

Acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande/Paraíba: um estudo de série temporal

Thaynná Barboza Bezerra de Lima¹, Lígia Natália Sobreira Duarte Bezerra², Heloísa Raquel Ferreira Amorim², Déborah Ellen Wanderley Gomes Freire², Renata Cardoso Rocha-Madruga²

¹Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil

²Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), João Pessoa, Paraíba, Brasil

Objetivo: Este estudo avaliou o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, comparando as séries temporais dos anos de 2009 e 2014.

Métodos: Tratou-se de um estudo quantitativo, analítico, com desenho do tipo transversal, de base populacional, do seguimento de dois estudos, com dados primários coletados prospectivamente, longitudinal ou de seguimento. O estudo teve como variável dependente o acesso a saúde bucal, e no grupo de variáveis independentes encontram-se os fatores sociodemográficos. A análise dos dados foi realizada através do SPSS 18.0, em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Na primeira foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas, na segunda foram testadas as associações, utilizando-se o teste qui quadrado de Pearson. Para todas as análises foi considerado significativo o nível de 5% ($p < 0,05$).

Resultados: Os fatores sociodemográficos associados ao acesso no estudo de 2009 foram: idade, estado civil, renda do respondente e escolaridade. Em 2014, além desses, esteve associada a renda familiar.

Conclusão: Constata-se que o acesso aos serviços odontológicos não ocorre de forma igualitária, não sendo a população de baixa renda a que mais se beneficia, indicando, pois, uma lacuna na equidade do acesso.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Serviços de saúde bucal. Acesso aos serviços de saúde.

Submetido: 18/01/2019

Aceito: 12/11/2019

INTRODUÇÃO

Os resultados do último inquérito de saúde bucal realizados no Brasil¹ demonstraram uma redução da prevalência de cárie dentária na faixa etária de 12 anos (idade-índice utilizada internacionalmente para efeito de comparação). Em 2003, o CPO médio registrava 2,8, passando para 2,1 em 2010, havendo uma redução de 25%².

Embora os resultados demonstrem uma redução considerável, a diminuição da prevalência da cárie se dá de forma desigual, ou seja, a distribuição não uniforme da doença na população faz com que seja necessário distinguir as formas de atuação dos serviços de saúde oferecidos junto aos grupos de indivíduos³.

Sabe-se que, apesar do uso dos serviços de saúde isoladamente não eliminarem as necessidades de saúde da população, o acesso

Autor para correspondência:

Thaynná Barboza Bezerra de Lima

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária, S/N, Castelo Branco III, João Pessoa, Paraíba, Brasil. CEP.: 58.051.085. Telefone: + 55 83 32167797.

E-mail: thaynna_bbl@hotmail.com

a tais serviços é de extrema importância para diminuir condições desfavoráveis em diversas populações. Acesso significa, portanto, entender as necessidades em saúde de determinada população, transformar tais necessidades em demandas, que devem ser posteriormente convertidas para uso do serviço⁴.

As desigualdades sociais tornaram-se nos últimos vinte anos, um dos temas mais relevantes no campo da Saúde Pública, as quais podem ser desdobradas em duas grandes temáticas: a desigualdade nas questões relativas à oferta de saúde e a desigualdade no acesso⁵.

De acordo com Peres et al.⁶, a busca por serviços odontológicos é frequente nas Unidades de Saúde e fatores como desigualdades sociais no acesso e na utilização dos mesmos têm sido apontados nos estudos populacionais⁶. Esses autores observaram que o acesso aos serviços odontológicos aumentou nos últimos anos devido ao aumento da oferta de serviços, e do aumento da renda média da população. A avaliação da utilização de serviços odontológicos é fundamental para o alcance da universalização do acesso à saúde que é princípio doutrinário do SUS⁶.

Foi constatado que há uma desigualdade no acesso aos serviços odontológicos de acordo com a mudança de grupo social. Porém, mesmo com o avanço da odontologia no setor público, uma análise da realidade brasileira demonstra que o país se apresenta dividido por setores que possuem fragmentação de suas ações, sem harmonia entre o social e o econômico⁷.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo comparar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, entre as séries temporais dos anos de 2009 e 2014.

MATERIAL E MÉTODOS

TIPOLOGIA DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

Tratou-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, quantitativo e analítico, de base populacional. Foi dado seguimento ao estudo de Rocha⁸, Goes⁹, os dados que foram coletados no ano de 2009 foram comparados com uma nova série temporal coletada no ano de 2014, passando a um estudo de série temporal com dados primários coletados prospectivamente. A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Campina Grande, estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil com uma amostra representativa da população adstrita à Estratégia Saúde da Família

com cobertura de Saúde Bucal. Essa região é considerada um dos principais polos industriais do local, bem como um dos principais polos tecnológicos da América Latina. De acordo com estimativas de 2017, sua população é de 410.332 habitantes, sendo a segunda cidade mais populosa da Paraíba, e sua região metropolitana, formada por dezenove municípios, possui uma população estimada em 638 017 habitantes¹⁰. A população do estudo compreendia pessoas com idade acima de 06 anos residentes na cidade de Campina Grande, Paraíba.

