UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

DEBORAH ELLEN WANDERLEY GOMES FREIRE

ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO

CAMPINA GRANDE
2018

DEBORAH ELLEN WANDERLEY GOMES FREIRE

ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública,

Área de Concentração Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares
Coorientadora: Profa. Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F866a Freire, Deborah Ellen Wanderley Gomes.
Acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em município brasileiro [manuscrito] : / Deborah Ellen Wanderley Gomes Freire. - 2018.
87 p.

Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares, Departamento de Odontologia - CCBS."
"Coorientação: Profa. Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga, Departamento de Odontologia - CCBS.""

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Serviços de Saúde Bucal. 3. Acesso aos serviços de saúde.

21. ed. CDD 614

DEBORAH ELLEN WANDERLEY GOMES FREIRE

ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento aos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 02/04/2018

BANCA EXAMINADORA

Assinatura: _____

Prof.(a.) Dr.(a.) Renata de Souza Coelho Soares

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura _____

Prof. Dr. Alessandro Leite Cavalcanti

Instituição: Universidade Estadual da Paraíba

Assinatura: _____

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Instituição: Universidade Federal da Pernambuco

Este trabalho é dedicado à minha família, a quem devo tudo o que sou e tudo que tenho, o bem mais precioso que tenho nessa vida.

Agradecimentos

*Ao Senhor meu **Deus**, pelo dom da vida; por seu amor incondicional; por ouvir minhas preces em todos os momentos de dificuldades e tristeza; por me prover todos as bênçãos, oportunidades e alegrias que é a vida.*

*Aos meus pais, **Laura e Salomão**, por serem minha fortaleza e farol nas horas mais escuras, por ainda segurarem minha mão nas horas difíceis e nunca permitir que eu desista dos meus sonhos. Obrigada por quem eu sou, não poderia ter tido um exemplo melhor de honestidade, integridade e honradez para me espelhar.*

*Ao meu esposo **Leandro**, pelo amor, atenção e compreensão, especialmente ao longo dos meses de separação física. Cada vitória sua, cada conquista minha será sempre nossa.*

*À minha irmã **Beatriz**, minha melhor amiga, por sempre me incentivar a seguir em frente mesmo quando nem eu acreditei em mim.*

*Aos meus **avós**, anjos que o Senhor colocou na minha vida, fonte inesgotável de alegria e paz.*

*À minha orientadora Professora Dra. **Renata Coelho**, por todo apoio, compreensão, carinho e paciência nessa jornada. Obrigada por cada exemplo, cada ensinamento, experiência e amizade que, sem dúvida, me tornaram uma pessoa e profissional melhor. Obrigada por ter acreditado em mim e pela confiança que teve ao aceitar me acompanhar nesse período; levarei tudo isso para sempre no meu coração.*

*À **Professora Dra. Renata Rocha** por ter inicialmente acreditado em mim, ainda na graduação, e continuar acreditando até hoje, vibrando a cada conquista como se fosse sua; obrigada por sua amizade e ao mesmo tempo atenção de mãe que muito me estima.*

*Aos professores **Dr. Alessandro Leite Cavalcanti e Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes**, por aceitarem participar como membros da banca e pelas contribuições que fizeram desde o nosso projeto, que somaram para aperfeiçoar nosso trabalho.*

*À Professora **Dra. Andreia Cardoso**, por toda ajuda com a estatística do nosso trabalho, parte fundamental desse processo.*

*Ao **Programa de Pós-graduação em Saúde Pública** e aos seus **professores** que tanto contribuíram para mais essa formação. Agradeço por me fazerem reafirmar minha paixão pela docência e, principalmente, pela saúde coletiva.*

*Aos meus sogros, **Aglae e Fernando**, por torcerem por mim e por todo apoio e carinho que sempre me deram.*

*À **Secretaria Municipal de Saúde de Patos-PB**, por ter permitido a realização desta pesquisa.*

*Aos alunos de iniciação científica do curso de odontologia da UEPB, **Vanessa, Allyson e Antares**, que enfrentaram as dificuldades da pesquisa de campo e sem os quais jamais teria conseguido finalizar este trabalho a tempo. Serei eternamente grata por toda contribuição, pelos trabalhos apresentados e pela amizade.*

"Todo mundo quer viver em cima da montanha, sem saber que a verdadeira felicidade está na forma de subir a escarpada."

