comodo	96	45	1,88	1,42-2,50	0,000
< pessoa/comodo	87	117			
Número de filhos					
≥ 2 filhos	144	110	1,16	1,01-1,31	0,023
< 1 filho	39	52			
Anos de estudo					
Ensino médio incompleto	118	110	0,94	0,81-1,10	0,503
Ensino médio completo	65	52			
Sexo					
Feminino	144	96	1,33	1,14-1,54	0,000
Masculino	39	66			
Estado Civil					
Solteiro/sep/div/viúvo	55	39	1,24	0,87-1,76	0,226
Casado/União estável	128	122			
Cor da pele					
Negros/pardo	120	98	1,08	0,92-1,27	0,329
Branco	63	64			
Fumante ou ex fumante					
Sim	69	38	1,61	1,15-2,24	0,004
Não	114	124			
Tempo da última consulta					
< 3 anos	46	52	0,78	0,56-1,04	0,152
≥ 3 anos	137	110			
Acesso a informação					
Não	54	52	0,91	0,67-1,26	0,603
Sim	129	110			
Relato de dor nos últimos 6 meses					
Relato de dor dentária	76	47	1,43	1,06-1,92	0,015
Não apresentou dor	107	115			
Considera que necessita de tratamento odontológico					
Sim	163	136	1,06	0,97-1,15	0,162
Não	20	26			
Condição bucal afeta os relacionamentos					
Sim	105	71	1,31	1,05-1,62	0,012
Não	78	91			

*Salário mínimo de R\$ 450,00 à época.

A tabela 5 apresenta a distribuição da amostra e prevalência dos usuários do serviço público de saúde apenas para indivíduos que procuraram uso por urgência de acordo com a categoria das variáveis independentes. Para os usuários do serviço motivados por urgência, ser do sexo feminino (RP = 1,48; IC95%: 1,16-1,86),

maior número de filhos (RP = 1,22; IC95%: 1,08-1,37) e aglomeração domiciliar (RP:1,54; IC95%: 1,20-1,97), menor renda familiar (RP = 1,68; IC95%: 1,07-2,62), e apresentar dor nos últimos seis meses (RP = 1,37; IC95%: 1,03-1,83) também esteve associado ao uso do serviço público.

Tabela 5 - Associação entre usuários do serviço público de saúde bucal para uso por urgência segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas, em adultos de 35 a 44 anos de idade (n = 345). Razões de prevalência (RP), intervalos de confiança (IC 95%), no município de Embu – São Paulo, 2008

Variáveis	Usuários do serviço público de saúde (uso por urgência)				
	Sim	Não	RP	IC 95%	p-valor
Sexo					
Feminino	76	164	1,18	1,03-1,36	0,026
Masculino	21	84			
Número de filhos					
2 ou mais filhos	82	172	1,22	1,08-1,37	0,004
1 ou nenhum filho	15	76			
Aglomeração domiciliar					
1 ou mais pes/com	53	88	1,54	1,20-1,97	0,001
Menor de 1 pes/com	44	160			
Renda familiar					
Até 1 salário mínimo*	25	38	1,68	1,07-2,62	0,024
Mais de 1 salário mínimo*	72	210			
Relato de dor nos últimos 6 meses					
Relato de dor dentária	43	80	1,37	1,03-1,83	0,035
Não apresentou dor	54	168			

*Salário mínimo de R\$ 450,00 à época.

DISCUSSÃO

Este é um estudo de base populacional, representativo da população adulta do município de Embu, SP. Existem poucos estudos que caracterizam o perfil do usuário do serviço público odontológico em faixa etária adulta^{9,12-14}, principalmente em amostras representativas para os municípios. Este estudo mostrou associação entre o uso do serviço odontológico público, seja para o uso por necessidade de tratamento ou urgência, entre adultos em menor nível socioeconômico (maior número de filhos, maior aglomeração domiciliar e menor renda familiar)

o que indica um alcance em uma população historicamente desfavorecida e excluída da atenção em saúde bucal. Esse fato demonstra que as políticas públicas de saúde brasileira tem conseguido atingir o princípio da Equidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, mesmo no contexto de há 10 anos e com dados possíveis de serem comparados com o ultimo levantamento de saúde bucal ocorrido no País em 2010.