CÁLCULO E SELEÇÃO AMOSTRAL

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de comparação de duas proporções, com um poder de 80% para detectar diferenças quando houver uma razão de chances de 1,5, com um erro de 2,0%. Foram utilizadas como parâmetros para este cálculo as prevalências de acesso encontradas em estudo anterior de 35,3% para mulheres e 30,9% para os homens¹¹. Tendo sido obtida através desta fórmula uma amostra mínima de 626 indivíduos, no entanto, a este número foram acrescidos 20% para compensar possíveis perdas e potencializar o efeito do estudo, assim, o total da amostra necessária para esta pesquisa foi de 759 indivíduos em 2009 e em 2014 a amostra foi de 743, devido a perdas.

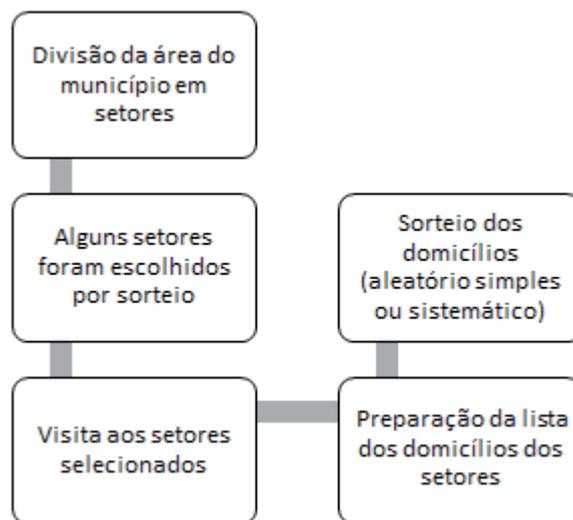
A técnica de seleção da amostra foi em múltiplo estágio, seguindo o fluxo setores censitários de domicílios e indivíduos considerando as áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Sendo os setores censitários considerados como o primeiro estágio e os domicílios, com seus respectivos moradores, o segundo estágio.

Deve-se ter em conta que o setor censitário é uma unidade de análise utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que se constitui na menor unidade de análise utilizada por este órgão, composta por um agrupamento razoavelmente uniforme de domicílios, também conhecidos como aglomerados, em geral, engloba cerca de 300 domicílios e, conforme sua densidade populacional pode variar bastante de tamanho, contém informações relevantes, para as quais se pode dispor de dados socioeconômicos¹².

Foram utilizados os setores censitários, com base nas informações por setor censitário da cidade de Campina Grande, Paraíba, contidas em um CD-ROM o PNAD versão 2.0, com resultados do universo do censo demográfico 2000.

Para esta pesquisa a técnica de amostragem adotada foi baseada na que é utilizada pelo IBGE em suas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), com a seguinte sequência:

Figura 1 - Fluxograma referente à sequência da técnica de amostragem.



Considerando a divisão do município de Campina Grande, Paraíba à época, os seis Distritos Sanitários ou Zonas Administrativas existentes fizeram parte da pesquisa. Foi feito o sorteio dos setores censitários, nos referidos distritos, de modo que houvesse a representação de cada um dos seis distritos de maneira homogênea. Desta forma foram sorteados dois setores censitários em cada Distrito Sanitário, totalizando 12 setores dos 342 existentes na cidade de Campina Grande para compor a amostra deste estudo, sendo todos estes setores cobertos pela ESF com equipe de saúde bucal em área urbana.

CALIBRAÇÃO E ESTUDO PILOTO

Antes do estudo piloto, foi realizada a calibração inter examinadores, e, ainda, foram feitos alguns ajustes quanto à objetividade e clareza das perguntas do formulário, detectando os possíveis problemas e adequando o instrumento à realidade local.

O controle de qualidade dos dados foi realizado através de análise de reprodutibilidade (re-teste), que tem por finalidade medir o grau de correlação e concordância das respostas dadas em dois momentos diferentes e validade dos dados coletados, culminando na calibração intra examinador. Para realizar esta avaliação os indivíduos foram entrevistados novamente, no prazo entre dois dias até no máximo uma semana após aplicação do primeiro formulário, utilizando-se para isto as correlações de

Spearman e Pearson para variáveis ordinais, tendo os valores variado de 0,45 a 0,75 e a aplicação do teste Kappa, para variáveis dicotômicas, tendo sido obtido o valor de 0,44, que é uma concordância moderada¹⁶.

Nesta etapa foram utilizados dois setores censitários, sorteados aleatoriamente para compor o estudo piloto, vinte e nove domicílios foram visitados, perfazendo um total de trinta e um indivíduos.

O estudo piloto foi realizado para estimar a média de indivíduos por domicílio e calcular um valor aproximado de domicílios, por setor, a serem visitados. Nesta pesquisa foram visitados 604 domicílios, média aproximada de 50 domicílios por setor. Depois de realizada a visita ao domicílio e respectivas entrevistas, sistematicamente saltava-se uma casa, antes da próxima, observando o critério de aleatorização sistemática da amostra.

