

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

**Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população
adulta brasileira**

por

Rafaela da Silveira Pinto

Belo Horizonte

Maior/2010

DISSERTAÇÃO MSC-CPqRR

R.S. PINTO

2010

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira

por

Rafaela da Silveira Pinto

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do Título de Mestre em Ciências na área de concentração Saúde Coletiva.

Orientação: Antônio Ignácio de Loyola Filho

Co-orientação: Divane Leite Matos

Belo Horizonte

Maio/2010

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

P659c 2010	<p>Pinto, Rafaela da Silveira.</p> <p>Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira / Rafaela da Silveira Pinto. – Belo Horizonte, 2010.</p> <p>XII, 44 f.: il.; 210 x 297mm. Bibliografia: f.: 62 - 66</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.</p> <p>1. Saúde bucal/normas 2. Saúde do adulto 3. Assistência odontológica/utilização 4. Sistema Único de Saúde/tendências I. Título. II. Loyola Filho, Antônio Ignácio de (Orientação) III. Matos, Divane Leite (Co-orientação).</p> <p>CDD – 22. ed. – 617.601</p>
---------------	---

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde

Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira

por

Rafaela da Silveira Pinto

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho (Presidente)

Prof. Dr. Sérgio William Peixoto Viana

Prof. Dra. Efigênia Ferreira e Ferreira

Suplente: Celina Maria Modena

Dissertação defendida e aprovada em: 05/05/2010

Dedicatórias

Dedico este trabalho a todos que, de uma forma ou de outra, estiveram presentes nesta caminhada.

Agradecimentos

À Deus, por me colocar no lugar certo, na hora certa.

Aos meus pais e minha família, pela atenção e compreensão durante esta jornada.

Ao Alex pela paciência, carinho e suporte incondicionais.

Aos amigos, que entenderam minhas ausências.

Aos chefes e colegas do GEREPI-NE e da SES-MG, em especial à Dani, Wanda, Adriana e Jack, que neste fim de caminhada foram especiais em suas palavras de incentivo.

À Rizo, por ter incentivado minha inserção no mundo acadêmico.

Ao Loyola e à Divane que, com paciência e profissionalismo, ajudaram-me a superar os obstáculos encontrados na construção do conhecimento.

À biblioteca do Centro de Pesquisas René Rachou em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação e também pela catalogação e normalização da mesma.

Ao Centro de Pesquisas René Rachou pela infraestrutura e ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde do CPqRR pela acolhida.

Sumário

Lista de figuras.....	VIII
Lista de tabelas.....	IX
Lista de abreviaturas.....	X
Resumo.....	XI
Abstract.....	XII
1 Introdução.....	13
1.1 Histórico da atenção em Saúde Bucal no Brasil.....	13
1.2 Condições de saúde bucal da população adulta brasileira.....	17
1.3 Estudos sobre a utilização de serviços odontológicos pela população adulta.....	20
2 Objetivo.....	22
3 Metodologia.....	23
3.1 Marco Teórico.....	23
3.2 Área e População de Estudo.....	25
3.3 Coleta de dados e variáveis de estudo.....	27
3.4 Análise dos dados.....	29
3.5 Comitê de Ética.....	30
4 Artigo.....	31
Introdução.....	32
Metodologia.....	33
Resultados.....	37
Discussão.....	41
Referências Bibliográficas.....	47
Anexos.....	53
5 Considerações finais.....	61
6 Referências Bibliográficas.....	62

Lista de figuras

Quadro 1	Principais características dos inquéritos epidemiológicos de abrangência nacional realizados no Brasil.....	18
Figura 1	Modelo comportamental de utilização de serviços de saúde.....	23
Figura 2	Esquema do processo de pré-estratificação para efeito de composição da amostra.....	26
Figura 3	Modelo hierarquizado de análise para os fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos.....	29

Lista de tabelas

Tabela 1	Composição percentual do índice CPO-D na população adulta, Brasil, 2003.....	19
Tabela 2	Número e percentual de pessoas, segundo maior grau de condição periodontal observada no indivíduo (35-44 anos), Brasil, 2003.....	19
Tabela 1 (Artigo)	Distribuição dos usuários de serviços odontológicos segundo fatores predisponentes, capacitantes, necessidade de tratamento (auto-referida e diagnosticada pelo profissional) e características da utilização do serviço, Projeto SB-BRASIL 2003.....	53
Tabela 2 (Artigo)	Resultados da análise multivariada para as variáveis predisponentes, Projeto SB-BRASIL 2003.....	55
Tabela 3 (Artigo)	Resultados da análise multivariada para os fatores capacitantes, ajustados entre si e pelos fatores predisponentes, Projeto SB-BRASIL 2003.....	56
Tabela 4 (Artigo)	Resultados da análise multivariada para as necessidades de tratamento (auto-referidas e diagnosticadas pelo profissional), ajustadas entre si e pelos fatores predisponentes e capacitantes, Projeto SB-BRASIL 2003.....	57
Tabela 5 (Artigo)	Resultado final para a análise multivariada para as características do uso de serviços odontológicos, ajustadas entre si e pelos fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de tratamento, Projeto SB-BRASIL 2003.....	59

Lista de abreviaturas

SB-BRASIL:	Saúde Bucal - Brasil
SESP:	Serviço Especial de Saúde Pública
CAP:	Caixas de Aposentadorias e Pensões
IAP:	Institutos de Aposentadoria e Pensões
SUS:	Sistema Único de Saúde
CNS:	Conferência Nacional de Saúde
PACS:	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF:	Programa de Saúde da Família
CEO:	Centros de Especialidades Odontológicas
LRPD:	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar os fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos, pela população adulta brasileira. Foram utilizados dados coletados junto a 13.356 adultos (35-44 anos), em um inquérito epidemiológico de saúde bucal, de abrangência nacional (Projeto SB-BRASIL 2003). A análise dos dados baseou-se na regressão de Poisson, que produziu estimativas de Razões de Prevalências como medida de associação. A análise dos dados mostrou que o uso de serviços odontológicos públicos por adultos esteve associada com: sexo feminino, baixa escolaridade e renda, residência nas regiões Nordeste e Sul e em municípios de menor porte, queixas de dor de dente ou gengival, necessidades de prótese parcial e total, maior quantidade de dentes permanentes demandando tratamento, procura por serviço motivada por algum problema bucal e avaliação do tratamento recebido como regular. Esses resultados mostraram que a população atendida pelo serviço público era menos favorecida socioeconomicamente e apresentava maiores necessidades de tratamento. A situação de grande necessidade acumulada reflete o histórico apartamento desse segmento populacional na atenção à saúde bucal em nosso país e coloca um grande desafio ao SUS, considerando o seu papel na redução das desigualdades e de provimento de acesso universal ao cuidado integral.

Abstract

The aim of this study was to investigate the factors related to the use of dental services by Brazilian adults. Data was collected from 13,356 adults (35-44 years), participating in an epidemiological nationwide survey of oral health (SB-BRASIL 2003 Project). Data analysis was based on Poisson regression, which produced estimates of prevalence ratios as a measure of association. Data analysis showed that the use of dental services by adults was associated to: female gender, low education and income, residence in the Northeast and South regions and in small cities, complaints of toothache or gum pain, need for partial/total prosthesis, a greater amount of permanent teeth requiring treatment, demand for service due to some dental problems and evaluation of dental care received with a regular rate. These results showed that the population attended by the public service was socioeconomic disadvantaged and had greater need for treatment. This situation reflects an historical abandonment of the adult population by the dental health care system in Brazil and poses as major challenge to the National Health Service, considering its role in reducing inequalities and providing universal access to integral care.

1 Introdução

1.1 Histórico da atenção em Saúde Bucal no Brasil

No final do século XIX e início do século XX, as práticas de saúde vigentes no Brasil estavam voltadas para a preservação da força de trabalho e saneamento das vias de exportação, tendo como objetivo o controle das doenças que poderiam conter a expansão capitalista, o que restringia as ações de saúde às cidades portuárias de maior importância econômica¹. Nesse contexto, em 1920 é constituída a Diretoria Geral de Saúde Pública, e o enfoque dado às ações era baseado em práticas sanitaristas semelhantes às campanhas militares, como no caso da vacinação em massa contra a varíola, que resultou na conhecida Revolta da Vacina².

Nessa época, a prática em saúde bucal era majoritariamente desenvolvida em consultórios privados. Esse modelo de atenção, também conhecido como “odontologia de mercado”, permaneceu hegemônico durante muitas décadas e, é pautado pelo pagamento direto aos prestadores de serviços^{1,3}. Essa prática refletia o modelo de formação norte-americano, adotado nas universidades brasileiras, e era marcadamente biologicista (desconsiderando a componente social da doença), curativista, tecnicista (altamente dependente de tecnologias) e especializado¹. Concomitantemente, experimentavam-se algumas formas pontuais de introdução de serviços odontológicos no setor público de atenção à saúde, como a inserção de profissionais em escolas públicas dos estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia⁴. Esse atendimento odontológico a escolares mostrou-se rudimentar e caracterizava-se pela ausência de planejamento, pelo preparo deficitário dos profissionais em relação ao sistema de trabalho e às técnicas, espelhando, assim, a prática vigente em consultórios particulares, numa concepção individualista da profissão⁵.

Em 1942 foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, mantido por um acordo de cooperação técnica entre Brasil e Estados Unidos, com o apoio da Fundação Rockefeller. O SESP foi responsável pelo desenvolvimento das primeiras experiências de intervenção voltadas para as questões de saúde bucal em âmbito nacional, e conjugava ações preventivas (fluoretação da água de abastecimento, aplicação tópica de fluoreto de sódio) e curativas³. O alvo principal dessas ações foi a população escolar de 6 a 14 anos, escolhida devido à sua maior vulnerabilidade epidemiológica e sensibilidade às intervenções propostas, uma vez que possuíam maior incidência de lesões de cárie em fase inicial e representavam um segmento populacional estável (pelo vínculo escolar) e mais facilmente abordável^{2,3,4,6}. As ações do programa se baseavam no modelo do Sistema Incremental, que marca o início da

lógica organizativa e de programação para assistência odontológica, introduzindo algumas medidas preventivas e, mais posteriormente, pessoal auxiliar em trabalho a quatro mãos⁷.

Pinto (2008)⁸ conceitua o modelo incremental como:

“Método de trabalho que visa o completo atendimento de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sobre controle, segundo critérios de prioridade quanto a idades e problemas.”

O autor ressalta que a metodologia do sistema incremental é aplicável a todas as faixas etárias, sendo que no Brasil ela foi aplicada aos escolares devido às facilidades de operacionalização⁴. O pressuposto desse sistema consistia na crença de que a prevenção da cárie na infância livraria os futuros adultos dela¹. Com o passar dos anos, mudanças na dinâmica do sistema incremental nas escolas fizeram com que a atenção perdesse o foco preventivo em que fora baseado, voltando-se para ações curativas⁴. O modelo público de atenção odontológica entre os anos 50 e anos 80 foi predominantemente voltado aos escolares, concentrando a cobertura às pessoas de faixas etárias mais baixas^{3,9}.

Em relação aos adultos, a atenção odontológica fornecida pelo SESP resumia-se a intervenções emergenciais, como ressalta Moyses (2008)¹⁰:

“O sistema incremental do SESP foi aplicado durante quase quatro décadas pelo Estado brasileiro, em regiões onde a prática odontológica pública pôde ser organizada. Em alguns municípios, a prioridade máxima aos escolares foi a tônica assistencial. Quando muito ofereceram-se apenas atendimentos de urgência aos adultos, com o argumento do custo elevado dos insumos odontológicos reabilitadores, da disponibilidade de recursos humanos pouco preparados para atuar no serviço público e do planejamento restrito ao caráter normativo, não aberto às demandas sociais. Ações de promoção à saúde, preventivas e educativas, foram raras e, com freqüência, inconsequentes.”

Ainda na década de 40, com a regulamentação das leis trabalhistas no governo Vargas, a assistência à saúde passou a ser oferecida aos trabalhadores urbanos segurados, por intermédio das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP, posteriormente transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensões - IAP, porém os serviços eram disponibilizados por meio de contratação de serviços privados^{1,9}. Com a unificação dos IAP em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social passou a ser a instituição unificada que consolidou o modelo brasileiro de previdência social e de serviços de saúde². Após essa fusão, houve crescente expansão da assistência médico-odontológica no setor estatal, com a inclusão no sistema previdenciário dos trabalhadores rurais e empregados domésticos em meados dos anos 70. Muitos contratos de prestação de serviços e convênios foram estabelecidos entre o governo e médicos, dentistas, hospitais e clínicas particulares. Esse sistema foi denominado Modelo

Médico-Assistencial Privatista, tendo o Estado como seu grande financiador e o setor privado como o grande prestador de serviços. Nesse modelo, a prática odontológica estava voltada para a demanda espontânea, sendo que, aos adultos e idosos, eram oferecidos os atendimentos privados ou uma atenção pública incipiente, de caráter curativo, predominantemente mutiladora^{2,3}.