Este trabalho mostrou que 53% da amostra é usuária do serviço público para uso regular ou urgência, e esse resultado apresenta um maior uso em comparação com outros

estudos^{5,11,18,19}. Em 2010, o uso de serviço público foi de 46,3% no Brasil, um pouco menor na Região Sudeste (43,2%)²⁰ e em 2015, de 40,1% no estado de São Paulo¹⁴.

Em relação aos agravos bucais, pode ser verificado que os índices apresentados pela população adulta do município de Embu foi semelhante aos dados do SB Brasil^{16,21}. O CPO-D médio no presente estudo foi ligeiramente melhor que a média nacional, assim como quando analisados isoladamente cada um dos componentes do índice^{16,21}. No entanto, as condições bucais na faixa etária de adultos ainda apresentam valores elevados, e o componente perdido continua sendo o maior responsável pelo índice. Esse resultado reforça o entendimento de uma atenção à saúde bucal excludente e mutiladora, prática odontológica atualmente considerada inadequada e pouco resolutive. O elevado índice de CPO-D na população adulta também é evidenciado em outros estudos^{9,22,23}. Tem se visto um efeito coorte das doenças bucais, ou seja, um aumento da prevalência conforme a faixa etária estudada²⁴, sendo assim, na faixa etária de adultos o aumento na severidade dessas doenças, começam a torna-se irreversíveis e há o aumento da incidência das sequelas, como a perda dentária²³.

Quanto ao índice periodontal, os dados do levantamento nacional¹⁶ mostraram melhores que os apresentados pela amostra, no que diz respeito ao maior grau de condição periodontal: sextantes sadio, sextante com sangramento, presença de cálculo, presença de bolsa de 4 a 5 mm, houve uma ligeira inversão em sextantes com bolsa profunda (acima de 6 mm), e nos sextantes nulos onde a amostra do município apresentou dados discretamente melhores. No estudo realizado na cidade de Salvador²⁵, foram estudados adultos de 20 a 49 anos provenientes de áreas cobertas pelo Programa de Saúde da Família e os resultados indicaram que a maioria dos indivíduos necessita de maiores cuidados e instruções quanto a sua higiene oral.

As condições de saúde bucal avaliadas no presente estudo, como experiência de cárie, condição periodontal e necessidade de prótese, não apresentaram diferença entre os usuários e não usuários do serviço público. No estudo realizado no estado de São Paulo, em 2015, a necessidade de prótese também não foi associada aos usuários do serviço público, no entanto, a necessidade de endodontia foi associado¹⁴, aspecto bucal não avaliado no

presente estudo. Outros estudos também apontam a associação de maiores necessidade de tratamento bucal entre usuários do serviço público^{12-15,18,19}, inclusive por historicamente ser um serviço curativo-mutilador, ou seja, com baixa resolutividade em condições com possibilidade de tratamento menos invasivo, e a perda dentária como tomada de resposta. No presente estudo, o fato de não haver associação entre usuários e não usuários do serviço público com as condições bucais avaliados podem ser justificados por ser composta por uma amostra com baixa condição socioeconômica, onde 91,7% apresentava renda familiar até 5 salários mínimos, além disso, por se tratar de uma faixa etária adulta, com necessidades acumuladas, os agravos bucais pode estar afetando a amostra como um todo, e não apresentando-se de forma polarizada.