Na maioria dos municípios, assim como no município de Campina Grande, não há coincidência entre os setores censitários e as áreas adstritas à ESF, para a execução do estudo, em cada setor censitário foram identificadas as ruas que compunham a base territorial da Unidade de Saúde da Família (USF).

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram incluídos neste estudo todos os indivíduos que afirmaram estarem cadastrados na USF do bairro de residência, com idade igual ou superior a 06 anos, de forma que de cada domicílio eram selecionados no máximo

dois indivíduos, um maior de 18 anos e outro menor de 18 anos. Foram excluídos do estudo: indivíduos sindrômicos, acamados e portadores de necessidades especiais. Considerando-se, no caso deste trabalho, os indivíduos com limitações sensitivas, motoras, cognitivas e psíquicas diagnosticadas. Foram consideradas perdidas os domicílios que foram encontrados fechados ou que permaneceram fechados após três retornos consecutivos, e ainda, quando o indivíduo recusou participar da pesquisa. Os dados foram coletados a partir da entrevista com indivíduos residentes nos domicílios.

COLETA DE DADOS

Quanto a abordagem aos participantes do estudo, todos os indivíduos selecionados para fazer parte do estudo foram indagados se gostariam de participar da pesquisa. Em caso positivo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, permitindo sua inclusão na amostra. Para aqueles menores de idade, o TCLE foi assinado pelo responsável.

Os pesquisadores utilizaram crachá de identificação, possibilitando assim maior segurança para os participantes da pesquisa, já que estavam tratando com pessoas credenciadas para realizar o trabalho. Isso facilitou a entrada dos pesquisadores no domicílio.

Em todos os bairros em que a investigação foi realizada um contato prévio com as equipes da ESF foi feito, no intuito de apresentar o trabalho proposto, fazer reconhecimento da área a ser investigada e ver a disponibilidade de acesso dos entrevistadores ao local da pesquisa. Para tanto, uma carta de anuência foi emitida pela Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande (SMS-CG) no sentido de facilitar o trabalho dos pesquisadores junto às equipes da ESF.

A técnica foi a de observação direta intensiva através de formulário (entrevista padronizada ou estruturada). A entrevista e o uso do formulário apresentam a vantagem de serem utilizados com todos os segmentos da população: alfabetizados ou não¹³.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado formulário a partir da agregação de formulários previamente validados: PNAD - 2003¹⁴ e instrumento utilizado por Goes¹⁵. Tal formulário apresentava questões fechadas, com identificação do usuário, questões a respeito da autopercepção em saúde bucal, tipo de serviço, dentre outros.

VARIÁVEIS

VARIÁVEL DEPENDENTE

O acesso à saúde bucal constituiu a variável dependente do estudo e foi estabelecido a partir dos indivíduos que responderam ter consultado o dentista nos últimos dois anos à época da entrevista.

Considerando o debate em torno do conceito de utilização/acesso aos serviços de saúde estabeleceu-se uma nova variável em que foi considerada além da utilização de serviços odontológicos, medida através da variável anterior, a participação em ações de promoção de saúde, tais como: ter participado de alguma reunião, palestra com o tema saúde bucal, ter recebido algum kit de escovação dentária, ter sido orientado quanto à escovação ou uso do flúor, ou ainda, ter recebido a visita domiciliar de algum dentista, auxiliar de saúde bucal ou agente comunitário de saúde abordando questões do autocuidado em saúde bucal ou ambas situações (ações de promoção e utilização de serviços odontológicos).

O período dos dois últimos anos foi estabelecido considerando o tempo de referência utilizado no estudo anterior desenvolvido no município de Campina Grande, Paraíba^{9,23}.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Sexo, idade, estado marital, residência/distrito sanitário, renda, cadastro em programa de renda mínima, escolaridade, tipo de serviço, episódio de dor de dente na vida e nos últimos seis meses e autopercepção de saúde bucal.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18.0, que ocorreu em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Na etapa descritiva foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas e, quando apropriado, foram calculadas as medidas de tendência central, de dispersão e proporções dos diversos instrumentos utilizados na pesquisa PNAD (2003)^{14,15}. Na etapa analítica foram testadas as associações utilizando-se o Qui-quadrado de Pearson. Para esta análise foi utilizado um nível de significância de 5%.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida à análise do

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba com o parecer APROVADO sob o CAAE 20260313.1.0000.5187.

com até o 1º grau completo (66%), com renda de até 1 salário mínimo (46%) e não cadastrados em Programa de Renda Mínima (67%).

RESULTADOS

Verificou-se que a amostra era predominantemente do sexo feminino (77%),

A caracterização do acesso à saúde bucal de acordo com as características socioeconômicas da população de estudo está descrita na Tabela 1. Na mesma foi realizada uma comparação dos anos de 2009 e 2014.