Em meados da década de 70, o modelo norte-americano de prática odontológica adotado no Brasil começa a ser questionado uma vez que a carga de doenças na população continuava grande. Propostas alternativas começam a ser delineadas. A Odontologia Simplificada surge como proposta para tornar a odontologia mais barata e produtiva por meio da simplificação de recursos humanos, material de consumo, sistemas de trabalho, técnicas, espaço físico e fragmentação das tarefas, possibilitando expansão de cobertura dos serviços odontológicos. Porém, a simplificação e alta produtividade levaram a perda de qualidade do serviço além de ser considerado um serviço excludente e discriminatório (tinha como público alvo somente as populações marginalizadas)^{1,11}.

Nos anos 80, os novos conhecimentos em Cariologia e Epidemiologia e discussões do curso do atendimento odontológico vigente promoveram o surgimento da Odontologia Integral, também denominada de Incremental modificada, pois se baseava no modelo do Sistema Incremental adotado pela Fundação SESP (antigo SESP). A odontologia Integral enfatizava a integração entre as atividades promocionais, preventivas e curativas e considerava a cárie como doença infecto-contagiosa. Ela tinha como ação programática o retorno para manutenção preventiva e contava com uma equipe de trabalho formada por auxiliares e técnicos, além do cirurgião-dentista, possibilitando a desmonopolização do saber e descentralização da atenção^{6,11}.

Fundamentado nas críticas ao Sistema Incremental, surge ao final da década 80 e início dos anos 90 o Programa de Inversão da Atenção. Tinha como marco conceitual a mudança do enfoque de cura para controle da doença, apresentando três fases: (1) estabilização da doença, com a utilização de ações coletivas e individuais não invasivas para o controle da doença e de técnicas invasivas para o controle da lesão (remoção dos processos infecciosos existentes); (2) reabilitação, com o restabelecimento da estética e da função e (3) declínio da doença, com a atuação sobre os fatores condicionantes da doença e promoção do auto cuidado. Estas ações eram desenvolvidas nesse ordenamento, sendo que a fase subsequente só se iniciava após a conclusão da anterior^{1,6,7,9}. Este modelo opôs-se ao Sistema Incremental na medida em que não trabalhava sob a ótica do número de tratamentos

completados e sim, priorizando o controle da doença; no entanto, aproxima-se dele na medida em que o público alvo foi, mais uma vez, a população infantil de escolas e creches⁶.

Ainda nos anos 80, surge a Atenção Precoce em Odontologia, baseada no fato de que a população menor de 6 anos era desassistida. A exclusão, vigente até então, era fundamentada nos conhecimentos de cariologia que desvinculavam a cárie em dentição decídua da doença em dentição permanente, culminando com o pensamento de que não havia necessidade de tratamento para essas crianças. Com a evolução da ciência e com a constatação de que a cárie era uma doença infecto-contagiosa, tornou-se necessária a inclusão dessa faixa etária nos programas de atenção em saúde bucal. Surgem então as denominadas clínicas para bebês, com bons resultados alcançados em relação ao controle das doenças. Porém, a criação dessas clínicas aconteceu na maioria das vezes de forma desarticulada do sistema de atenção à saúde bucal como um todo^{6,9}.

Segundo Nickel et al (2008)⁶, “as falhas dos modelos assistenciais são semelhantes quanto à universalidade e integralidade de atenção”. Foram modelos concebidos para atuação junto a clientela específica (faixas etárias alvo dos programas, geralmente crianças), excludentes e com um rol de procedimentos limitado. A população adulta permanecia à margem do sistema público de atenção odontológica.

Em 1988, é instituído (pela Constituição Federal)¹² e regulamentado (pela Lei 8080)¹³, o Sistema Único de Saúde - SUS, que adota os princípios da universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde, tendo como diretrizes a descentralização administrativa, a hierarquização da atenção e o controle social. Esses princípios resultaram das discussões da “I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, em 1978, em Alma Ata (na antiga União Soviética) e da VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, realizada em 1986. A Declaração de Alma Ata¹⁴ formalizou as novas idéias direcionadoras da saúde pública, que representaram a ruptura com o pensamento então vigente. Nela, idéias como um sistema universal de atenção à saúde, com direito ao acesso aos serviços por todos, fortalecimento da atenção primária e enfoque na educação em saúde estavam presentes. Esta também foi a temática principal da VIII CNS, cujo relatório final destaca o conceito ampliado de saúde e a coloca como “direito de todos e dever do Estado”, aspectos que foram incorporados à Constituição Federal de 1988^{12,15}.

Nesse novo contexto, é criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, em 1991. O referido programa obteve bons resultados nos locais onde foi implantado, tais como redução do índice de mortalidade infantil e a busca por ampliação e maior resolutividade das ações desenvolvidas².

Em 1994, inspirado na estratégia de medicina familiar cubana, o governo federal lançou o Programa de Saúde da Família - PSF, objetivando impulsionar as ações de atenção primária³, e que é hoje reconhecido como estratégia de reorientação do modelo de atenção. Para Oliveira et al (1999), os novos modelos de atenção à saúde bucal a serem incorporados a essa estratégia deveriam basear-se nos pressupostos de reordenamento da prática odontológica e mudanças na abordagem do processo saúde-doença⁹.

Por meio da Portaria nº1444, de 28 de dezembro de 2000¹⁶, os profissionais da odontologia são inseridos no PSF, tendo sido criado ainda um incentivo financeiro para estimular a reorganização das ações em Saúde Bucal nos municípios, no primeiro nível de atenção. As normas e diretrizes para a inclusão das ações de Saúde Bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família foram divulgadas na Portaria nº267 de 06 de março de 2001, bem como o rol de procedimentos a serem executados por esses profissionais¹⁷.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal, que propõe a execução de ações de promoção/proteção da saúde bucal, recuperação e reabilitação e, considerando o princípio da integralidade da atenção à saúde, cria os Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Essas unidades constituem referência para as equipes de saúde bucal da atenção primária e ofertam procedimentos complementares a esse primeiro nível de atenção^{4,18,19}. Foram também criados os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária - LRPD para a produção de próteses totais e parciais^{18,19}.

As diretrizes expostas na Política Nacional de Saúde Bucal visam a superação do modelo biomédico vigente, abordando de forma integral a saúde, por meio de duas vias de inserção: condição de vida (compreendendo a saúde da mulher, dos trabalhadores, usuários com necessidades especiais, diabéticos, hipertensos etc.) e linha do cuidado (que reconhece as especificidades de cada faixa etária – criança, adolescente, adulto e idoso)¹⁸.

Nesses últimos dez anos, o aumento do número de equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família foi muito grande. Logo após a regulamentação da inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em 2001, estavam implantadas 124 equipes em 32 municípios; atualmente, existem 19.231 equipes implantadas em 4.737 municípios, além de 832 CEO credenciados²⁰.

1.2 Condições de saúde bucal da população adulta brasileira

Como dito anteriormente, os serviços públicos de atenção à saúde bucal no Brasil historicamente caracterizaram-se pelo privilegiamento de um determinado segmento populacional – crianças matriculadas em escolas regulares, de uma determinada patologia –

no caso, a cárie dental –, e de um modelo de atenção voltado principalmente, embora não exclusivamente, para o tratamento das necessidades de saúde acumuladas. Esse privilegiamento ocorreu em detrimento da atenção a outros segmentos populacionais, como os adultos, para os quais restou a atenção incipiente fornecida pelo setor público, e a atenção privada, hegemônica, com restrições típicas, das quais, a mais visível é o custeio.

Nas últimas décadas, quatro diagnósticos coletivos da situação de saúde bucal e de abrangência nacional foram realizados: os inquéritos epidemiológicos de 1986, 1993, 1996 e 2003. As principais características destes inquéritos estão resumidas no Quadro 1.

Quadro 1 – Principais características dos inquéritos epidemiológicos de abrangência nacional realizados no Brasil.

<i>Ano</i>	<i>Instituição</i>	<i>Amostra</i>	<i>Problemas Investigados</i>	<i>Faixa etária (Anos)</i>
1986	Ministério da Saúde - MS	N=25.407 16 capitais Escolas públicas e privadas Zona Urbana	Cárie Doença Periodontal Uso e necessidade de prótese total Procura por serviços odontológicos	6-12 15-19 35-44 50-59
1993	Serviço Social da Indústria - SESI	N=110.640 21 estados e DF (capitais e interior) 114 municípios Escolas públicas e do SESI Zona Urbana	Cárie	3-14
1996	Ministério da Saúde - MS	N=30.240 27 capitais e DF Escolas públicas e privadas Zona Urbana	Cárie	6-12
2002-2003	Ministério da Saúde - MS	N=108.921 Capitais e Interior (250 municípios) Escolas públicas e privadas e domicílios Zona Urbana e rural	Cárie Doença Periodontal Fluorose Má-oclusão Uso e necessidade de prótese Alteração de tecido mole Acesso a serviços odontológicos Auto-percepção em saúde bucal	18-36 meses 5 anos 12 15-19 35-44 65-74

Fonte: Ministério da Saúde (2006)¹ e Oliveira (2006)²¹.

Desses, somente os realizados em 1986 e 2003 incluíram a população adulta (35-44 anos). No inquérito de 1986, a população adulta de 35 a 44 anos apresentou um CPO-D médio igual a 22,5, sendo que o componente “perdido” respondeu por 66,5% do índice. Além disso, somente 5,4% dos indivíduos pesquisados nessa faixa etária apresentavam o periodonto saudável (sem alterações como sangramento gengival, cálculo ou bolsa periodontal)¹. O CPO-D é um indicador de saúde bucal que expressa o número médio de dentes com experiência de cárie dentária no presente e no passado. Ele possui três componentes: cariado (C), perdido (P) e obturado (O). Os dois primeiros componentes traduzem necessidades de tratamento não satisfeitas e o terceiro componente indica que as necessidades foram tratadas. Ainda que esse indicador apresente algumas limitações (não permite a discriminação das causas das perdas dentárias – se decorrentes de cáries, de doenças periodontais ou de tratamentos ortodônticos), seu uso como aferidor das condições de saúde bucal é consagrado na literatura e nos serviços de saúde²².

Os dados mais atuais relativos à população adulta foram obtidos pelo Projeto SB-BRASIL 2003, realizado pelo Ministério da Saúde. Esse inquérito evidenciou um CPO-D médio igual a 20,1²³. Quando esse indicador é analisado tendo como referência os seus componentes, observa-se que o componente perdido (dentes que não se encontram mais na cavidade bucal ou com extração indicada) representa 65,7% do índice, e o obturado (dentes tratados) somente 21,0% (Tabela 1).

Tabela 1 – Composição percentual do índice CPO-D na população adulta, Brasil, 2003.

Faixa Etária	Número de pessoas	Componente Cariado (%)	Obturado-Cariado (%)	Obturado (%)	Perdido (%)
35-44 anos	13.431	11,57	1,74	20,96	65,72

Fonte: Ministério da Saúde (2004)²³.

Em relação à condição periodontal, apenas 21,9% dos adultos brasileiros nessa faixa etária não apresentam alguma condição periodontal já instalada, como sangramento gengival, cálculo ou bolsa periodontal (Tabela 2).

Tabela 2 – Número e percentual de pessoas, segundo maior grau de condição periodontal observada no indivíduo (35-44 anos), Brasil, 2003.

Faixa etária	Condição Periodontal (CPI)											
	Sadio		Sangramento		Cálculo		Bolsa 4-5 mm		Bolsa 6 mm ou mais		Sextante excluído	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
35-44 anos	2.947	21,94	1.339	9,97	6.279	46,76	1.056	7,86	285	2,12	1.525	11,35

Fonte: Ministério da Saúde (2004)²³.

Como pode ser visto, o quadro de alterações bucais decorrentes da doença cárie permaneceu praticamente inalterado nesse intervalo de quase duas décadas entre os inquiridos. Já em relação à condição periodontal, no mesmo período, o percentual de adultos sem problemas periodontais quadruplicou.

1.3 Estudos sobre a utilização de serviços odontológicos pela população adulta

Estudos sobre a utilização de serviços de saúde são considerados importantes por fornecerem subsídios para a definição de prioridades na organização do sistema de saúde e no planejamento das ações voltadas para o enfrentamento dos problemas identificados.

Em relação aos serviços de saúde odontológicos públicos, estudos internacionais junto à população adulta evidenciaram a incapacidade de enfrentamento das desigualdades na sua utilização, apontando a necessidade das autoridades desenvolverem esforços para redução das barreiras que impedem ou dificultam o acesso ao serviço, ainda que as pessoas estejam motivadas para tal^{24,25}.