Gabriel García Marquez

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acesso aos serviços odontológicos vem aumentando nos últimos anos, todavia, melhorias ainda são necessárias para que se consolidem políticas capazes de diminuir as desigualdades em saúde bucal. O monitoramento das condições de saúde, do acesso e da utilização desses serviços é importante para uma melhor orientação das políticas públicas no país. **OBJETIVOS:** Avaliar o acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde Família. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Tratou-se de um estudo quantitativo e analítico, com desenho do tipo transversal, de base populacional, realizado no município de Patos-PB. A amostra, do tipo probabilística, compreendeu 609 indivíduos. A seleção da amostra se deu em múltiplos estágios, seguindo o fluxo: setores censitários – domicílios – indivíduos, considerando as áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Para coleta de dados foi utilizada a técnica de observação direta intensiva através de formulário digital, adaptado a partir da agregação de formulários previamente validados. Após a coleta de dados, foi realizada análise estatística descritiva dos dados através do programa SPSS versão 20.0 e, em seguida, foram testadas as associações, utilizando-se o Qui-quadrado de Pearson, considerando como significante o nível de 5%. A partir disto foi criada uma variável dicotômica com o objetivo de utilizar a análise de regressão de Poisson bivariada e multivariada com variância robusta ($\alpha<0,05$) foi utilizada para determinar a associação entre a variável dependente *obtenção do acesso pleno aos serviços de saúde bucal* e as variáveis independentes. As variáveis com valor de $p <0,05$ na análise ajustada foram mantidas no modelo final de regressão. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino, na faixa etária correspondente a adultos em fase reprodutiva (25-49 anos), casados ou com companheiros, com nível de escolaridade de até o ensino fundamental completo, renda familiar de até 1 salário mínimo e sem cadastro em programas de renda mínima. Nos dois anos anteriores à pesquisa houve uma maior utilização do serviço odontológico particular. Na análise bivariada, as variáveis que estiveram associadas ao acesso foram: idade do respondente ($p<0,001$), renda do respondente e familiar ($p<0,001$), escolaridade ($p<0,001$), autopercepção de saúde bucal ($p=0,028$) e dor de na vida ($p=0,012$) e nos últimos seis meses ($p=0,023$). Não apresentaram associação: sexo do indivíduo e cadastro em programa de renda mínima. No modelo multivariado, permaneceu associada a variável idade do indivíduo, na qual indivíduos mais jovens tiveram mais chance de terem um acesso amplo às ações de saúde bucal. **CONCLUSÕES:** Os resultados mostram que, apesar dos avanços relacionados à ampliação do acesso aos serviços odontológicos, ainda assim não é possível garantir a equidade e integralidade do cuidado. Ainda perduram desigualdades de acesso, percebendo-se que o aumento da cobertura das Equipes de Saúde Bucal, por si só, não representou uma mudança no processo de trabalho, uma vez que muito ainda precisa ser feito para reduzir as iniquidades e ampliar o acesso às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais no município em questão.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Serviços de Saúde Bucal; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Access to oral health services has been increasing in recent years; However, improvements are still necessary to consolidate policies that are capable on reducing inequalities in oral health. Monitoring health conditions, access and use of these services is important in order to better guide public policies in the country. **OBJECTIVES:** To evaluate the effective access to oral health services in areas covered by the Family Health Strategy (ESF). **MATERIALS AND METHODS:** This study was a quantitative and analytical one, with a cross-sectional, population-based design, carried out in the city of Patos-PB. The sample was a probabilistic one and consisted in 609 individuals. The selection of the sample occurred in multiple stages, following the flow: census sectors - households - individuals, considering the areas covered by the Family Health Strategy. For the collection of data, it was used an intensive direct observation technique through a digital form adapted from the aggregation of previously validated forms. After the data collection, a descriptive statistical analysis of the data was performed using the software SPSS version 20.0 and then the associations were tested using Pearson's Chi-square, considering a level of 5% as significant. From this, a dichotomous variable was created aiming to use bivariate and multivariate Poisson regression analysis with robust variance ($\alpha < 0.05$) to determine the association between the dependent variable *obtaining full access to health services* and the independent variables. A hierarchical approach procedure was used in the multivariate regression model to select the variables that reached a value of $p < 0.20$ in the bivariate analysis. The variables with p-value <0.05 in the adjusted analysis were maintained in the final regression model. **RESULTS:** The sample consisted mostly of female subjects, in the age group corresponding to adults in the reproductive phase, married or with a partner, with a level of education up to the complete primary education, familiar income of up to1 minimum salary and with no registration in minimum income programs. In the two years before the survey there was a greater use of private oral health service. In the bivariate analysis, the variables that were associated with access were: respondent's age ($p<0.001$), respondent and familiar income ($p<0.001$), education level ($p<0.001$), self-perception of oral health ($p=0.028$) and toothache report in life ($p=0.012$) and in the last 6 months ($p=0.023$). There was no association: gender of the individual and register in a minimum income program. In the multivariate model, remained the association with the variable respondent's age, in which younger individuals had more chance to get a full access to oral health actions. **CONCLUSIONS:** The results show that, despite the advances related to the expansion of access to oral health services, it is still not possible to guarantee the equity and integrality of care. There are still inequalities in the access, and we realize that the increase in the coverage of the Oral Health Teams did not represent, in fact, a change in the work process, since much still needs to be done to reduce inequities and increase access to actions of health promotion and prevention of oral diseases in this city.