Tabela 1 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (Sexo, Idade, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Escolaridade e Cadastro em Programa de renda mínima) em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal (SB). Campina Grande, Paraíba, Brasil em 2009 e 2014.

| Variáveis | Acesso à Saúde Bucal (2009) | | | | | | | | | | Acesso à Saúde Bucal (2014) | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------------|--------------|---|--------------|-----------------------------|--------------|------------|------------|-----------------------------|-----------------|-------------|--------------------------|-------------|---|-------------|-----------------------------|-------------|------------|------------|-------------|
| | Não teve acesso | | Acesso ações de promoção | | Utilização de serviço/ Assistência odontol. | | Acesso amplo às ações de SB | | Total | | Valor de p* | Não teve acesso | | Acesso ações de promoção | | Utilização de serviço/ Assistência odontol. | | Acesso amplo às ações de SB | | Total | | Valor de p* |
| Sexo | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Masculino | 17 | 11,0 | 47 | 30,5 | 24 | 15,6 | 66 | 42,9 | 154 | 100 | 4,34 | 32 | 18,2 | 49 | 27,8 | 19 | 10,8 | 76 | 43,2 | 176 | 100 | 4,54 |
| Feminino | 76 | 12,6 | 146 | 24,1 | 130 | 21,5 | 253 | 41,8 | 605 | 100 | 0,227 | 73 | 12,9 | 174 | 30,7 | 83 | 14,6 | 237 | 41,8 | 567 | 100 | 0,208 |
| Total | 93 | 23,6 | 193 | 54,6 | 154 | 37,1 | 319 | 84,7 | 759 | 100 | | 105 | 14,1 | 223 | 30,0 | 102 | 13,7 | 313 | 42,1 | 743 | 100 | |
| Idade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 a 14 anos | 7 | 4,7 | 51 | 34,0 | 17 | 11,3 | 75 | 50,0 | 150 | 100 | 87,99 | 5 | 5,2 | 28 | 28,9 | 4 | 4,1 | 60 | 61,9 | 97 | 100 | 113,86 |
| 15 a 24 anos | 9 | 7,8 | 18 | 15,7 | 25 | 21,7 | 63 | 54,8 | 115 | 100 | < 0,001† | 2 | 2,2 | 23 | 25,3 | 10 | 11,0 | 56 | 61,5 | 91 | 100 | < 0,001† |
| 25 a 49 anos | 35 | 11,6 | 52 | 17,2 | 79 | 26,2 | 136 | 45,0 | 302 | 100 | | 31 | 10,9 | 67 | 23,5 | 52 | 18,2 | 135 | 47,4 | 285 | 100 | |
| 50 a 64 anos | 23 | 20,4 | 40 | 35,4 | 21 | 18,6 | 29 | 25,7 | 113 | 100 | | 37 | 22,7 | 54 | 33,1 | 25 | 15,3 | 47 | 28,8 | 163 | 100 | |
| 65 anos ou mais | 19 | 24,1 | 32 | 40,5 | 12 | 15,2 | 16 | 20,3 | 79 | 100 | | 30 | 28,3 | 50 | 47,2 | 11 | 10,4 | 15 | 14,2 | 106 | 100 | |
| Total | 93 | 68,6 | 193 | 142,8 | 154 | 93,0 | 319 | 195,8 | 759 | 100 | | 105 | 14,2 | 222 | 29,9 | 102 | 13,7 | 313 | 42,1 | 742 | 100 | |
| Estado Civil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solteiro | 23 | 7,9 | 80 | 27,6 | 48 | 16,6 | 139 | 47,9 | 290 | 100 | 40,00 | 21 | 8,5 | 68 | 27,6 | 21 | 8,5 | 136 | 55,3 | 246 | 100 | 45,76 |
| Casado | 53 | 14,3 | 76 | 20,5 | 89 | 24,0 | 153 | 41,2 | 371 | 100 | < 0,001† | 58 | 15,1 | 111 | 28,9 | 63 | 16,4 | 152 | 39,6 | 384 | 100 | < 0,001† |
| Divorciado/ separado | 10 | 25,0 | 9 | 22,5 | 8 | 20,0 | 13 | 32,5 | 40 | 100 | | 10 | 21,3 | 16 | 34,0 | 8 | 17,0 | 13 | 27,7 | 47 | 100 | |
| Viúvo | 7 | 12,1 | 28 | 48,3 | 9 | 15,5 | 14 | 24,1 | 58 | 100 | | 16 | 24,2 | 28 | 42,4 | 10 | 15,2 | 12 | 18,2 | 66 | 100 | |