O sexo feminino foi mais prevalente no uso dos serviços públicos, característica também demonstrada por outros estudos^{11,12,19,25}. O uso mais frequente dos serviços de saúde públicos pelas mulheres, provavelmente pelo horário de funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que as mulheres tem um nível de ocupação (percentual de pessoas ocupadas) mais baixo que os homens, sendo assim tem maior disponibilidade de tempo para frequentar a unidade de saúde^{19,23,26}. No entanto, a maior frequência de uso de serviços entre as mulheres, também pode estar relacionado ao maior autocuidado, dado que pode ser verificado pelo uso mais regular e frequente entre as mulheres²⁵. Esses dados reforçam a necessidade de uso mais frequente dos serviços odontológicos pelos homens, seja público ou privado, principalmente para uso regular em nível de prevenção das condições bucais^{10-11,18,24,25}.

No presente estudo, alguns fatores socioeconômicos, tais como: número de filhos, aglomeração domiciliar e renda familiar, demonstraram que padrões socioeconômicos mais baixos mostraram-se mais prevalente no uso do serviço público. Outros estudos também demonstraram como perfil do usuário do SUS a baixa renda familiar^{12-14,18,19,25,27}. Esse fato reforça o alcance do Sistema Único de Saúde (SUS) e a importância da inclusão do cirurgião dentista na atenção básica de saúde e a Política Nacional de Saúde Bucal³, ou seja, vem desempenhando um dos seus princípios doutrinário, a equidade, Este requisito vem sendo cumprido, considerando seu papel na redução

das desigualdades e de provimento de acesso universal e cuidado integral, e conseguindo atingir uma população historicamente reprimida pela atenção de saúde bucal.

Apesar das variáveis socioeconômicas no presente estudo apresentarem associação com uso de serviços odontológicos públicos, também está associado com pessoas que apresentaram dor nos últimos seis meses, ou seja, procura do serviço em caso de uso regular ou por urgência, como também verificado em outros estudos^{12,14}. Esse aspecto pode predizer que apesar de haver um maior uso dos serviços odontológicos públicos por pessoas com baixa renda, essas pessoas procuram mais tardiamente, ou seja, quando a sintomatologia dolorosa aparece ou torna incapacitante²³.

A associação entre ser fumante e ex-fumante e usar mais o serviço público, pode ser uma relação indireta, uma vez que no Brasil a prevalência de indivíduos fumantes é inversamente proporcional à sua renda²⁸. Ou seja, se as pessoas com menor renda usam mais o serviço público, esperar-se-á que aumente a chance de fumante e ex-fumante seja atendido nesse serviço.

Maior aglomeração de pessoas por cômodo também tem sido apontado como marcador de uso de serviço odontológico público em outros estudos epidemiológicos^{12,13}. O fenômeno pode ser explicado devido uma relação entre maior número de dependentes em única renda familiar e, conseqüentemente, menor possibilidade de pagamento por serviços de saúde^{12,13}.

No presente estudo, os usuários do serviço público afirmaram que a condição bucal afeta os relacionamentos com outras pessoas. Sendo assim, ao se tratar da saúde bucal, não estamos lidando apenas com limitações funcionais, mas outros aspectos como os sociais são importantes e precisam ser valorizados, por interferir na qualidade de vida dos indivíduos²⁹. A boca admite um campo amplo social, e interfere nos aspectos sociológicos, psicológicos e de subjetividades³⁰.

Apesar de outras variáveis terem sido associadas em outras populações, tais como, pessoas não-branca^{12,15,25}, com menor escolaridade^{12,14,20} e sem relacionamento estável²⁰, as associações destas condições com o uso de serviços odontológicos não foram verificadas na presente amostra. Essa variação é esperada, uma vez que as características da população e a forma como interagem com os

serviços de saúde podem variar em diferentes locais. Mesmo assim, reitera-se a necessidade de realização de novos estudos, no intuito de aumentar o conhecimento dos fatores associados ao uso do serviço odontológico público em outras localidades.