Especificamente no que diz respeito à comparação do uso de serviços odontológicos públicos e privados pela população adulta, os estudos internacionais indicam que características ligadas à motivação da procura^{26,27}, à oferta^{26,28} e ao custeio^{26,27,28} são os principais determinantes da escolha do tipo de serviço a ser utilizado. Em estudo realizado na Finlândia²⁶, a dor e o menor custo foram os principais determinantes da procura pelos serviços odontológicos públicos, porém a disponibilidade desses serviços apareceu como a principal barreira. Esse estudo apontou ainda que os adultos mais velhos utilizaram mais frequentemente os serviços privados e o fizeram atendendo à chamada para retorno. No Reino Unido, ainda que sejam mais dispendiosos, os serviços privados são procurados pela sua maior facilidade de acesso²⁸. Já na Austrália, os usuários atendidos no serviço público eram aqueles mais desfavorecidos socioeconomicamente e que enfrentaram maiores barreiras no acesso ao serviço privado. Esses mesmos usuários eram os que apresentavam piores condições de saúde bucal e experimentaram um padrão de atendimento com maior ênfase em extrações do que em atendimento preventivo ou de manutenção²⁷.

Os estudos nacionais sobre utilização de serviços odontológicos em geral, envolvendo população adulta, mostram que essa utilização tem sido associada à presença de dor e/ou problemas odontológicos^{29,30}, à maior renda e maior escolaridade^{29,31,32} e ao sexo feminino^{29,31,32}. Alguns estudos buscaram identificar as características associadas ao uso regular de serviços por adultos e os principais achados foram que esses usuários apresentavam maior escolaridade^{33,34}, maior renda³³, eram do sexo feminino³³, não se

percebiam necessitando de tratamento^{33,34}. Eles preferiam tratamento restaurador às extrações e acreditavam que a ida ao dentista prevenia os problemas bucais³⁴.

Em alguns poucos estudos nacionais é possível identificar diferenças na utilização de serviços públicos e privados pela população adulta. O quadro apresentado por eles não é muito diferente daquele visto em estudos internacionais. Barros e Bertoldi (2002)³⁵ evidenciaram uma maior utilização dos serviços públicos pela parcela mais pobre da população, relacionando esse achado à renda. No Brasil, a utilização do serviço odontológico público também está relacionada às perdas dentárias³⁶, ao passo que a procura por atendimento odontológico de rotina foi associada ao serviço privado³³.

2 Objetivo

O presente trabalho utilizou os dados do Projeto SB-BRASIL 2003²³ para investigar os fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira, tendo como referencial o modelo comportamental de Andersen e Newman (1973)³⁷.

3 Metodologia

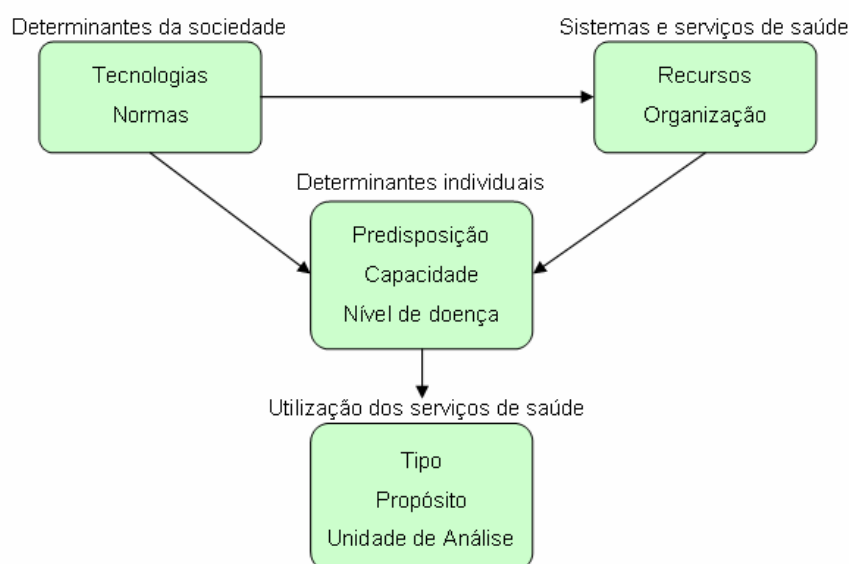
3.1 Marco Teórico

Modelo Comportamental de Andersen e Newman (1973)³⁷

Estudos sobre o uso de serviços estão ancorados em quatro pilares: (1) o consenso de que saúde é um direito dos cidadãos independente do seu poder aquisitivo, (2) o fato de que alguns grupos populacionais não recebem cuidados em saúde em quantidade e qualidade suficientes, (3) expectativas relacionadas ao fato de que se os indivíduos recebem os cuidados de saúde necessários há uma elevação do nível geral de saúde da população e (4) temores a respeito da crise nos diversos sistemas de saúde³⁸. Assim sendo, estudar os fatores associados ao uso de serviços odontológicos por adultos podem propiciar um melhor entendimento sobre os motivos que levam à procura por serviços e desenvolvimento de novas políticas.

Andersen e Newman³⁷ construíram um modelo para avaliação do uso de serviços de saúde, no qual fatores sociais e individuais são considerados relevantes. A figura a seguir delinea o modelo comportamental de Andersen e Newman (1973):

Figura 1 – Modelo comportamental de utilização de serviços de saúde.



Fonte: Andersen e Newman (1973)³⁷.

Como pode ser visto na figura acima, o modelo proposto agrega fatores associados aos determinantes sociais e individuais, além de outros ligados aos sistemas e serviços de saúde e à sua utilização.

Em relação aos determinantes da sociedade, o modelo considera que tecnologias e normas são pressupostos que determinam o uso de serviços. O pressuposto tecnológico refere-se ao desenvolvimento de serviços mais adequados (por exemplo, avanços nas técnicas de diagnósticos e de anestesia). Em relação ao pressuposto normativo, ele reflete formas de legislação que representam o consenso de crenças e de valores que permeiam a sociedade, moldando o sistema de saúde com os padrões baseados nessas crenças.

Em relação aos sistemas e serviços de saúde, os recursos e a organização dos mesmos devem ser levados em consideração para análise do uso de serviços. Os recursos se referem ao volume de recursos aplicados nos serviços e à distribuição geográfica dos mesmos. A organização se refere ao acesso e à estrutura (como os recursos são aplicados - recursos humanos, infra-estrutura, equipamentos, materiais).

Os determinantes individuais do uso de serviços estão divididos em três categorias: predisponentes, capacitantes e relativos ao nível de doença.

1 - Os fatores predisponentes estão associados à tendência do indivíduo a usar os serviços e podem ser:

- *Demográficos*: idade, sexo, estado civil, história pregressa de doença. Pessoas com idades diferentes apresentam demandas diferentes e as que têm histórico de doença geralmente demandam maior uso de serviços.
- *Estrutura social*: escolaridade, raça, ocupação, tamanho da família, etnia, religião, mobilidade residencial. Dados como educação e ocupação do chefe da família podem refletir o estilo de vida dos indivíduos.
- *Crenças*: valores relativos ao processo saúde/doença, conhecimento sobre a doença, atitudes, considerando que a percepção individual sobre essas questões influencia seu comportamento.

2 - Os fatores capacitantes são aqueles que fazem os recursos dos serviços de saúde disponíveis ao indivíduo e podem ser relativos à família e à comunidade:

- *Família*: renda, nível de cobertura dos planos de saúde, acesso do indivíduo a cuidados regulares e a natureza desses cuidados regulares.
- *Comunidade*: impostos relativos aos serviços de saúde, preço do serviço, região do país, característica urbana/rural.

3 - Em relação ao nível de doença, este está associado à percepção da doença e de sua possibilidade de ocorrer. Pode ser auto-referida (inapetência, sintomas, estado geral) ou avaliada pelo profissional (sintomas, diagnóstico)

Em relação à utilização dos serviços de saúde, que é o desfecho do modelo, devem ser analisados o tipo, o propósito e a unidade de análise. O tipo de serviço se refere à hospital, médico, dentista, farmácia, atenção domiciliar etc. O propósito é relativo ao motivo da procura pelo serviço, se é prevenção (atenção primária), prover funcionalidade (atenção secundária) e estabilização para doenças irreversíveis (atenção terciária).

3.2 Área e População de Estudo

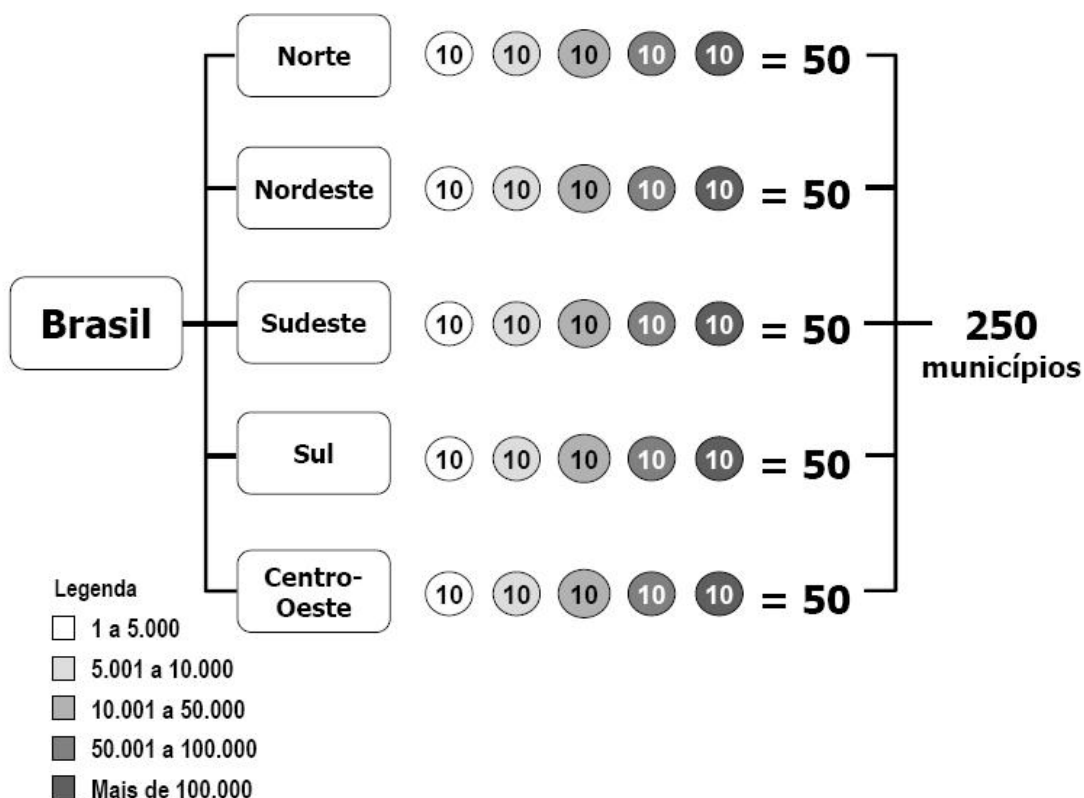
O presente estudo utilizou o banco de dados do Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira²³, um inquérito epidemiológico de abrangência nacional, voltado para a investigação de aspectos relacionados à saúde bucal, tais como os principais agravos de saúde e utilização de serviços odontológicos, entre outros. O inquérito abordou uma amostra representativa da população brasileira (ao nível nacional e das grandes regiões geográficas) para idades de 5 e de 12 anos, e para as faixas etárias de 18 a 36 meses, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, totalizando 108.921 participantes.

A técnica aplicada para o plano amostral foi a de amostragem probabilística por conglomerados. A primeira pré-estratificação levou em consideração as macrorregiões brasileiras (norte, nordeste, sudeste, sul e centro-oeste. Já na segunda pré-estratificação foram considerados os portes populacionais dos municípios ficando subdivididos da seguinte maneira:

- 1º estrato: municípios com até 5 mil habitantes
- 2º estrato: municípios de 5.001 a 10.000 habitantes
- 3º estrato: municípios de 10.001 a 50.000 habitantes
- 4º estrato: municípios de 50.001 a 100.000 habitantes
- 5º estrato: municípios com mais de 100.001 habitantes

Em cada uma dessas categorias foram sorteados 10 municípios sendo que cada macrorregião contribuiu com 50 municípios e as capitais foram incluídas automaticamente, não fazendo parte do sorteio. O número total de municípios que compuseram a amostra foi de duzentos e setenta e sete, sendo considerados unidades primárias de amostragem.

Figura 2 – Esquema do processo de pré-estratificação para efeito de composição da amostra.



Fonte: Ministério da Saúde (2001)³⁹.