| Total | 93 | 59,3 | 193 | 118,9 | 154 | 76,1 | 319 | 145,7 | 759 | 100 | | 105 | 14,1 | 223 | 30,0 | 102 | 13,7 | 313 | 42,1 | 743 | 100 | |
| Renda do respondente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não se aplica | 6 | 4,0 | 50 | 33,6 | 17 | 11,4 | 76 | 51,0 | 149 | 100 | 40,58 | 6 | 4,4 | 42 | 31,1 | 7 | 5,2 | 80 | 59,3 | 135 | 100 | 73,29 |
| Até ½ SM† | 23 | 15,1 | 40 | 26,3 | 33 | 21,7 | 56 | 36,8 | 152 | 100 | < 0,001† | 16 | 17,4 | 23 | 25,0 | 23 | 25,0 | 30 | 32,6 | 92 | 100 | < 0,001† |
| 1 SM† | 24 | 17,9 | 41 | 30,6 | 26 | 19,4 | 43 | 32,1 | 134 | 100 | | 42 | 18,6 | 81 | 35,8 | 37 | 16,4 | 66 | 29,2 | 226 | 100 | |
| 2 SM† | 1 | 7,7 | 3 | 23,1 | 2 | 15,4 | 7 | 53,8 | 13 | 100 | | 9 | 18,4 | 7 | 14,3 | 9 | 18,4 | 24 | 49,0 | 49 | 100 | |
| 3 SM† ou mais | 2 | 10,5 | 5 | 26,3 | 4 | 21,1 | 8 | 42,1 | 19 | 100 | | 1 | 3,4 | 3 | 10,3 | 5 | 17,2 | 20 | 69,0 | 29 | 100 | |
| Sem renda | 37 | 12,7 | 54 | 18,5 | 72 | 24,7 | 129 | 44,2 | 292 | 100 | | 31 | 14,6 | 67 | 31,6 | 21 | 9,9 | 93 | 43,9 | 212 | 100 | |
| Total | 93 | 67,5 | 193 | 158,4 | 154 | 113,7 | 319 | 260,0 | 759 | 100 | | 105 | 14,1 | 223 | 30,0 | 102 | 13,7 | 313 | 42,1 | 743 | 100 | |
| Renda familiar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| até ½ SM† | 22 | 11,1 | 51 | 25,6 | 39 | 19,6 | 87 | 43,7 | 199 | 100 | 10,79 | 16 | 22,2 | 25 | 34,7 | 12 | 16,7 | 19 | 26,4 | 72 | 100 | 57,36 |
| 1 SM† | 38 | 12,4 | 73 | 23,9 | 58 | 19,0 | 137 | 44,8 | 306 | 100 | 0,547 | 42 | 12,1 | 123 | 35,4 | 46 | 13,3 | 136 | 39,2 | 347 | 100 | < 0,001† |
| 2 SM† | 20 | 16,1 | 34 | 27,4 | 26 | 21,0 | 44 | 35,5 | 124 | 100 | | 30 | 17,8 | 51 | 30,2 | 26 | 15,4 | 62 | 36,7 | 169 | 100 | |
| 3 SM† ou mais | 10 | 10,5 | 23 | 24,2 | 20 | 21,1 | 42 | 44,2 | 95 | 100 | | 11 | 7,9 | 22 | 15,8 | 15 | 10,8 | 91 | 65,5 | 139 | 100 | |
| Sem renda | 3 | 8,6 | 12 | 34,3 | 11 | 31,4 | 9 | 25,7 | 35 | 100 | | 6 | 37,5 | 2 | 12,5 | 3 | 18,8 | 5 | 31,3 | 16 | 100 | |
| Total | 93 | 58,7 | 193 | 135,4 | 154 | 112,1 | 319 | 193,9 | 759 | 100 | | 105 | 14,1 | 223 | 30,0 | 102 | 13,7 | 313 | 42,1 | 743 | 100 | |
| Escolaridade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Analfabeto | 21 | 38,9 | 16 | 29,6 | 7 | 13,0 | 10 | 18,5 | 54 | 100 | 64,35 | 20 | 37,7 | 23 | 43,4 | 5 | 9,4 | 5 | 9,4 | 53 | 100 | 89,81 |
| Até o 1º grau completo | 61 | 12,0 | 144 | 28,3 | 97 | 19,1 | 206 | 40,6 | 508 | 100 | < 0,001† | 68 | 15,9 | 148 | 34,5 | 52 | 12,1 | 161 | 37,5 | 429 | 100 | < 0,001† |
| Até o 2º grau completo | 8 | 4,7 | 30 | 17,6 | 44 | 25,9 | 88 | 51,8 | 170 | 100 | | 14 | 7,3 | 44 | 22,9 | 37 | 19,3 | 97 | 50,5 | 192 | 100 | |
| Universitário | 3 | 11,1 | 3 | 11,1 | 6 | 22,2 | 15 | 55,6 | 27 | 100 | | 3 | 4,3 | 8 | 11,6 | 8 | 11,6 | 50 | 72,5 | 69 | 100 | |
| Total | 93 | 66,7 | 193 | 86,6 | 154 | 80,2 | 319 | 166,5 | 759 | 100 | | 105 | 14,1 | 223 | 30,0 | 102 | 13,7 | 313 | 42,1 | 743 | 100 | |
| Programa de renda mínima | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 27 | 9,9 | 75 | 27,4 | 48 | 17,5 | 124 | 45,3 | 274 | 100 | 5,33 | 32 | 13,2 | 72 | 29,6 | 23 | 9,5 | 116 | 47,7 | 243 | 100 | 7,73 |
| Não | 66 | 13,6 | 118 | 24,3 | 106 | 21,9 | 195 | 40,2 | 485 | 100 | 0,149 | 73 | 14,6 | 151 | 30,2 | 79 | 15,8 | 197 | 39,4 | 500 | 100 | 0,052 |