Keywords: Family Health Strategy; Oral Health Services; Access to health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo comportamental para a utilização dos serviços de saúde..... 20

Figura 2 Estrutura para o estudo do acesso..... 21

Figura 3 Modelo emergente para a utilização dos serviços de saúde..... 22

Figura 4 Localização do município de Patos no estado da Paraíba..... 30

Figura 5 Tela do Aplicativo Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal com a relação dos Bairros com cobertura de PSF..... 36

Figura 6 Tela de Entrevistas do Aplicativo..... 37

Figura 7 Fluxograma do Estudo..... 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 **Caraterização da amostra segundo o acesso ao serviço odontológico. Patos, Paraíba, Brasil, 2017**……..... 61

Tabela 2 **Distribuição e valor de p das variáveis independentes em relação ao Acesso obtido aos Serviços de Saúde Bucal (SB). Patos, Paraíba, Brasil, 2017**..... 62

Tabela 3 **Distribuição e valor de p das variáveis independentes em relação ao Acesso obtido aos Serviços de Saúde Bucal (SB). Patos, Paraíba, Brasil, 2017**..... 64

Tabela 4 **Modelos bivariado e multivariado de regressão de Poisson para a obtenção do acesso pleno aos serviços de saúde bucal e as variáveis independentes. Patos, Paraíba, Brasil, 2017**..... 65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Relação dos Distritos Gerais Administrativos de Patos e número de UBSF implantadas. Patos, Paraíba, Brasil, 2017..... 29

Quadro 2 Descrição das variáveis individuais do estudo, baseado no modelo de Andersen (2008)..... 36

Quadro 3 Descrição das variáveis de comportamento em saúde, baseado no modelo de Andersen (2008)..... 37

Quadro 4 Variáveis dependentes, definição e operacionalização..... 39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASSB – Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CD – Cirurgião-dentista

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

DGA – Distritos Gerais Administrativos

ESB – Equipe Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PDR – Plano Diretor Regional