No que diz respeito ao tempo da última consulta, e acesso a informações odontológicas não houve diferença estatística entre usuários e não usuários do serviço público. Esse aspecto pode estar relacionado às características de uma população adulta, independente do nível de escolaridade ou renda, esteve inserido em um modelo de atenção à saúde voltada para a assistência. Sendo assim, o conceito de saúde da população ainda se relaciona com ausência de doença, e por isso, procuram o serviço, seja público ou privado apenas por urgência ou dor²³. Nesse quesito, medidas públicas de saúde precisam promover discussão e ampliar o conhecimento das pessoas sobre o conceito de saúde, entendimento sobre o processo saúde-doença, conhecimento sobre o sistema de saúde brasileiro para toda população.

A limitação do estudo está no seu caráter transversal, onde exposição e desfecho são mensurados em um mesmo espaço temporal, e a interpretação de causalidade não pode ser aferida. Além disso, o levantamento dos dados apresentados foi realizado há 10 anos. No entanto, os resultados ainda nos trazem uma discussão atual e nos permitiram uma comparação com dados da mesma época e com dados atuais. Esses dados reforçam a necessidade de mais estudos que estudam os fatores relacionados a procura de serviços odontológicos, especialmente da população adulta, excluída historicamente das políticas de saúde bucal.

CONCLUSÃO

A situação da saúde bucal encontrada reflete os achados por outros estudos, onde os agravos bucais como o índice de cárie e doenças periodontais são ainda muito prevalentes na faixa etária de adultos. No entanto, o acesso ao serviço público odontológico do município de Embu, para tratamento regular ou atendimento de urgência foi superior a outros estudos, isso reflete uma organização do serviço, pelo Modelo de Atenção em Saúde Bucal empregado, baseado no trabalho em clínicas modulares, utilização de pessoal auxiliar (Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal),

padronizações clínicas e administrativas, enfim todos os aspectos relacionados à organização do serviço.

A saúde bucal vem assumindo um papel importante dentro do SUS, o que pode ser evidenciado pelo Programa de Saúde Bucal do Ministério da Saúde - Brasil Sorridente, através de incentivo para implantação de equipes de saúde bucal junto ao Programa de Saúde da Família, incentivos para implantação dos Centros de Especialidade Odontológica e laboratórios de prótese dental. Estes benefícios visam uma ampliação para o atendimento universal e integral na atenção à saúde bucal, no sentido de minimizar as péssimas condições de saúde bucal apresentada pela população adulta, pois até em um passado recente a odontologia se caracterizava apenas pelo atendimento das crianças, e os adultos apenas usufruíam de atendimento de urgência com ações principalmente mutiladoras.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.
2. Pinho JRO, Souza TC, Bôas MDV, Marques CPC, Neves PAM. Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015;69(1):80-5.
3. Pucca-Junior GA, Gabriel M, Araújo ME, Almeida FC. Ten years of a national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. *J Dent Res*. 2015; 94(10):1333-7.
4. Pinto RS, Matos DL, Loyola Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(2), 531-44.
5. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz TA. Saúde Bucal do Idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro de saúde bucal. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1665-75.
6. Portal da Saúde. Informações de saúde (TABNET). Ministério da Saúde. DATASUS. 2008-2015. [acesso em 06 nov 2018] Disponível em: <http://migre.me/tshT7>.
7. Rocha RACP, Góes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12): 2871-80.
8. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):241-6.
9. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviço. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1894-906.
10. Costa JSD, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoe T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):353-63.
11. Moreira AL, Vianna MIP, Cangussu MCT. Condições periodontais associadas aos fatores socioeconômicos na população adulta em Salvador (BA), 2005. *Ciênc Méd*. 2007; 6(1):39-46.
12. Pinto RS, Roncalli AG, Abreu MHNG, Vargas AMD. Use of public oral health services by the adult population: a multilevel analysis. *PLoS ONE*. 2016;11(1):e0145149.
13. Pinto RS, Abreu MH, Vargas AM. Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil. *BMC Oral Health*. 2014;14:100.
14. Fonseca SGO. Fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos por adultos. Piracicaba. Dissertação [Mestrado em Odontologia] - Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2017.
15. Roncalli AG, Cortes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(Suppl.):58-68.
16. 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. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
17. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
18. Matos DL, Costa MFL, Marcenes WG. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, público e de sindicatos. *Cad Saúde Pública*. 2002;36(2):237-43.