Fonte: Pesquisa Direta, 2009, 2014.

*Utilizando o teste Qui Quadrado de Pearson

†Salário Mínimo R\$ 415,00 à época da pesquisa (2006 a 2008), Brasil

‡ p < 0,05 = significante (variável significativamente associada)

Tabela 2 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção da saúde bucal, Dor de dente na vida e Dor de dente nos últimos seis (06) meses/ morbidade referida) em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal. Campina Grande, Paraíba, Brasil em 2009 e 2014.

| Variáveis | Acesso à Saúde Bucal (2009) | | | | | | | | | | Acesso à Saúde Bucal (2014) | | | | | | | | | | Valor de p* | |
|---|-----------------------------|-------------|--------------------------|--------------|--|-------------|-----------------------------|--------------|------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------|------------|--------------------------|------------|--|------------|-----------------------------|------------|-------------|----------|
| | Não teve acesso | | Acesso ações de promoção | | Utilização de serviço/ Assis-tência odontol. | | Acesso amplo às ações de SB | | Total | | Valor de p* | | Não teve acesso | | Acesso ações de promoção | | Utilização de serviço/ Assis-tência odontol. | | Acesso amplo às ações de SB | | | Total |
| | n | % | n | % | n | % | N | % | N | % | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Excelente | 3 | 9,4 | 7 | 21,9 | 3 | 9,4 | 19 | 59,4 | 32 | 100 | 38,69 | 6 | 19,4 | 7 | 22,6 | 3 | 9,7 | 15 | 48,4 | 31 | 100 | 52,16 |
| Muito boa | 2 | 5,1 | 17 | 43,6 | 4 | 10,3 | 16 | 41,0 | 39 | 100 | < 0,001* | 1 | 2,3 | 12 | 27,3 | 2 | 4,5 | 29 | 65,9 | 44 | 100 | < 0,001* |
| Boa | 37 | 13,5 | 92 | 33,6 | 42 | 15,3 | 103 | 37,6 | 274 | 100 | | 35 | 13,0 | 77 | 28,6 | 29 | 10,8 | 128 | 47,6 | 269 | 100 | |
| Mais ou menos Ruim | 36 | 12,0 | 56 | 18,6 | 78 | 25,9 | 131 | 43,5 | 301 | 100 | | 36 | 12,3 | 82 | 28,1 | 55 | 18,8 | 119 | 40,8 | 292 | 100 | |
| | 15 | 13,3 | 21 | 18,6 | 27 | 23,9 | 50 | 44,2 | 113 | 100 | | 27 | 25,2 | 45 | 42,1 | 13 | 12,1 | 22 | 20,6 | 107 | 100 | |
| Total | 93 | 53,3 | 193 | 136,3 | 154 | 84,8 | 319 | 225,7 | 759 | 100 | | 105 | 14,1 | 223 | 30,0 | 102 | 13,7 | 313 | 42,1 | 743 | 100 | |
| Dor de dente na vida/ morbidade referida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 83 | 13,7 | 130 | 21,4 | 132 | 21,7 | 262 | 43,2 | 607 | 100 | 28,27 | 88 | 14,6 | 183 | 30,3 | 89 | 14,8 | 243 | 40,3 | 603 | 100 | 4,43 |
| Não | 10 | 6,6 | 63 | 41,4 | 22 | 14,5 | 57 | 37,5 | 152 | 100 | < 0,001* | 17 | 12,6 | 39 | 28,9 | 13 | 9,6 | 66 | 48,9 | 135 | 100 | 0,218 |
| Total | 93 | 20,3 | 193 | 62,8 | 154 | 36,2 | 319 | 80,7 | 759 | 100 | | 105 | 14,2 | 222 | 30,1 | 102 | 13,8 | 309 | 41,9 | 738 | 100 | |
| Dor de dente nos últimos seis meses | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim | 13 | 7,6 | 19 | 11,2 | 40 | 23,5 | 98 | 57,6 | 170 | 100 | 29,65 | 8 | 7,3 | 17 | 15,5 | 21 | 19,1 | 64 | 58,2 | 110 | 100 | 27,07 |
| Não | 70 | 16,0 | 111 | 25,4 | 92 | 21,1 | 164 | 37,5 | 437 | 100 | < 0,001* | 79 | 16,1 | 166 | 33,8 | 67 | 13,6 | 179 | 36,5 | 491 | 100 | < 0,001* |
| Total | 83 | 23,6 | 130 | 36,6 | 132 | 44,6 | 262 | 95,1 | 607 | 100 | | 87 | 14,5 | 183 | 30,4 | 88 | 14,6 | 243 | 40,4 | 601 | 100 | |

* p < 0,05 = significante (variável significativamente associada)

Fonte: Pesquisa Direta

No estudo anterior as variáveis que estiveram associadas ao acesso à saúde bucal foram: idade, estado civil, renda do respondente e escolaridade. Neste estudo, além dessas, esteve associada a renda familiar. Com relação à idade, a maioria dos que tiveram acesso amplo em 2009 estavam na faixa etária dos 15 aos 24 anos (54,8%). Em 2014, a maioria concentrou-se nos escolares (6 a 14 anos – 61,9%). Quando se fala em estado civil, o maior acesso amplo permaneceu nos solteiros, em 2009, 47,9%, tendo este número aumentado em 2014 para 55,3%. Com relação à renda do respondente, 53,8% dos respondentes possuíam dois salários mínimos e obtiveram acesso amplo. Em 2014, a maioria concentrou-se em quem possuía 3 salários mínimos ou mais como renda. Por fim, com relação à escolaridade viu-se que a maioria dos que obtiveram acesso amplo em 2009 eram universitários ou possuíam algum tipo de pós-graduação (55,6%), tendo este percentual se elevado em 2014 para 72,5%.