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

SB – Saúde Bucal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 16
1.1 CONCEITOS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E MODELOS EXPLICATIVOS..... 16
1.1 Modelos explicativos para o acesso aos serviços de saúde..... 18
1.2 OS DESAFIOS DO ACESSO A NÍVEL NACIONAL..... 21
1.2.1 Panorama do acesso aos serviços odontológicos..... 22
2. OBJETIVOS..... 27
2.1 OBJETIVO GERAL..... 27
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 27
3. MATERIAIS E MÉTODOS..... 28
3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA..... 28
3.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO..... 30
3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO..... 29
3.3.1 População..... 30
3.3.2 Tamanho e seleção da amostra..... 30
3.3.3 Critério de inclusão..... 31
3.3.4 Critério de exclusão..... 31
3.3.5 Critério de perda..... 31
3.3.6 Estudo Piloto..... 31
3.4 COLETA DE DADOS..... 32
3.4.1 Abordagem aos participantes da pesquisa..... 32
3.4.2 Técnica de pesquisa..... 33
3.4.3 Instrumentos de coleta de dados..... 33
3.4.4 Formulário digital AASSB..... 33
3.4.5 Elenco das variáveis..... 35
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS..... 39
3.5.1 Estatística descritiva..... 40
3.5.2 Estatística analítica/inferencial..... 40
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS..... 40
3.7 FLUXOGRAMA DO ESTUDO..... 42

4. RESULTADOS..... 43
4.1 ARTIGO..... 43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 67
REFERÊNCIAS..... 69
ANEXOS..... **74**
APÊNDICES..... **78**

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONCEITOS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E MODELOS EXPLICATIVOS

Pesquisas científicas têm demonstrado fragilidade em conceituar o acesso aos serviços de saúde e na forma de mensurá-lo. (SANCHEZ, CICONELLI, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004). O termo acessibilidade considera um sentido mais abrangente do acesso, incluindo características relacionadas à oferta de serviços que garantam o suprimento das necessidades da população, indo além da mera existência ou disponibilidade de recursos, incluindo como facilitadores ou dificultadores neste processo, os fatores sócio organizacionais e geográficos (DONABEDIAN, 1973)

Algumas classificações ainda equiparam o acesso às características da população (renda, cobertura de seguro, entre outros) e o mensuram através de indicadores de resultado (utilização do serviço de saúde). Portanto, ter acesso significa que os serviços estão disponíveis quando e em qualquer lugar que o paciente necessite, estando o ponto de entrada no sistema bem definido. (ADAY, ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1995).

Pinheiro e Torres (2006) consideraram que o acesso esteja relacionado à percepção de necessidades de saúde pelo indivíduo e sua conversão à busca pelos serviços de saúde e sua utilização. Assim como para Travassos e Castro (2004), entendendo que o acesso corresponde a um fator que está entre a procura e a entrada nos serviços de saúde, o mesmo se expressa em quatro dimensões: disponibilidade, capacidade de pagar, informação e aceitabilidade.

A **disponibilidade** é a existência de serviços, equipamentos e recursos humanos, de forma apropriada às necessidades e no momento em que o indivíduo precisa, ou a relação geográfica entre os serviços e o indivíduo. Ela pode ser avaliada por indicadores como: tipo de serviço utilizado, local onde o cuidado foi recebido, objetivo do cuidado, porcentagem da população que visitou o serviço em um intervalo de tempo, número de leitos e equipamentos. Essa característica é a mais importante para que a utilização ocorra de fato, correspondendo à entrada no sistema de saúde. No entanto, essa

dimensão não garante por si só o acesso e nem o mensura adequadamente. (TRAVASSOS; CASTRO, 2004; SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

A segunda dimensão é a **capacidade de pagar,** que corresponde à relação entre o custo dos serviços de saúde e a capacidade de o indivíduo arcar com os custos destes. São indicadores: fonte de renda, cobertura de seguro-saúde e custos diretos e indiretos com a saúde. Cada vez mais as nações estão buscando fontes de financiamento que garantam um acesso igualitário e universal para toda a população (SANCHEZ; CICONELLI, 2012), sendo a cobertura universal uma tentativa de reduzir as barreiras financeiras que dificultam o acesso (TRAVASSOS; CASTRO, 2004).