O processo de sorteio dos municípios foi público e se deu de forma ponderada, sendo que cada município possuía uma probabilidade associada de participar da amostra de acordo com sua contribuição (parcela da população) para o total de habitantes da região ao qual ele pertencia, exceto para as capitais dos estados federativos, que tiveram probabilidade igual a um de serem incluídas na amostra, ou seja, todas as capitais foram incluídas³⁹.

Na terceira pré-estratificação foram consideradas as idades de forma que, em cada município, foram examinados determinado número de indivíduos nas faixas etárias ou idades-índice especificadas anteriormente³⁹.

No presente estudo analisou-se os dados relativos à população adulta, correspondente à faixa etária de 35 a 44 anos, que relataram uso de algum serviço odontológico. Segundo a Organização Mundial de Saúde⁴⁰, utilizar esta faixa etária em inquéritos epidemiológicos permite a avaliação das condições de saúde bucal da população adulta, pois é possível verificar o efeito total da cárie dentária, a gravidade do envolvimento periodontal e os efeitos do tratamento prestado.

O cálculo do tamanho da amostra para essa faixa etária foi feito utilizando a variável ataque de cárie dentária medido pelo índice CPO-D (explicitado anteriormente). Utilizou-se como base para o cálculo as estimativas produzidas em inquérito epidemiológico em 1986³⁹.

3.3 Coleta de dados e variáveis de estudo

Os dados foram coletados por equipes de campo, compostas de um examinador (cirurgião dentista) e um anotador/monitor. Para padronização da coleta de dados foram realizadas oficinas de treinamento das equipes de campo.

Os exames foram realizados à luz natural, com examinador e examinado sentados, utilizando conjuntos compostos por espelho bucal plano com cabo e sonda desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde denominada “sonda CPI”. Para a população adulta, foram coletadas informações acerca de cárie de coroa e raiz, doença periodontal, uso e necessidade de prótese e alteração de tecido mole. Um questionário com perguntas a respeito da caracterização sócioeconômica, acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal também foi aplicado aos indivíduos examinados desta faixa etária⁴¹.

A variável dependente foi a utilização de serviços odontológicos públicos. Aos participantes foi indagado (1) se haviam ido ao dentista alguma vez na vida e em caso afirmativo, (2) o tipo de serviço utilizado. Foram selecionados para o estudo 13.356 adultos que responderam ao questionário e submeteram-se a exames clínicos. Desses, foram excluídos 378 que relataram nunca ter ido ao dentista ao longo da vida. Como o estudo restringiu a investigação aos usuários de serviços odontológicos classificados como público, privado liberal ou privado plano de saúde, foram excluídos também 553 adultos que afirmaram ter utilizado serviços do tipo filantrópicos ou serviços rotulados no questionário como “outros”, de tipificação desconhecida. Esta investigação baseou-se na análise dos dados relativos a 12.425 adultos com idade entre 35-44 anos.

A seleção das variáveis independentes foi baseada numa adaptação do modelo comportamental de Andersen e Newman (1973)³⁷, idealizado para as investigações sobre utilização de serviços de saúde.

As variáveis independentes foram agrupadas em blocos, a saber: fatores predisponentes, fatores capacitantes, fatores de necessidade de saúde e fatores relacionados às características de utilização dos serviços odontológicos.

Os fatores predisponentes foram sexo (masculino *vs* feminino), idade (35-39 anos *vs* 40-44 anos) e escolaridade, medida em função do número de anos de frequência à escola regular (≥ 9 ; 5-8; 1-4 e nenhuma). Foram considerados fatores capacitantes a renda *per*

capita, medida em Reais (≤ 50 ; 51-100; 101-200 e ≥ 201), grandes regiões geográficas (Sudeste, Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste), local de residência (urbano *vs* rural) e porte do município, em função da população residente (< 10.000 ; 10.000-100.000 e > 100.000).

Os fatores de necessidades de saúde consideraram separadamente aquelas percebidas pelo respondente e aquelas definidas pelo profissional (ao exame clínico). No primeiro caso, foram investigadas a auto-avaliação da saúde bucal (ótima/boa; regular; ruim/péssima), necessidade de tratamento auto-referida (não *vs* sim) e queixa de dor de dente e/ou gengival (não *vs* sim). Já as necessidades de saúde definidas pelo profissional incluíram necessidade prótese (não; sim-parcial; sim-total), presença de alteração de tecido mole (não *vs* sim), número de dentes com necessidade de tratamento (nenhum; 1-3; 4 ou mais; não se aplica), presença de problema periodontal (não; cálculo/sangramento; bolsa e outros). No caso da necessidade de prótese, foi considerado que não necessitava de prótese o indivíduo com todos os dentes presentes, ou com espaços protéticos presentes com prótese ou ainda desdentado total com presença de prótese. Já a categoria “sim, parcial” são aqueles indivíduos que necessitavam de próteses fixas ou removíveis para substituição de um ou mais elementos ou ainda combinação de próteses. Em relação a categoria “sim, total” é representada pelos indivíduos desdentados totais que não usavam prótese no momento. A categoria “não se aplica” da variável número de dentes com necessidade de tratamento refere-se aos edentados, e a categoria “outros” da variável presença de problema periodontal se refere a sextantes excluídos que são aqueles com menos de dois dentes presentes, que não permitiram a aferição do índice. Em ambos os casos, a manutenção dessas categorias se deu com o objetivo único de preservar o poder estatístico da amostra na análise estatística dos dados.

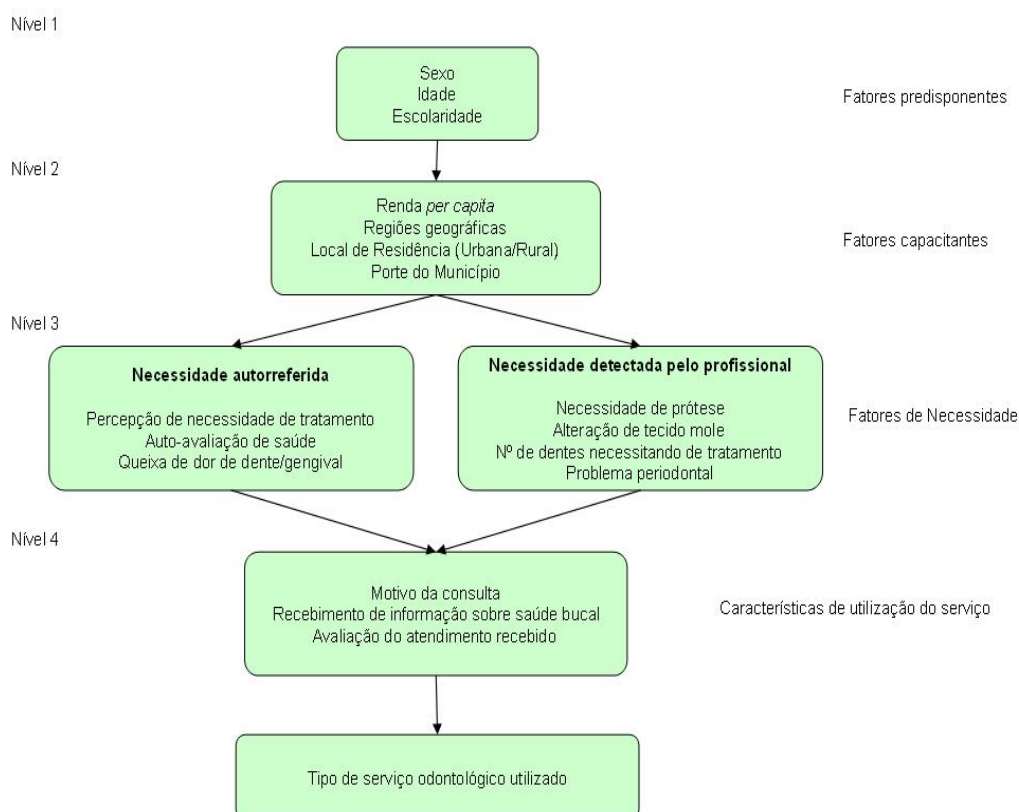
As variáveis independentes consideradas para a descrição das características de utilização dos serviços odontológicos foram o motivo da visita ao dentista (rotina; problemas bucais e outros), recebimento de informação sobre saúde bucal na visita ao dentista (não *vs* sim) e avaliação do atendimento recebido (bom/ótimo; regular; ruim/péssimo). A construção das categorias da variável motivo da consulta ao dentista foi feita da seguinte forma: considerou-se “consulta de rotina” aquela que o usuário relatou ter procurado o serviço para manutenção ou reparos; já a consulta por problemas bucais considerou aquela em que o motivo foi dor, sangramento gengival, cavidades nos dentes, feridas, caroços ou manchas na boca. Na categoria “outros” foram incluídos os motivos de procura que não se enquadraram nas categorias anteriores.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados baseou-se no modelo hierarquizado, proposto por Victora *et al* (1997)⁴². Nesse tipo de análise é possível caracterizar variáveis proximais e distais ao desfecho além de permitir a seleção daquelas mais fortemente associadas ao mesmo⁴³.

A medida de associação utilizada foi a razão de prevalências, com respectivo intervalo de confiança 95%, estimadas por meio da regressão de Poisson. Numa primeira etapa, foram rodadas análises univariadas, para configurar a descrição das características da população de estudo e produção de razões de prevalências brutas (com respectivos intervalos de confiança 95%) para associações entre as covariáveis e a variável-evento. Em seguida, foram rodadas análises multivariadas, considerando os blocos de variáveis estruturados com base no modelo de Andersen e Newman³⁷, e o sequenciamento proposto pelo modelo de análise hierarquizada adotado. Inicialmente, foi rodado o modelo relativo ao bloco de variáveis do nível hierárquico mais distal (nível 1, dos fatores predisponentes), seguindo-se a inclusão dos demais blocos de variáveis conforme a seqüência descrita na Figura 3.

Figura 3 – Modelo hierarquizado de análise para os fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos.



O critério de significância estatística adotado foi valor de $p < 0,05$, utilizado para: (1) definição das variáveis de um bloco a serem mantidas no modelo referente ao nível hierárquico subsequente; (2) identificar as variáveis do modelo final (nível 4) que permaneceram independentemente associados ao evento sob investigação. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa Stata (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), versão 9.0.

3.5 Comitê de Ética

O projeto SB-BRASIL foi aprovado em 21/07/2000 de acordo com o parecer 581/2000 e registrado no CONEP sob o número 1.356, no processo 25.000.009.632/00-51²³. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz.

4 Artigo

Pinto RS, Matos DL, Loyola Filho, AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. Cien Saude Colet. No prelo 2010.

Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira

Characteristics associated with use of dental services by the Brazilian adult population

Rafaela da Silveira Pinto

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou – Fundação Oswaldo Cruz.

Coordenação Estadual de Saúde Bucal da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Divane Leite Matos

Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz e da Universidade Federal de Minas Gerais.

Antônio Ignácio de Loyola Filho

Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento da Fundação Oswaldo Cruz e da Universidade Federal de Minas Gerais.

Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Introdução

Historicamente, a atenção odontológica pública no Brasil priorizou as crianças matriculadas em escola como população-alvo e focou suas ações na abordagem da cárie dentária^{1,2}. Esse privilegiamento ocorreu em detrimento de outros segmentos populacionais, como a população adulta, que conviveu com um modelo público que limitava a atenção à população inserida no mercado formal de trabalho, e era calcado na demanda espontânea, no predomínio de ações curativas, de caráter mutilador. Esse modelo tinha o Estado como grande financiador e o setor privado como principal prestador de serviços³.

O quadro de saúde bucal dos adultos, resultante desse processo, é pouco animador e não apresentou alterações importantes nas duas últimas décadas do século passado, como revelam os inquéritos de abrangência nacional que avaliaram a saúde bucal do adulto brasileiro, realizados em 1986 e 2003⁴. Os adultos brasileiros apresentavam, em 2003, CPO-D médio (índice de saúde bucal que traduz a experiência de cárie do indivíduo ao longo da vida) superior a 20 dentes, sendo o componente que representa os dentes perdidos (sem possibilidade de recuperação) superior a 60%. Além disso, apenas 22% dos adultos apresentavam periodonto saudável (sem alterações como sangramento gengival, cálculo ou bolsa periodontal)⁵.

Estudos sobre a utilização de serviços de saúde são considerados importantes, por permitir caracterizar a população usuária, identificar suas condições de saúde e as suas motivações para a procura, aspectos fundamentais no planejamento e organização das ações de saúde. Andersen e Newman (1973)⁶ construíram um modelo para explicar o uso de serviços de saúde, que agrega fatores associados aos determinantes sociais, individuais, relacionados aos sistemas e serviços de saúde, e à utilização dos últimos. Em relação aos determinantes individuais, o modelo considera três categorias: (1) predisponentes, relacionados à tendência do indivíduo utilizar o serviço; (2) capacitantes, que contribuem para tornar os recursos dos serviços de saúde disponíveis ao indivíduo; e (3) os de necessidade, que

dizem respeito às condições de saúde percebidas pelo usuário ou definidas pelo profissional de saúde. Esse modelo tem sido utilizado em estudos internacionais^{7,8} e nacionais^{9,10} sobre a utilização de serviços odontológicos, abordando diferentes segmentos populacionais e tendo como foco a comparação entre usuários e não usuários.