DISCUSSÃO

A própria Constituição Federal de 1988 já garante o acesso aos serviços de saúde.

A ESF também visa a garantia deste direito¹⁷. No entanto, observa-se que a desigualdade no acesso é expressiva no Brasil se comparada a padrões internacionais⁶.

A saúde bucal é de extrema importância para os indivíduos, porém, uma grande parcela da população não tem acesso a estes serviços¹⁸. O Sistema Único de Saúde é um agente de grande importância para a questão do acesso aos serviços odontológicos. Também é necessário observar a questão da procura pelo serviço, pois às vezes o usuário não tem acesso ao serviço, porque não o procura¹⁹, ou, por falta de acolhimento, já que se sabe que o acesso ultrapassa a presença física^{20,21}. Sendo ele diferente nos diferentes grupos sociais^{22,23}.

Têm sido constatadas grandes desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal, entre os diferentes estratos socioeconômicos, dessa forma é necessário o estudo dos elementos diferenciadores no acesso, sendo eles: fatores socioeconômicos, escolaridade, percepção da necessidade de tratamento^{8,23,24}.

Um estudo semelhante ao presente estudo foi realizado por Pereira et al.²⁵, que objetivou

verificar se a incorporação da Equipe de Saúde Bucal na ESF determinava uma maior utilização dos serviços odontológicos no município de Natal, município do Rio Grande do Norte, Brasil. Neste estudo, os autores citam o acesso aos serviços de saúde bucal como a entrada inicial dos serviços de saúde, concordando com o estudo atual, quando afirmam que as condições de vida estão associadas ao acesso²⁵.

Em relação ao acesso aos serviços associado à idade categorizada, ambos os estudos mostraram semelhança, pois em ambos os escolares obtiveram maior acesso amplo. O estudo atual obteve 61,9%, enquanto, que o estudo de Pereira et al.²⁵ obteve 42,2%.

Tanto no estudo de 2009 quanto no estudo de 2014, quanto maior a idade do indivíduo, menor seu acesso aos serviços de saúde, corroborando com o estudo de Barros¹⁹, sendo justificado pelo fato de que o acesso ainda se apresenta focado nos escolares.

Foram observados resultados semelhantes com os obtidos na presente pesquisa, no estudo realizado por Baldani et al.²⁶ em Ponta Grossa/Paraná. Em ambos, observou-se que quanto maior o grau de escolaridade, maior o acesso aos serviços. No referido estudo, concluiu-se que 90% dos que possuíam ensino médio ou mais tinham ido ao dentista há menos de três anos, e na presente pesquisa, 72,5 % dos que tiveram acesso amplo estavam na universidade ou pós-graduação²⁶. Além disso, Barros¹⁹ observou que a visita regular ao dentista é 10 vezes maior em usuários com maior escolaridade se comparados aos indivíduos que possuem menor escolaridade¹⁹. Concordando com Peres et al.⁶ que observaram que o menor acesso aos serviços de saúde está associado à baixa escolaridade.

Observou-se no estudo de Rocha⁸ que 45,3% dos que participavam de algum Programa de Renda Mínima obtiveram acesso amplo aos serviços de saúde bucal. Além disso, crianças em idade escolar de 06 a 14 anos tinham participação de 50,0% no acesso amplo⁸, já no presente estudo esse acesso foi de 61,9%. Com relação ao estado civil, foi visto que tanto em 2009 quanto em 2014, a maioria dos que obtiveram acesso amplo eram solteiros, destoando assim do estudo de Cassal et al.²⁷ em que a maioria dos usuários que procuraram o serviço odontológico era de pessoas casadas.

No serviço público muitas vezes predomina a odontologia mutiladora, devido a uma menor oferta de serviços, e conseqüentemente um menor acesso, decorrentes de poucos

investimentos em tecnologias e em qualificação profissional²⁸. E, quando grupos menos favorecidos têm um maior acesso, ocorre uma diminuição das perdas dentárias. O maior acesso leva a uma melhor qualidade de vida²⁴.

Tanto no estudo de 2009 quanto no estudo de 2014 foi encontrada uma tendência de aumento do acesso aos serviços de saúde bucal quando há aumento da renda, concordando com outros estudos^{6,26} que observaram que além de ser menor este acesso, também há desigualdade entre os que o obtêm. Há uma diferença quanto a forma de tratamento do indivíduo, mesmo quando há o acesso.