A dimensão **informação** é o equilíbrio entre o conhecimento do profissional de saúde e do usuário. Ou seja, ambas as partes detêm informações significativas, sendo estas suficientes para que os usuários consigam utilizar o sistema de forma adequada e consiga ter suas necessidades atendidas. São indicadores de informação: escolaridade, conhecimento e fontes de informação (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Essas informações atuam como facilitadores do uso dos serviços e têm influência tanto no acesso, quanto na percepção que os indivíduos têm de sua saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2004).

A última dimensão, **aceitabilidade**, é também a menos tangível e corresponde à forma como os serviços são percebidos pelos indivíduos. Essa dimensão também é influenciada pelos aspectos culturais e educacionais destes, sendo que cada indivíduo pode perceber as barreiras de acesso de forma diferente. São indicadores: crenças em saúde, conhecimento sobre cuidados em saúde, confiança no sistema, entre outros (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

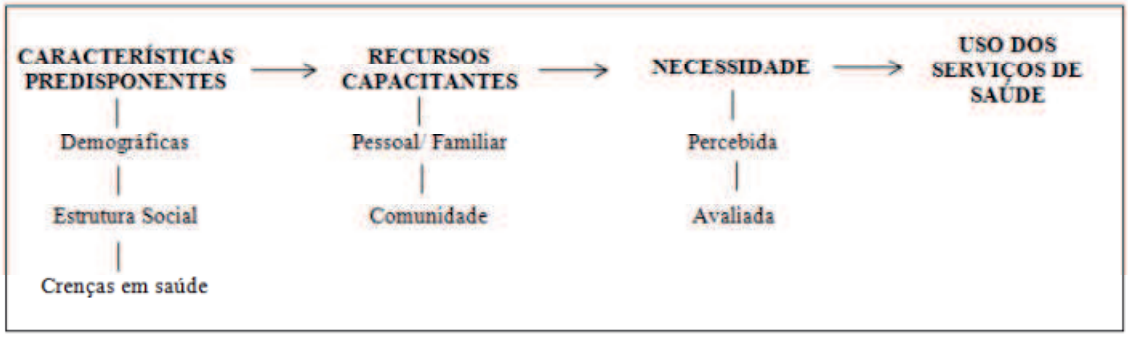
Cada dimensão é acompanhada de indicadores que podem mensurar se existem desigualdades no acesso aos serviços de saúde e estes indicadores são classificados em: 1) indicadores de processo, que refletem características que interferem na entrada no sistema e na satisfação dos usuários; 2) indicadores de resultado, que são a utilização e a satisfação que refletem o produto final no que diz respeito ao acesso e incluem descritores objetivos e subjetivos da entrada e passagem pelo sistema (ADAY; ANDERSEN, 1974).

1.1.1 Modelos explicativos para o acesso aos serviços de saúde

Os modelos explicativos para o acesso e a utilização dos serviços têm o objetivo de descobrir condições que possam facilitar ou impedir o uso dos serviços. Esses modelos partem do princípio de que o acesso é definido em termos multidimensionais que, em maior ou menor grau, influenciam na utilização (ANDERSEN, 1995).

Em 1973, Andersen e Newman sugeriram em seu modelo que a utilização dos serviços de saúde ocorre em função da sua predisposição em fazê-lo, recursos capacitantes do uso e sua necessidade de cuidado, em que cada componente contribui independentemente para explicar ou predizer o uso, levando em consideração tanto os determinantes sociais quanto individuais para utilização dos serviços (Figura 1).