Estudos brasileiros sobre utilização de serviços odontológicos especificamente entre adultos são raros, e voltaram-se para a investigação de características associadas ao uso regular de serviços¹⁰ e à dor de dente como motivo de consulta¹¹. Ao nosso conhecimento, inexistem estudos brasileiros que cujo foco principal é a comparação da utilização de serviços odontológicos públicos e privados por essa parcela da população. O presente trabalho utilizou o banco de dados do Projeto SB-BRASIL 2003¹² para investigar as características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos por adultos, tendo como referencial o modelo comportamental de Andersen e Newman (1973)⁶.

Metodologia

Fonte de dados

O presente estudo utilizou o banco de dados do Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira¹², um inquérito epidemiológico que investigou os aspectos relacionados à saúde bucal, tais como os principais agravos de saúde e utilização de serviços odontológicos, entre outros. O inquérito abordou uma amostra representativa da população brasileira, para as grandes regiões geográficas, para cada tipo de município (porte populacional) e para as idades de 5 e de 12 anos, e para as faixas etárias de 18 a 36 meses, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

A seleção de participantes foi feita por meio de amostra probabilística por conglomerados, obtida em três estágios de seleção: os municípios foram as unidades primárias, os setores censitários foram as unidades secundárias e as quadras e domicílios foram as unidades terciárias. Para a faixa etária dos adultos, todos os moradores dos domicílios selecionados que concordaram em participar foram entrevistados e examinados.

Os dados foram coletados por meio de exames clínicos e entrevistas, realizados por um cirurgião-dentista e auxiliar, devidamente treinados e calibrados. A concordância dos exames clínicos intra e inter examinadores foi considerada boa¹³. Maiores detalhes podem ser vistos em outras publicações^{12,13}.

No presente estudo analisaram-se os dados relativos à população adulta (35-44 anos). Segundo a Organização Mundial de Saúde¹⁴, utilizar esta faixa etária em inquéritos epidemiológicos permite verificar o efeito total da cárie dentária, a gravidade do envolvimento periodontal e os efeitos do tratamento prestado, permitindo assim, uma boa aferição das condições de saúde bucal em adultos.

Variáveis de estudo

Aos participantes foi indagado (1) se haviam ido ao dentista alguma vez na vida e em caso afirmativo, (2) o tipo de serviço utilizado. Foram selecionados para o estudo todos os adultos que responderam afirmativamente à primeira pergunta. A variável dependente foi a utilização de serviços odontológicos públicos, construída a partir das respostas à segunda pergunta. Os participantes que responderam “público” compuseram o grupo-evento, e aqueles que relataram ter utilizado um serviço odontológico privado liberal, ou vinculado a plano de saúde e convênios, constituíram o grupo de referência.

A seleção das variáveis independentes foi baseada no modelo comportamental de Andersen e Newman (1973)⁶, idealizado para as investigações sobre utilização de serviços de saúde. Os fatores predisponentes considerados foram: sexo (masculino vs feminino), idade (35-39 anos vs 40-44 anos) e escolaridade, medida em função do número de anos de frequência à escola regular (≥ 9 ; 5-8; 1-4 e nenhum). Os fatores capacitantes foram: a renda *per capita*, medida em Reais (≤ 50 ; 51-100; 101-200 e ≥ 201), grandes regiões geográficas (Sudeste, Norte, Nordeste, Sul e Centro-Oeste), local de residência (urbano vs rural) e porte do município, em função da população residente (< 10.000 ; 10.000-100.000 e > 100.000).

Entre os fatores de necessidades (de saúde e de tratamento) considerou-se separadamente aquelas necessidades percebidas pelo respondente e aquelas definidas pelo profissional, ao exame clínico. No primeiro caso, foram investigadas a auto-avaliação da saúde bucal (ótima/boa; regular; ruim/péssima), necessidade de tratamento auto-referida (não vs sim) e queixa de dor de dente/gengival (não vs sim). Já as necessidades definidas pelo profissional incluíram necessidade prótese (não; sim-parcial; sim-total), presença de alteração de tecido mole (não vs sim), número de dentes com necessidade de tratamento (nenhum; 1-3; 4 ou mais; não se aplica), presença de problema periodontal (não; cálculo/sangramento; bolsa e outros).

No caso da variável “necessidade de prótese”, foi considerado sem necessidade de prótese o indivíduo com todos os dentes presentes, ou com espaços protéticos presentes com prótese ou ainda desdentado total com presença de prótese. Já a categoria “sim, parcial” são aqueles indivíduos que necessitavam de próteses fixas ou removíveis para substituição de um ou mais elementos ou ainda combinação de próteses. A categoria “sim, total” é representada pelos indivíduos desdentados totais que não usavam prótese no momento. A categoria “não se aplica” da variável número de dentes com necessidade de tratamento refere-se aos edentados, e a categoria “outros” da variável presença de problema periodontal se refere a sextantes excluídos, que são aqueles com menos de dois dentes presentes, o que inviabilizou a aferição do índice utilizado (Índice Periodontal Comunitário – CPI). Em ambos os casos, a manutenção dessas categorias se deu com o objetivo de preservar a matriz de análise, sem prejuízo do poder estatístico da amostra.

As variáveis independentes consideradas para a descrição das características de utilização dos serviços odontológicos foram o motivo da visita ao dentista (rotina; problemas bucais e outros), recebimento de informação sobre saúde bucal na visita ao dentista (não vs sim) e avaliação do atendimento recebido (bom/ótimo; regular; ruim/péssimo). A construção das categorias da variável motivo da consulta ao dentista foi feita da seguinte forma:

considerou-se “consulta de rotina” aquela que o usuário relatou ter procurado o serviço para manutenção ou reparos; já a consulta por problemas bucais foram aquelas motivadas por dor, sangramento gengival, cavidades nos dentes, feridas, caroços ou manchas na boca; e na categoria “outros” foram incluídos os motivos de procura que não se enquadraram nas categorias anteriores.

Análise dos dados

A análise dos dados baseou-se no modelo hierarquizado, proposto por Victora *et al.* (1997)¹⁵. Esse modelo é mais seletivo e prioriza o conhecimento dos determinantes sociais e biológicos do evento sob investigação, de tal forma que a seleção das variáveis não seja dependente apenas de critérios estatísticos. A análise se baseia numa estrutura conceitual em que as variáveis se inter-relacionam em níveis hierárquicos, definidos em função da maior distância (variáveis distais) ou proximidade (variáveis proximais) do evento. Assim é que as variáveis distais (nível hierárquico superior) têm seu efeito mediado pelas variáveis proximais (nível hierárquico inferior); por outro lado, as primeiras constituem potenciais fatores de confusão para o efeito das últimas¹⁵.

As variáveis foram agrupadas em blocos hierarquizados, do nível mais distal para o mais proximal, a saber: fatores predisponentes (nível 1), fatores capacitantes (nível 2), fatores de necessidade de saúde e de tratamento (percebidas pelo respondente e definidas pelo profissional ao exame) (nível 3) e fatores relacionados às características de utilização dos serviços odontológico (nível 4).

A medida de associação utilizada foi a Razão de Prevalências, com respectivo intervalo de confiança 95%, estimadas por meio da regressão de Poisson. Numa primeira etapa, foram realizadas as análises univariadas, para configurar a descrição das características da população de estudo e produção de razões de prevalências brutas (com respectivos intervalos de confiança 95%) para associações entre as covariáveis e a variável-evento. Em seguida, foram realizadas as análises multivariadas, considerando os blocos de variáveis

estruturados com base no modelo de Andersen e Newman (1973)⁶, e o sequenciamento proposto pelo modelo de análise hierarquizada adotado. Inicialmente, foi construído o modelo relativo ao bloco de variáveis do nível hierárquico mais distal (nível 1, dos fatores predisponentes), seguindo-se a inclusão dos demais blocos de variáveis, conforme a seqüência dos níveis já descrita.

O critério de significância estatística adotado foi valor de $p < 0,05$, utilizado para: (1) definição das variáveis de um bloco a serem mantidas no modelo referente ao nível hierárquico subsequente; (2) identificação das variáveis do modelo final (nível 4) que permaneceram independentemente associados ao evento sob investigação. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa Stata (Stata Corp. College Station, Estados Unidos), versão 9.0.

Aspectos Éticos

Todos os participantes do estudo receberam uma carta explicando os objetivos e procedimentos a serem realizados e assinaram um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. O projeto SB-BRASIL foi aprovado em 21/07/2000 de acordo com o parecer 581/2000 e registrado no CONEP sob o número 1.356, no processo 25.000.009.632/00-51¹².

Resultados

Foram selecionados para o estudo 13.356 adultos que responderam ao questionário e submeteram-se a exames clínicos. Desses, foram excluídos 378 que relataram nunca ter ido ao dentista ao longo da vida. Como o estudo restringiu a investigação aos usuários de serviços odontológicos classificados como público, privado liberal ou privado plano de saúde, foram excluídos também 553 adultos que afirmaram ter utilizado serviços do tipo filantrópicos ou serviços rotulados no questionário como “outros”, de tipificação desconhecida. Esta investigação baseou-se na análise dos dados relativos a 12.425 adultos com idade entre 35-44 anos.

Em sua maioria, os participantes eram do sexo feminino (68,2%), com idade média de 39,2 (dp=3,2) anos; 40,6% apresentaram escolaridade de no máximo 4 anos (6,8% nunca freqüentaram a escola), 56,0% tinham renda familiar *per capita* de no máximo R\$120,00 (equivalente a meio salário mínimo vigente á época do inquérito) e aproximadamente 9 em 10 residiam na zona urbana. A proporção do uso de serviços públicos foi de 51,8%, enquanto 37,1% relataram uso de serviço privado liberal e 11,2% fizeram uso de planos de saúde ou convênios.

Na Tabela 1 estão descritas as características predisponentes, capacitantes, de condições de saúde e necessidades de tratamento e do uso de serviços de saúde, em função do tipo de serviço utilizado. Nelas encontram-se também os resultados das análises univariadas, em termos das medidas de associação e respectivos intervalos de confiança 95%.

No tocante às características predisponentes, verifica-se que a prevalência do uso de serviço odontológico público foi maior entre as mulheres (53,3%) e menor na faixa etária de 40-44 anos (50,5%). Em relação à escolaridade, o uso de serviço público aumentou à medida que a escolaridade diminuía, sendo que os adultos sem escolaridade utilizaram aproximadamente duas vezes mais o serviço público do que aqueles com a escolaridade igual ou maior que 9 anos. Na análise univariada, todas as características predisponentes mostraram-se significativamente associadas ao uso de serviço público ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Na análise dos fatores capacitantes, os adultos de maior renda e residentes em municípios de maior porte utilizaram menos frequentemente os serviços públicos: a prevalência de utilização dos serviços públicos foi de 72,2% entre os adultos de menor faixa de renda, caindo para 26,3% entre aqueles de maior renda; ela foi de 59,9% entre os adultos residentes em municípios de pequeno porte (<10 mil habitantes), decrescendo para 42,2% entre os residentes em municípios de grande porte (população >100 mil). Já entre os moradores da zona rural, o uso de serviço público foi 20% superior ao verificado entre os residentes em zona urbana. Essas variáveis apresentaram associações significativas na análise

univariada. Com relação às regiões geográficas, os indivíduos das regiões Norte, Nordeste e Sul utilizaram mais o serviço público comparados aos residentes na região Sudeste, enquanto os residentes na região Centro-Oeste utilizaram menos; todavia, somente as diferenças relativas às regiões Norte e Nordeste foram estatisticamente significativas (Tabela 1).

Os resultados relativos às condições de saúde e necessidades de tratamento (auto-referidas e definidas pelo profissional) também estão descritos na Tabela 1. De modo geral, os adultos em piores condições de saúde utilizaram com maior frequência os serviços públicos. Assim é que o uso de serviço público foi mais frequente entre os adultos que se percebiam com necessidade de tratamento (53,6%), que avaliaram sua própria saúde como ruim/péssima (58,0%) e que se queixaram de dor de dentes e/ou gengiva (57,4%), do que, respectivamente, entre aqueles que não referiram necessidade de tratamento (44,6%), que avaliaram sua saúde como ótima ou boa (46,8%) e que não referiram queixa de dor de dente e/ou gengiva (48,8%). Da mesma forma, os adultos que tiveram detectadas, ao exame profissional, necessidades de tratamento odontológico (presença de alterações de tecido mole, de cálculo/sangramento ou bolsa periodontal, dentes demandando restaurações e necessidade de prótese total ou parcial), utilizaram mais os serviços odontológicos públicos do que aqueles que não sofriam essas condições. Entre todos os fatores de necessidade, apenas a presença de alterações de tecido mole não esteve significativamente associada ao uso de serviços públicos, na análise univariada.