A maior utilização dos serviços por aqueles que possuem melhores condições financeiras sugere um aumento na oferta dos serviços, uma melhora na qualidade dos serviços e o acesso a tratamentos especializados oferecidos na Rede Pública⁶. Analisar a utilização do serviço é fundamental para analisar o acesso ao mesmo. Além da oferta, o indivíduo precisa ter a percepção da sua necessidade em saúde bucal¹⁸. Sobre a autopercepção de saúde bucal, percebeu-se que nos dois anos pesquisados o maior acesso amplo foi obtido por aqueles que consideravam a saúde dos seus dentes e da sua boca como “excelente” ou “muito boa”.

Uma das limitações do presente estudo foi não abordar demais fatores determinantes que corroboram para compreensão do acesso aos serviços odontológicos. Com o presente trabalho, pode-se inferir que renda é um dos fatores, porém são necessários mais estudos que abordem melhor cada aspecto que leva uma população ao não acesso.

Tanto o estudo de 2009 quanto o de 2014 mostraram que o acesso aos serviços odontológicos ainda é limitado e desigual. É fundamental que sejam feitos estudos sobre o acesso aos serviços de saúde, pois como foram feitos investimentos na Atenção Básica, é importante observar se houve alguma alteração no acesso aos serviços, concomitantemente a estes investimentos. Essa análise é importante para orientar futuras políticas públicas e avaliação da efetividade das iniciativas propostas⁷.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o acesso amplo dos indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família não ocorre de forma igual, notando-se que indivíduos com maior renda e aqueles mais jovens apresentam maior acesso. Além disso, levando-se em consideração o alto percentual de dor nos últimos seis meses, constata-se a

necessidade de maior enfoque nas atividades de promoção e prevenção em saúde bucal e estratégias para promoção de um maior acesso pela população mais vulnerável.

REFERÊNCIAS

1. Relatório final SB BRASIL, 2010b. [acesso 19 jun. 2013]. Brasília-DF Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf>.
2. Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(1):4-5.
3. Warmiling AMF, Amante CI, Vieira MLH. Aplicativo baseado nos determinantes da doença cárie para apoio à tomada de decisão. *Jornal Brasileiro de Telessaúde*. 2012;1(2):35-42.
4. Viana IB, Martelli PJJ, Pimentel FC. Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2012;25(2):151-60.
5. Magalhães BG, Oliveira RS, Gaspar GS, Figueiredo N, Goes PSA. Avaliação do cumprimento de atenção secundária em saúde bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2012;12(1):107-12.
6. 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 Saúde Pública*. 2012;46(2):250-8.
7. Fonseca LLV, Nehmy RMQ, Mota JAC. O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015;20(10):3129-38.
8. Rocha RACP. Avaliação do Acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB. Tese de Doutorado, Camaragibe: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade Estadual de Pernambuco. 2009, 155f.
9. Goes PSA. The prevalence and impact of dental pain in brazilian schoolchildren and their families. London, 2001. 305f. Thesis (PhD) – University of London.
10. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2017.
11. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;(7):687-707.
12. IBGE. Base de informações por setor censitário (Paraíba- Campina Grande) 2504009. Rio de Janeiro: IBGE, n.1. 2002. CD-ROM.
13. Lakatos EM, Marconi MA. Variáveis. In: _____. *Fundamentos de metodologia científica*. 3. ed., rev e ampl. São Paulo: Atlas. 1996, cap. 7, p. 137-54.
14. IBGE. Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro. 2005. 169p.
15. Goes PSA. The prevalence and impact of dental pain in brazilian schoolchildren and their families. London. 2001. 305f. Thesis (PhD) – University of London
16. Landis J, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-74.
17. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):241-6.
18. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):999 – 1010.
19. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):709-17.
20. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.
21. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(1):75-85.
22. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(1):143-52.
23. 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*. 2009;24(12):2871-80.
24. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados

- a hábitos de Saúde Bucal e utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):655-67.
25. Pereira CRS. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de Saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(5):985-96.
26. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(1):150-62.
27. Cassal JB, Cardozo DO, Bavaresco CS. Perfil dos usuários de urgência odontológica em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev APS*. 2011;14(1):85-92.
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 Saúde Pública*. 2007;23(8):1803-14.

Oral health services access in Campina Grande/Paraíba: a time series study

Aim: This study evaluated the access to dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Campina Grande, Paraíba, Brazil, comparing the time series of the years 2009 and 2014.

Methods: This was a quantitative, analytical study with a population-based cross-sectional design, following two studies, with prospectively collected, longitudinal, or follow-up primary data. The study had access to oral health as the dependent variable, and socio-demographic factors in the group of independent variables. Data analysis was performed using SPSS 18.0, in two steps: one descriptive and one analytical. In the first, frequency distributions of quantitative variables were made, while in the second, associations were tested using Pearson's chi-square. For all analyzes, a level of 5% ($p < 0.05$) was considered significant.

Results: The socio-demographic factors associated with access in the 2009 study were: age, marital status, respondent income, and education. In 2014, besides these, the study was associated with family income.

Conclusion: It appears that access does not occur equally, and it is not the low-income population that benefits most, thus indicating a gap in equity of access.

Uniterms: Family Health Strategy. Dental Health Services. Health Services Accessibility.