19. Pinheiro RS, Travassos CM. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idoso em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(3):487-96.
20. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre Estados do Brasil *Cien Saúde Coletiva*. 2006;11(4):999-1010.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2010-2011: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
22. Silva RHA, Castro RFM, Cunha DCS, Almeida CT, Bastos JRM, Camargo LMA. Cárie dentária em população ribeirinha do estado de Rondônia, Região Amazônica, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2347-53.
23. Silva-Junior MF, Souza AAC, Batista MJ, Sousa MLR. Condição de saúde bucal e motivos para extração dentária entre uma população de adultos (20-64 anos), *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(8):2693-702.
24. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T, et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 Countries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Diseases, injuries, and risk factors. *J Dent Res*. 2017;96(4):380-7.
25. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida F, Silva ZP. Perfil sócio demográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS - PNAD2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(4):1011-22.
26. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1263-74.
27. Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):526-33.
28. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MTA, Waquil PD. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(1):45-52.
29. Batista MJ, Lawrence HP, Sousa MLR. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:165.
30. Botazzo C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):7-17.

Associated factors associated with type of dental service used by adults

Aim: To analyze the factors associated with the type of dental service used by adults.

Methods: This cross-sectional analytical study used secondary data from an Epidemiological Survey representative of the adult population (35-44 years) in the city of Embu das Artes-SP, Brazil, conducted in 2008. Data collection by probabilistic sampling was performed in the households. The outcome was to be a public dental service user for regular treatment or urgent care. The independent variables were: oral complaints (Index Decayed, Missing and Filled Teeth, Community Periodontal Index, Periodontal Attachment Loss, and need for prosthesis); socioeconomic conditions (family income, household agglomeration, number of children, schooling); demographic conditions (gender, marital status, skin color); habits (smoking); use of services (time of the last dental visit, information on avoiding oral problems); perception of oral problems (toothache in the last six months; need for treatment and oral condition affects relationships with other people). A descriptive and bivariate analysis was performed, besides the prevalence ratios (PR).

Results: This study analyzed 345 adults, 53% of whom were users of the public service for regular or urgent treatment. Regular use or public dental emergency was associated with the female sex (PR = 1.32 95%CI: 1.14-1.54); had a higher number of children (PR = 1.15; 95%CI: 1.01-1.31), house agglomeration (PR = 1.88; 95%CI: 1.42-2.50), lower family income (PR = 2.23; 95%CI: 1.33-3.66); reported pain in the last 6 months (PR = 1.43; 95%CI: 1.06-1.42); considered that the oral condition affects relationships with other people (PR = 1.30; 95% CI: 1.05-1.62); and was smoker or former smoker (RP = 1.67; 95%CI: 1.15-2.24). The use of public service only for emergency treatment showed a higher prevalence among women (PR = 1.48; 95%CI: 1.16-1.86), a higher number of children (PR = 1.22; 95%CI: 1.08-1.37), house agglomeration (RP = 1.54; 95%CI: 1.20-1.97), lower family income (PR = 1.68; 95%CI: 1.07-2.62), and household agglomeration pain in the last six months (PR = 1.37; 95%CI: 1.03-1.83).

Conclusion: The use of the public dental service was associated with socioeconomic factors, and this proves that, even 10 years ago in this municipality, the principle of equity in oral health care was already in practice.

Uniterms: Health services accessibility. Public health dentistry. Dental health services.