Ainda conforme a Tabela 1, o uso de serviço odontológico público foi mais frequente entre aqueles que o fizeram motivados por problemas bucais (58,7%, contra 37,7% que o fizeram como rotina) e avaliaram mal o atendimento recebido (61,5% e 57,3%, respectivamente para regular e ruim/péssimo, contra 50,4% que avaliaram o atendimento recebido como bom/ótimo). Já no que tange ao recebimento de informações sobre como evitar problemas bucais, a maioria das pessoas que não as receberam foi usuária do serviço público

(56,4%). Todas as variáveis deste bloco apresentaram associações significativas na análise univariada.

As Tabelas 2 a 5 referem-se às análises multivariadas hierarquizadas, e apresentam os resultados em seqüência, a partir do nível 1 (características predisponentes, o mais distal) até o nível 4 (características de utilização dos serviços odontológicos, proximal).

De acordo com a análise multivariada do primeiro nível hierárquico, todas as variáveis predisponentes permaneceram significativamente associadas ao uso de serviços odontológicos públicos, sendo que a variável escolaridade foi a mais fortemente associada. Observou-se associação negativa entre esta variável e o uso de serviços odontológicos públicos, que aumentou à medida que a escolaridade diminuía (RP=1,47, IC95% 1,37-1,58 para 5-8 anos; RP=1,80, IC95% 1,65-1,96 para 1-4 anos e RP=1,99; IC95% 1,80-2,20 para nenhuma escolaridade). Todas as variáveis foram mantidas para o ajustamento do nível hierárquico subsequente – nível 2 (Tabela 2).

Na análise do nível 2, relativo aos fatores capacitantes (Tabela 3), apenas o local de residência (urbano/rural) deixou de ser estatisticamente significativo ($p=0,739$), após o ajustamento mútuo e pelo bloco de variáveis predisponentes. Entre as demais variáveis capacitantes, a renda familiar *per capita* e o porte do município permaneceram negativamente associadas ao uso de serviços públicos. Com o ajustamento pelas variáveis predisponentes, além das regiões Norte e Nordeste, a região Sul também passou a apresentar associação significativa com o uso de serviço público (RP=1,18; IC95% 1,01-1,37).

Na Tabela 4, são apresentados resultados das análises relativas ao bloco de variáveis que traduzem as necessidades de tratamento e condições de saúde, ajustadas entre si e pelas variáveis dos níveis hierárquicos superiores (predisponentes e capacitantes). Pode-se verificar que, após o ajuste, apenas a queixa de dor de dente/gengival (RP=1,07; IC95% 1,03-1,11) – entre as necessidades auto-referidas –, a necessidade de prótese parcial (RP=1,20; IC95% 1,12-1,29) e de prótese total (RP=1,35; IC95% 1,24-1,48), e a presença de quatro ou mais

dentes com necessidade de tratamento (RP=1,12; IC95% 1,04-1,21) – entre as necessidades definidas pelo profissional –, permaneceram associadas ao evento. A idade, entre as características predisponentes, perdeu a significância estatística.

Os resultados do modelo final de análise hierarquizada são mostrados na Tabela 5. No modelo final, as variáveis que caracterizaram a utilização dos serviços odontológicos foram ajustadas entre si e pelas variáveis dos níveis hierárquicos anteriores. No tocante às variáveis deste bloco distal, o uso de serviço odontológico público foi significativamente maior entre os adultos que procuraram o serviço motivados por algum problema de saúde bucal (RP=1,17; IC95% 1,09-1,25) e que avaliaram como regular o atendimento recebido (RP=1,17; IC95% 1,11-1,24). O modelo final mostrou ainda que o uso de serviços odontológicos públicos mostrou-se significativa e independentemente associado ao sexo feminino e à menor escolaridade (entre os fatores predisponentes), à menor renda, à residência nas regiões Nordeste e Sul e em municípios de menor porte (entre os fatores capacitantes), à queixa de dor de dente ou gengival e à necessidade de tratamento diagnosticada profissionalmente, no caso, próteses parcial e total e uma maior quantidade de dentes permanentes (entre os fatores de necessidade). As associações mais fortes foram detectadas para as variáveis escolaridade e renda familiar *per capita*, em ambos os casos, com indicativos de gradiente dose-resposta.

Discussão

A prevalência do uso de serviços odontológicos públicos verificada entre os adultos brasileiros foi superior ao observado na PNAD-1998¹⁶ e no estado da Paraíba¹⁷. No entanto, é preciso ressaltar que, diferentemente do nosso, os estudos citados abordaram toda a população e não apenas a população adulta, e incluíram na investigação aqueles que não utilizaram qualquer serviço odontológico.

Entre as variáveis predisponentes e capacitantes, que constituem os blocos de variáveis mais distais do modelo hierarquizado, sexo e escolaridade (entre as primeiras), renda, porte do

município e região geográfica de residência (entre as últimas) mostraram-se independentemente associadas ao uso de serviços odontológicos públicos.

No presente estudo, as mulheres utilizaram mais os serviços públicos odontológicos que os homens. Alguns estudos brasileiros evidenciaram uma maior utilização de serviços odontológicos pelas mulheres, mas eles não fizeram distinção entre serviços públicos e privados^{17,18,19,20}. A maior utilização de serviços odontológicos públicos pelas mulheres pode estar relacionado a uma maior disponibilidade de tempo para comparecer às unidades de saúde pública no horário de funcionamento, em razão das mulheres apresentarem um nível de ocupação (percentual de pessoas ocupadas) mais baixo que os homens²¹.

Em relação aos achados que associaram ao uso de serviços odontológicos públicos a escolaridade e renda mais baixas, é importante ressaltar alguns aspectos. Em primeiro lugar, eles evidenciaram que a população atendida pelos serviços públicos é aquela socioeconomicamente menos favorecida, o que foi também detectado em estudos internacionais²² e brasileiros, quer num caráter mais geral²³, ou específico, no caso, os serviços odontológicos¹⁶. Isso vai ao encontro das expectativas que vinculam os serviços públicos à equidade na atenção à saúde. Em segundo lugar, o fato das associações observadas para essas variáveis terem sido as de maior magnitude, coloca-as, no presente estudo, como as características mais marcantes na discriminação de usuários de serviços odontológicos públicos e privados. Em terceiro lugar, cabe lembrar que essas características se reforçam mutuamente e frequentemente estão correlacionadas²⁴, o que às vezes impõe aos pesquisadores a decisão de não incluí-las simultaneamente no modelo explicativo testado, para evitar a colinearidade²⁵. No presente trabalho, elas permaneceram independentemente associadas ao uso do serviço público, com direção e intensidade semelhantes.

A influência da renda sobre o tipo de serviço utilizado é previsível: a opção pelos serviços públicos reflete uma maior dificuldade ou mesmo a incapacidade de custeio dos serviços privados. A importância da renda como determinante do acesso aos serviços

odontológicos no Brasil é reforçada na população adulta, pois esta tem sido historicamente desconsiderada pelo setor público na definição das prioridades de atenção à saúde bucal¹⁶. No que diz respeito à escolaridade, ela capacita o indivíduo para atividades que resultem em uma melhor renda – e por conseguinte – na maior capacidade do custeio dos serviços de saúde. Além disso, ela predispõe o indivíduo a uma maior consciência e valorização da saúde, ou seja, possibilita o acesso à informação, favorecendo atitudes e comportamentos que resultam em melhores condições de saúde, tais como auto-eficácia, controle e capacidade de enfrentamento dos problemas²⁴. Nesse aspecto, os serviços odontológicos públicos estão sendo utilizados por uma parcela da população com menos acesso a informações importantes para a preservação da saúde.

Dados da PNAD-2003²⁰ evidenciaram um acesso a serviços odontológicos (sem distinção de privado e público) diferenciado geograficamente, considerando unidade federativa e localização do domicílio (se urbano ou rural). Nesse mesmo estudo²⁰, a utilização de serviços odontológicos esteve associada a variáveis de contexto, no caso, uma maior razão número de dentistas por mil habitantes e maior oferta de ações de saúde bucal. Para esses autores, esses achados podem ser conseqüentes a maiores investimentos em saúde, à maior resolutividade das ações de saúde (no caso dos estados), e ao acesso facilitado pela maior oferta de serviços e menor distância deles (no caso da localização do domicílio). Em nosso estudo, encontramos uma maior utilização de serviços públicos nas regiões Nordeste e Sul, comparativamente à região Sudeste, e em municípios de pequeno porte, comparativamente aos de maior porte. É possível que as diferenças regionais na utilização de serviços públicos possam estar relacionadas a diferenças na oferta de serviços. Em 2002, a razão número de dentistas-SUS por mil habitantes, considerando a população de 35-44 anos, era maior nas regiões Nordeste e Sul, se confrontada com a região Sudeste²⁶. Além disso, nessa mesma época, a cobertura do Programa Saúde da Família, que passou a contar com uma equipe de saúde bucal a partir de 2000²⁷, era maior nessas regiões²⁸. Em relação à maior utilização de

serviços públicos em municípios de pequeno porte, talvez isso seja influenciado pelo menor poder aquisitivo de sua população e pela menor disponibilidade de serviços odontológicos privados.

As variáveis de necessidade que permaneceram independentemente associadas ao uso de serviços públicos (queixa de dor de dente ou gengival, necessidade de prótese parcial e total, e uma maior quantidade de dentes permanentes demandando tratamento) evidenciam que a população usuária desses serviços apresentava piores condições de saúde bucal e maior necessidade de tratamento que os usuários de serviços privados.

A queixa de dor é um indício da gravidade do problema de saúde bucal que motivou a procura por atendimento. Ela pode refletir a não utilização rotineira de serviços odontológicos¹¹ e geralmente essas queixas são atendidas em consultas de urgência. Pacientes odontológicos atendidos em caráter de urgência retornam para novos atendimentos com maior frequência e recebem mais procedimentos cirúrgicos, que representam uma solução pontual dos problemas. Esses pacientes, a longo prazo, apresentarão mais necessidades de tratamento acumuladas, iniciando um ciclo de atendimentos emergenciais que impactam negativamente a sua saúde bucal²⁹.

As associações com as variáveis de necessidades definidas ao exame clínico evidenciaram não só que os usuários de serviços públicos demandaram tratamentos curativos e reabilitadores, de maior complexidade, como também que eles apresentavam piores condições de saúde bucal. Esses resultados são consistentes com um padrão de atenção à saúde bucal, observado em estudos internacionais³⁰ e nacionais²⁵, que vincula os serviços públicos à realização de extrações e procedimentos curativos, em uma clientela com a saúde bucal prejudicada. É possível ainda que essa situação seja um reflexo da histórica desassistência odontológica à população adulta brasileira, restrita àqueles com vínculo empregatício e caracterizada por consultas emergenciais mutiladoras^{1,3}.

As características de utilização de serviços odontológicos que permaneceram associadas ao uso dos serviços públicos foram as visitas motivadas por um problema de saúde e uma avaliação regular do atendimento recebido. A dicotomia serviços públicos-resolução de problemas e serviços privados-ações preventivas e de manutenção está presente em países desenvolvidos^{30,31} e em diferentes cidades brasileiras^{9,25}. Nossos resultados são consoantes com os citados acima, e consistentes com os achados que relacionaram a queixa de dor com a utilização de serviços públicos. Isso pode estar relacionado à organização do acesso aos serviços: no Brasil, preconiza-se que os indivíduos com maior necessidade de tratamento sejam priorizados num primeiro momento de organização da atenção³². atendimentos odontológicos voltados para resolução de problemas acabam por vincular o serviço público a atendimentos emergenciais, com as conseqüências nefastas já discutidas anteriormente. Além disso, é contrário ao paradigma da boa atenção odontológica, centrada no monitoramento e nas ações preventivas, com baixa freqüência de restaurações e extrações³⁰.

A pior avaliação dos serviços públicos, comparativamente aos privados tem paralelo em outro estudo brasileiro¹⁶. A insatisfação dos usuários com o serviço público pode derivar do tempo de espera pelo atendimento, da impossibilidade de escolha do profissional, do não atendimento de todas as necessidades e da desorganização dos processos de trabalho dos profissionais³³. Por vezes, a insatisfação com o atendimento odontológico público pode estar relacionada mais à diminuição da oferta e demora em receber o atendimento do que com avaliação da capacidade técnica do profissional envolvido e dos equipamentos utilizados³⁴.