Figura 1 – Modelo comportamental para a utilização dos serviços de saúde



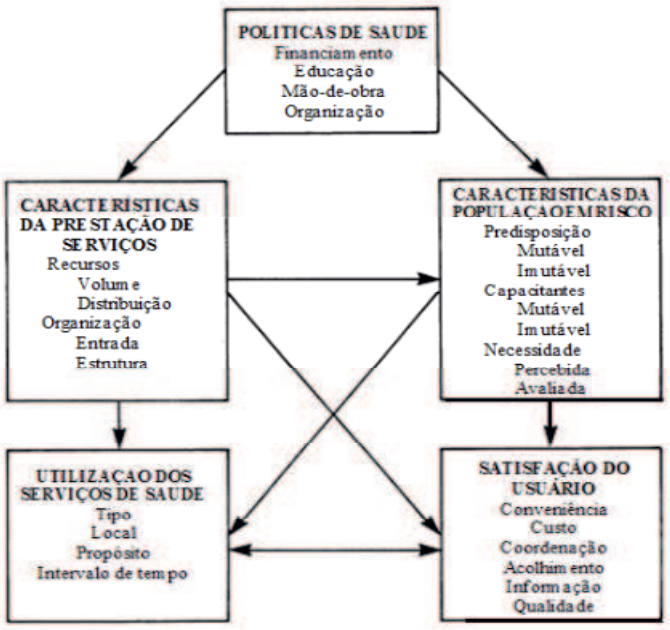
Fonte: Modelo de Andersen e Newman (1973), adaptado por Andersen (1995)

As **características predisponentes** representam a propensão que um indivíduo tem de utilizar o serviço mesmo antes de surgir um episódio da doença. Elas são representadas pelas características: 1) demográficas, como idade e sexo; 2) da Estrutura Social, como escolaridade e ocupação e; 3) Crenças em saúde, que são atitudes ou crenças sobre cuidado em saúde, saúde e doenças. Já os **recursos capacitantes** devem estar presentes para que a utilização ocorra. Esse fator está relacionado à disponibilidade de recursos humanos e estabelecimentos de saúde (comunidade) e os meios individuais ou familiares, como renda, seguro de saúde, fonte regular de cuidado e tempo de espera. A **necessidade** considera como as pessoas enxergam seu estado de saúde e como enfrentam sintomas da doença e dor e se seus problemas são suficientes

para procurar o cuidado (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; ANDERSEN, 1995; TRAVASSOS; CASTRO, 2004).

No ano seguinte, Aday e Andersen (1974) passaram a considerar a disposição do indivíduo em procurar o cuidado. A quantidade e a qualidade do uso dos serviços de saúde pelo indivíduo são afetadas por fatores individuais e do sistema, os quais podem ser facilitadores ou inibidores do acesso (quando, por quanto tempo e por que o indivíduo procurou o serviço). Ou seja, o acesso é considerado um indicador social tanto do processo, do comportamento e dos resultados da passagem do indivíduo pelo sistema de saúde. Destaca-se a importância em se avaliar os aspectos econômicos e organizacionais juntos, como um esforço maior para identificar o sucesso das políticas existentes ou para prever a efetividade de estratégias propostas para melhorar o acesso e a satisfação do usuário com os serviços de saúde (Figura 2).