O caráter transversal do presente estudo não permite estabelecer uma relação do tipo causa-conseqüência entre as covariáveis do modelo e o evento investigado, o que constitui um limite à interpretação dos resultados. Existem também evidências de uma sobre-representação da população feminina no SB-BRASIL 2003: 67,6% da população adulta selecionada eram mulheres, contra uma estimativa de 51,5% na população adulta brasileira, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE disponíveis no site do Ministério da

Saúde²⁶, o que pode comprometer a validade externa. Por outro lado, a força do estudo deriva de sua abrangência, da riqueza de dados coletados, que incluem aqueles originados de exames clínicos e dos cuidados metodológicos que lhe conferem validade interna. Ademais, ao nosso conhecimento, este é o primeiro estudo epidemiológico, de abrangência nacional, que compara a utilização de serviços odontológicos públicos e privados, pela população adulta.

Em síntese, os resultados do presente estudo mostraram que a população adulta que demandou os serviços odontológicos públicos é a menos favorecida socioeconomicamente, apresentava maiores necessidades de tratamento e avaliou o atendimento recebido como regular. A situação de grande necessidade acumulada reflete o histórico apartamento desse segmento populacional da atenção à saúde bucal em nosso país e coloca um grande desafio ao SUS, considerando o seu papel na redução das desigualdades e de provimento de acesso universal ao cuidado integral.

O cenário da atenção à saúde bucal no Brasil tem sofrido transformações recentes, como a integração da saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária, que convivem com ações preventivas em curso há mais tempo, como a fluoretação da água de abastecimento público. A expectativa é que essas transformações promovam uma alteração positiva no quadro de saúde da população adulta brasileira, e que os inquéritos de saúde bucal subsequentes (como o SB-BRASIL 2010 que se inicia) possam nos trazer evidências de mudanças positivas no estado de saúde bucal dessa população.

RS Pinto

Contribuiu com o delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do texto.

DL Matos

Foi co-orientadora do projeto durante o Mestrado Acadêmico de Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou colaborando na interpretação dos dados e redação do texto.

AI Loyola Filho

Foi orientador do projeto durante o Mestrado Acadêmico de Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou colaborando na análise e interpretação dos dados e redação do texto.

Referências Bibliográficas

1 - Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

2 - Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad Saúde Publica* 2008; 24(2):241-6.

3 - Groisman S, Moraes NM, Chagas LD. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. *Cadernos da ABOPREV II* 2005.

4 – Oliveira, AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA, editores. *Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.32-48.

5 – Organização Pan-Americana de Saúde. Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. *A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica*. Brasília: OPAS; 2006. (OPAS. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11).

- 6 - Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973; 51:95-124.
- 7 - Gilbert HG, Duncan RP, Bruce V. Determinants of dental care use in dentate adults: six-monthly use during a 24-month period in the Florida Dental Care Study. *Soc Sci Med* 1998; 47(6):727-37.
- 8 - Tennstedt SL, Brambilla DL, Jette AM, McGuire SM. Understanding dental service use by older adults sociobehavioral factors vs. need. *J Public Health Dent* 1994; 54:211-9.
- 9 - Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Publica* 2009; 25(9):1894-1906.
- 10 - Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saude Publica* 2001; 17(3):661-68.
- 11 - Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saude Publica* 2004;38(3):453-58.
- 12 - Roncalli AG, Frazão P, Patussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. *Rev Bras Odont Saude Coletiva* 2000;1(2):9-25.

- 13 - Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000. Manual de calibração dos examinadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 14 – World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic methods. 4th ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.
- 15 - Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarquical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26(1): 224-27.
- 16 - Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):709-717.
- 17 - 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):2871-2880.
- 18 - Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros, AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):1063-1072.
- 19 - Manhães ALD, Costa AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):207-218.

- 20 - Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):999-1010.
- 21 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Síntese de Indicadores 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
- 22 - Nguyen L, Hakkinen U. Choices and utilization in dental care Public vs. private dental sectors, and the impact of a two-channel financed health care system. *Eur J Health Econom* 2006; 51: 99–106.
- 23 - Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4): 1011-1022.
- 24 - Mechanic D. Disadvantage, Inequality, And Social Policy. *Health Aff* 2002; 21(2):48-59.
- 25 - Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saude Publica* 2002; 36(2):237-43.
- 26 – Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [homepage na internet]. Informações de Saúde [acesso em 30 dez 2009]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.

27 – Portaria nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000; 29 dez.

28 - Ministério da Saúde [homepage na internet]. Consolidado histórico de cobertura da Saúde da Família 2003 [acesso em 29 dez 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2003.pdf

29 - Luzzi L, Spencer AJ. Public dental service utilization among adults in South Australia. *Aust Dent J* 2009; 54:154–160.

30 - Brennan DS, Luzzi L, Roberts-Thomson KF. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:1. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/1>.

31 - Roberts-Thomson KF, Luzzi L, Brennan DS. Social inequality in use of dental services: relief of pain and extractions. *Aust N Z J Public Health* 2008; Oct;32(5):444-9.

32 - Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº.17: Saúde Bucal. Brasília; 2006. (MS. Normas e Manuais Técnicos).

33 - Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad Saude Publica* 2005; 21(Suppl) 1:S109-18.

34 - Hancock M, Calnan M, Manley G. Private or NHS General Dental Service care in the United Kingdom? A study of public perception and experience. *J Public Health Med* 1999; 21(4): 415-420.

Anexos

Tabela 1 – Distribuição dos usuários de serviços odontológicos segundo fatores predisponentes, capacitantes, necessidade de tratamento (auto-referida e diagnosticada pelo profissional) e características da utilização do serviço, Projeto SB-BRASIL 2003.

Variáveis	Uso de serviço público		Uso de serviço privado		RP (IC 95%)
	N	%	N	%	
<i>Fatores Predisponentes</i>					
Sexo					
Masculino	1.912	48,4	2.035	51,6	1,0
Feminino	4.520	53,3	3.958	46,7	1,10 (1,06-1,15)
Idade					
35-39	3.569	52,9	3.184	47,2	1,0
40-44	2.863	50,5	2.809	49,5	0,96 (0,92-0,99)
Escolaridade					
≥ 9 anos	1.183	35,3	2.172	64,7	1,0
5-8	1.956	51,5	1.842	48,5	1,46 (1,36-1,57)
1-4	2.636	62,9	1.557	37,1	1,78 (1,64-1,94)
nenhuma	586	69,1	262	30,9	1,96 (1,77-2,17)
<i>Fatores Capacitantes</i>					
Renda per capita (em Reais)					
Até 50	2.180	72,2	840	27,8	1,0
51-100	2.003	61,5	1.253	38,5	0,85 (0,81-0,89)
101-200	1.452	45,6	1.736	54,5	0,63 (0,59-0,67)
≥ 201	750	26,3	2.107	73,8	0,36 (0,33-0,40)
Regiões geográficas					
Sudeste	1.018	45,9	1.199	54,1	1,0
Nordeste	1.790	60,3	1.180	39,7	1,31 (1,12-1,54)
Norte	1.361	60,1	902	39,9	1,31 (1,10-1,56)
Sul	1.447	48,0	1.567	52,0	1,05 (0,87-1,26)
Centro-Oeste	816	41,6	1.145	58,4	0,91 (0,75-1,10)
Local de residência					
Urbano	5.573	50,6	5.439	49,4	1,0
Rural	855	60,8	552	39,2	1,20 (1,07-1,34)
Porte do município					
<10 mil	2.402	59,9	1.608	40,1	1,0
10-100 mil	2.820	50,8	2.728	49,2	0,85 (0,76-0,94)
> 100 mil	1.210	42,2	1.657	57,8	0,71 (0,62-0,80)
<i>Fatores de necessidade de tratamento</i>					
Necessidade de tratamento auto-referida					
Percepção de necessidade					
Não	1.137	44,6	1.410	55,4	1,0
Sim	5.274	53,6	4.570	46,4	1,20 (1,11-1,30)
Auto-avaliação de saúde					
Ótimo/bom	2.258	46,8	2.572	53,3	1,0
Regular	2.452	52,6	2.209	47,4	1,13 (1,07-1,19)
Ruim/Péssimo	1.543	58,0	1.117	42,0	1,24 (1,16-1,33)

Continuação da Tabela 1

Queixa de dor de dente/ gengival					
Não	3.953	48,8	4.152	51,2	1,0
Sim	2.478	57,4	1.841	42,6	1,18 (1,12-1,23)
Necessidade de tratamento diagnosticada pelo profissional					
Necessidade de prótese					
Não	1.239	39,5	1.897	60,5	1,0
Sim, parcial	4.759	54,8	3.922	45,2	1,39 (1,30-1,49)
Sim, total	389	71,8	153	28,2	1,82 (1,66-1,99)
Presença de alteração de tecido mole					
Não	5.629	51,6	5.275	48,4	1,0
Sim	759	52,4	689	47,6	1,02 (0,93-1,11)
Total de dentes necessitando de tratamento					
Nenhum	1.494	42,4	2.026	57,6	1,0
1-3	2.185	51,6	2.051	48,4	1,22 (1,13-1,31)
4 ou mais	2.135	60,5	1.394	39,5	1,43 (1,30-1,57)
Não se aplica	618	54,2	522	45,8	1,28 (1,15-1,41)
Problemas periodontais					
Hígido	1.267	45,4	1.522	54,6	1,0
Cálculo/Sangramento	3.750	53,6	3.248	46,4	1,18 (1,09-1,27)
Bolsa	632	51,3	600	48,7	1,13 (1,00-1,27)
Outros (sextante excluído)	572	55,2	465	44,8	1,21 (1,10-1,34)
<i>Características da utilização do serviço</i>					
Motivo da visita					
Consulta de rotina	1.286	37,7	2.125	62,3	1,0
Problemas bucais	4.764	58,7	3.353	41,3	1,56 (1,42-1,71)
Outros	382	42,6	515	57,4	1,13 (0,99-1,30)
Recebimento de informação sobre saúde bucal					
Não	2.997	56,4	2.317	43,6	1,0
Sim	3.433	48,3	3.673	51,7	0,86 (0,81-0,91)
Avaliação do atendimento recebido					
Bom/Ótimo	5.366	50,4	5.286	49,6	1,0
Regular	726	61,5	455	38,5	1,22 (1,14-1,30)
Ruim/Péssimo	324	57,4	241	42,7	1,14 (1,00-1,29)

RP (IC95%): Razão de prevalências bruta,(Intervalo de Confiança 95%), obtidos pela regressão de Poisson.

Tabela 2 – Resultados da análise multivariada para as variáveis predisponentes, Projeto SB-BRASIL 2003 .

Variáveis	RP ajustada* IC (95%)	Valor de p **
Sexo		
Masculino	1,0	
Feminino	1,11 (1,07-1,16)	< 0,001
Idade		
35-39	1,0	
40-44	0,93 (0,89-0,96)	< 0,001
Escolaridade		
≥ 9 anos	1,0	
5-8	1,47 (1,37-1,58)	< 0,001
1-4	1,80 (1,65-1,96)	< 0,001
nenhuma	1,99 (1,80-2,20)	< 0,001

*Razão de Prevalências (Intervalo de Confiança 95%), ajustada por todas as variáveis da tabela

** Valor de p obtido pelo teste de Wald

Tabela 3 – Resultados da análise multivariada para os fatores capacitantes, ajustados entre si e pelos fatores predisponentes, Projeto SB-BRASIL 2003.

Variáveis	RP ajustada* IC (95%)	Valor de p **
<i>Fatores Predisponentes</i>		
Sexo		
Masculino	1,0	
Feminino	1,07 (1,03-1,11)	< 0,001
Idade		
35-39	1,0	
40-44	0,96 (0,93-1,00)	0,023
Escolaridade		
≥ 9 anos	1,0	
5-8	1,26 (1,18-1,35)	< 0,001
1-4	1,38 (1,29-1,49)	< 0,001
Nenhuma	1,43 (1,30-1,57)	< 0,001
<i>Fatores Capacitantes</i>		
Renda per capita (em Reais)		
Até 50	1,0	< 0,001
51-100	0,90 (0,86-0,94)	< 0,001
101-200	0,71 (0,67-0,76)	< 0,001
≥ 201	0,46 (0,41-0,50)	< 0,001
Regiões geográficas		
Sudeste	1,0	
Nordeste	1,21 (1,05-1,39)	0,007
Norte	1,18 (1,02-1,38)	0,030
Sul	1,18 (1,01-1,37)	0,032
Centro-Oeste	0,96 (0,82-1,14)	0,655
Local de residência		
Urbano	1,0	
Rural	0,98 (0,89-1,09)	0,739
Porte do município		
<10 mil	1,0	
10-100 mil	0,91 (0,83-1,00)	0,045
> 100 mil	0,84 (0,75-0,95)	0,003

* Razão de Prevalências (Intervalo de Confiança 95%), ajustada por todas as variáveis da tabela

** Valor de p obtido pelo teste de Wald

Tabela 4 – Resultados da análise multivariada para as necessidades de tratamento (auto-referidas e diagnosticadas pelo profissional), ajustadas entre si e pelos fatores predisponentes e capacitantes, Projeto SB-BRASIL 2003.

Variáveis	RP ajustada* IC (95%)	Valor de p**
<i>Fatores predisponentes</i>		
Sexo		
Masculino	1,0	
Feminino	1,07 (1,03-1,12)	0,001
Idade		
35-39	1,0	
40-44	0,98 (0,94-1,01)	0,153
Escolaridade		
≥ 9 anos	1,0	
5-8	1,21 (1,14-1,29)	<0,001
1-4	1,32 (1,24-1,41)	<0,001
Nenhuma	1,37 (1,25-1,50)	<0,001
<i>Fatores capacitantes</i>		
Renda per capita (em Reais)		
Até 50	1,0	
51-100	0,91 (0,86-0,95)	<0,001
101-200	0,73 (0,68-0,78)	<0,001
≥ 201	0,47 (0,43-0,52)	<0,001
Regiões geográficas		
Sudeste	1,0	
Nordeste	1,19 (1,03-1,37)	0,018
Norte	1,14 (0,98-1,33)	0,095
Sul	1,19 (1,02-1,39)	0,023
Centro-Oeste	0,96 (0,81-1,13)	0,589
Porte do município		
<10 mil	1,0	
10-100 mil	0,90 (0,82-0,99)	0,025
> 100 mil	0,83 (0,74-0,94)	0,003
<i>Fatores de necessidade de tratamento</i>		
Necessidade de tratamento auto-referida		
Percepção de necessidade		
Não	1,0	
Sim	1,04 (0,97-1,12)	0,231
Auto-avaliação de saúde		
Ótimo/bom	1,0	
Regular	1,03 (0,98-1,07)	0,234
Ruim/Péssimo	1,01 (0,95-1,07)	0,748
Queixa de dor de dente/gengival		
Não	1,0	
Sim	1,07 (1,03-1,11)	0,001

Continuação da Tabela 4

Necessidade de tratamento diagnosticada pelo profissional		
Necessidade de prótese		
Não	1,0	
Sim, parcial	1,20 (1,12-1,29)	<0,001
Sim, total	1,35 (1,24-1,48)	<0,001
Presença de alteração de tecido mole		
Não	1,0	
Sim	0,97 (0,90-1,04)	0,359
Total de dentes necessitando de tratamento		
Nenhum	1,0	
1-3	1,06 (1,00-1,13)	0,057
4 ou mais	1,12 (1,04-1,21)	0,002
Não se aplica	1,06 (0,94-1,20)	0,310
Problemas periodontais		
Hígido	1,0	
Cálculo/Sangramento	1,00 (0,95-1,06)	0,934
Bolsa	0,92 (0,84-1,02)	0,096
Outros (sexante excluído)	1,01 (0,91-1,12)	0,881

*Razão de Prevalências (Intervalo de Confiança 95%), ajustada por todas as variáveis da tabela

** Valor de p obtido pelo teste de Wald

Tabela 5 – Resultado final para a análise multivariada para as características do uso de serviços odontológicos, ajustadas entre si e pelos fatores predisponentes, capacitantes e necessidades de tratamento, Projeto SB-BRASIL 2003.

Variáveis	RP ajustada* IC (95%)	Valor de p**
<i>Fatores predisponentes</i>		
Sexo		
Masculino	1,0	
Feminino	1,09 (1,05-1,13)	<0,001
Escolaridade		
≥ 9 anos	1,0	
5-8	1,21 (1,14-1,29)	<0,001
1-4	1,31 (1,22-1,40)	<0,001
Nenhuma	1,34 (1,23-1,46)	<0,001
<i>Fatores capacitantes</i>		
Renda per capita (em Reais)		
Até 50	1,0	
51-100	0,92 (0,88-0,96)	<0,001
101-200	0,74 (0,70-0,79)	<0,001
≥ 201	0,49 (0,45-0,54)	<0,001
Regiões geográficas		
Sudeste	1,0	
Nordeste	1,17 (1,02-1,35)	0,028
Norte	1,13 (0,97-1,32)	0,111
Sul	1,18 (1,01-1,38)	0,034
Centro-Oeste	0,94 (0,79-1,11)	0,458
Porte do município		
<10 mil	1,0	
10-100 mil	0,90 (0,82-0,99)	0,026
> 100 mil	0,84 (0,75-0,94)	0,002
<i>Fatores de necessidade de tratamento</i>		
Necessidade de tratamento auto-referida		
Queixa de dor de dente/gengival		
Não	1,0	
Sim	1,05 (1,01-1,09)	0,017
Necessidade de tratamento diagnosticada pelo profissional		
Necessidade de prótese		
Não	1,0	
Sim, parcial	1,19 (1,11-1,27)	<0,001
Sim, total	1,31 (1,21-1,41)	<0,001
Total de dentes necessitando de tratamento		
Nenhum	1,0	
1-3	1,06 (0,99-1,12)	0,084
4 ou mais	1,11 (1,03-1,19)	0,004
Não se aplica	1,08 (0,99-1,19)	0,084

Continuação da Tabela 5

Características da utilização do serviço odontológico

Motivo da visita

Consulta de rotina	1,0	
Problemas bucais	1,17 (1,09-1,25)	<0,001
Outros	0,93 (0,84-1,05)	0,233

Recebimento de informação sobre saúde bucal

Não	1,0	
Sim	1,02 (0,98-1,06)	0,418

Avaliação do atendimento recebido

Bom/Ótimo	1,0	
Regular	1,17 (1,11-1,24)	<0,001
Ruim/Péssimo	1,08 (0,95-1,23)	0,252

*RP ajustada IC (95%): ajustada por todas as variáveis do modelo.

**Valor de p obtido pelo teste de Wald

5 Considerações finais

O presente trabalho pretendeu investigar as características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira, utilizando para tal os dados coletados pelo Projeto SB-BRASIL 2003. Os dados utilizados são abrangentes e ricos, na medida em que incluem registros de exames clínicos, além daqueles decorrentes de aplicação de questionário. Ademais, trata-se do primeiro estudo epidemiológico, de abrangência nacional, que compara a utilização de serviços odontológicos públicos e privados, pela população adulta.

No geral, nossos resultados assemelham-se aos verificados em estudos internacionais, especialmente no que diz respeito à uma maior demanda dos serviços públicos pela população menos favorecida socioeconomicamente e que apresentava maiores necessidades de tratamento; em nosso estudo, a população usuária do serviço público avaliou o atendimento recebido como regular. Essa situação de grande necessidade acumulada reflete o histórico apartamento desse segmento populacional da atenção à saúde bucal em nosso país e coloca um grande desafio ao SUS, considerando o seu papel na redução das desigualdades e de provimento de acesso universal ao cuidado integral.

A expectativa é que as recentes transformações no cenário da atenção à saúde bucal no Brasil (integração da saúde bucal à Estratégia de Saúde da Família, criação dos Centros de Especialidades Odontológicas e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária), associadas às ações preventivas em curso há mais tempo (fluoretação da água de abastecimento público), promovam uma alteração positiva no quadro de saúde da população adulta brasileira. Nesse sentido, talvez os inquéritos de saúde bucal subsequentes (como o SB-BRASIL 2010 que se inicia) possam nos trazer evidências de mudanças positivas das condições de saúde bucal dessa população.

6 Referências Bibliográficas

- 1 - Costa JFR, Chagas LD, Silvestre RM, organizadores. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2006. 67 p. (Série técnica desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; 11). Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5545.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2010.
- 2 - Groisman S, Moraes NM, Chagas LD. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Cadernos da ABOPREV II, maio. 2005. Disponível em: < <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5517.pdf> >. Acesso em: 15 fev. 2010.
- 3 - Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. 147 p. Brochura, 18 cm. (Temas em Saúde). ISBN 978-85-7541-155-1. Biblioteca de Ciências da Saúde Prof Zigman Brener – <http://netra.cpqrr.fiocruz.br/ph182/index.html>
- 4 – Moysés ST, Krieger L, Moysés SJ, coordenadores. Saúde Bucal nas Famílias: Trabalhando com Evidências. São Paulo: Artes Médicas; 2008.
- 5 – Werneck MAF. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niterói, 1994. 186 p. Tese (Doutorado em Odontologia Social) – Universidade Federal Fluminense; 1994.
- 6 - Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. Cad Saude Publica 2008;24(2):241-6.
- 7 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. Brasília: MS, 2008. 92 p. ISBN 85-334-1228-2. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf >. Acesso em: 15 fev. 2010.
- 8 - Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 5. ed. São Paulo: Santos; 2008.

9 - Oliveira AGRC, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. Ação coletiva 1999 Jan/Mar;2(1):9-14.

10 - Moysés SJ. Saúde Bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. ISBN 978-85-7541-157-5. p.705-34. Biblioteca de Ciências da Saúde Prof. Zigman Brener - <http://netra.cpqrr.fiocruz.br/ph182/index.html>

11 – Mendes EV. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. Cad Saude Publica 1986 Out/Dez; 2(4): 533-52.

12 – Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

13 – Brasil. Lei nº. 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. Brasília, 20 set 1990. Seção 1, p. 18055-59.

14 – Declaração de Alma-Ata In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978 set 6-12; Alma-Ata, URSS Disponível em: < <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> >. Acesso em: 23 nov. 2009.

15 - Relatório Final In: 8ª Conferência Nacional de Saúde. 1986 mar 17-21; Brasília, Brasil. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf >. Acesso em: 24 nov. 2009.

16 – Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Diário Oficial da União. Brasília, 29 dez 2000; seção 1, p.85.

17 – Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 267, de 07 de março de 2001. Aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Diário Oficial da União. Brasília, 07 mar 2001; seção 1, p.67.

18 – Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 16 p.

19 - Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº. 1.570, de 29 de julho de 2004. Estabelece critérios, normas e requisitos para a implantação e habilitação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias. Diário Oficial da União. Brasília, 30 jul 2004; seção 1, p. 71-2.

20 – Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica [homepage na internet]. Saúde da Família. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/> >. Acesso em: 23 mar. 2010.

21 – Oliveira, AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA, editores. Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.32-48.

22 - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

23 – Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 - resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 (MS. Projetos, Programas e Relatórios). 68 p.

24 - Christensen LB, Petersen PE, Steding-Jessen M. Consumption of dental services among adults in Denmark 1994-2003. Eur J Oral Sci 2007;115:174-79.

25 – Luzzi L, Spencer J. Factors influencing the use of public dental services: An Application of the Theory of Planned Behaviour. BMC Health Serv Res 2007 Oct; 8:93. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-93> >. Acesso em: 23 dez. 2009.

26 – Nguyen L, Häkkinen U. Choices and utilization in dental care Public vs. private dental sectors, and the impact of a two-channel financed health care system. Eur J Health Econom 2006; 51:99-106

27 - Brennan DS, Luzzi L, Roberts-Thomson KF. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia. BMC Health Serv Res [periodico na internet] 2008 Jan ;8(1) Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-8-1.pdf> >. Acesso em: 23 dez. 2009.

28 – Hancock M, Calnan M, Manley G. Private or NHS General Dental Service care in United Kingdom? A study of public perceptions and experiences. J Public Health Med. 1999 Dec; 21(4):415-20. PubMed PMID: 11469364.

29 – Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. Cad Saude Publica 2009 Maio;25(5):1063-72.

30 – Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Mercenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. Rev Saude Publica 2004;38(3):453-8.

31 – Manhães ALD, Costa AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad Saude Publica 2008 Jan;24(1):207-18.

32 – Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. Cien Saude Colet 2006;11(4):999-1010.

33 - Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. Cad Saude Publica 2009;25(9):1894-1906.

34 - Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de Base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. Cad Saude Publica 2001;17(3):661-68.

- 35 - Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet* 2002;7(4):709-17.
- 36 - 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 Ago;23(8):1803-14.
- 37 - Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1973;51:95-124.
- 38 - Roncalli AG, Frazão P, Patussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. *Rev Bras Odont Saude Coletiva* 2000;1(2):9-25.
- 39 – Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000. Manual do coordenador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 53 p.
- 40 - World Health Organization. *Oral Health Surveys: Basic methods*. 4th ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.
- 41 – Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000. Manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 49 p.
- 42 - Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarquical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26(1):224-27.
- 43 - Fuchs SC, Victora CG, Fachel J. Modelo hierarquizado: uma proposta de modelagem aplicada à investigação de fatores de risco para diarreia grave. *Rev Saude Publica* 1996;30(2):168-78.