Figura 2 – Estrutura para o estudo do acesso

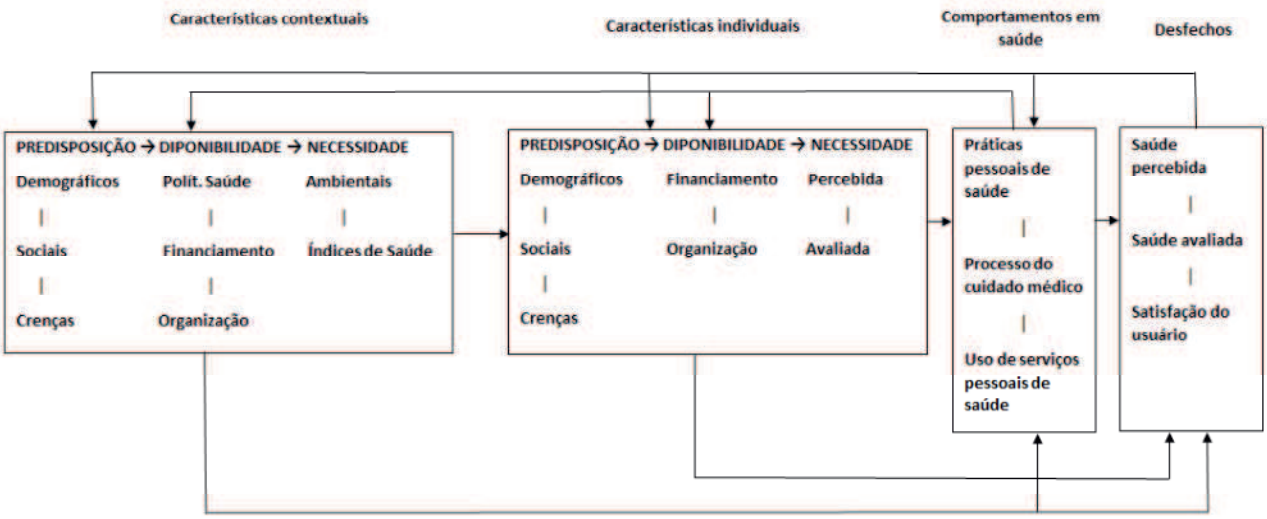


Fonte: Adaptado de Aday e Andersen (1974).

Para Andersen (1995), o acesso seria influenciado pela predisposição do indivíduo para utilizar o serviço de saúde (características demográficas, estrutura social e crenças), e ainda por fatores capacitantes, os quais permitiriam ou impediriam o uso dos serviços (renda, seguro de saúde, disponibilidade de serviços, distância e tempo de espera) e pela necessidade de saúde do indivíduo. Ao longo dos anos, também ficou evidenciada a importância que as características do sistema de saúde como as políticas nacionais de saúde, os recursos e a organização dos serviços, bem como fatores relacionados ao indivíduo como a saúde percebida, avaliada e a "satisfação do usuário" exercem influência sobre o uso dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995; ANDERSEN, 2008).

Nesta última fase do modelo de Andersen (2008) a natureza dinâmica e recursiva do uso dos serviços de saúde fica evidenciada, e os desfechos do cuidado em saúde, os aspectos relacionados às características contextuais, individuais e os comportamentos em saúde, interagem entre si influenciando nos resultados de saúde (Figura 3).

Figura 3- Modelo emergente para a utilização dos serviços de saúde



Fonte: Adaptado de Andersen (2008)

Quanto às medidas de acesso propostas ao longo do tempo, Andersen (1995), sugere a classificação em: **Acesso potencial** – caracterizado pela presença de recursos capacitantes (a disponibilidade de recursos fornece os meios para utilização e,

consequentemente, aumenta a probabilidade de ela ocorrer); **Acesso realizado** – corresponde à verdadeira utilização dos serviços; **Acesso equitativo** – ocorre quando a variação na utilização é ajustada por variáveis demográficas e de necessidade e; **Acesso desigual** – ocorre quando a utilização é determinada pela estrutura social, crenças em saúde e fatores capacitantes.

O **acesso efetivo** corresponde ao acesso que possibilita uma melhora no estado de saúde de um indivíduo ou sua satisfação com os serviços, ou seja, inclui o processo de cuidado. Já o **acesso eficiente** ocorre quando o nível de saúde ou a satisfação do usuário aumenta dependendo do volume de serviços recebidos (ANDERSEN, 1995; TRAVASSOS; CASTRO, 2004). Para explicar esses dois tipos de acesso são necessários também fatores relacionados aos serviços de saúde e aos profissionais, que estão relacionados à qualidade do cuidado recebido (TRAVASSOS; CASTRO, 2004).

A escolha das medidas de acesso varia de acordo com as características do sistema a ser avaliado. Por exemplo, países com maior participação do setor privado de seguro de saúde como nos Estados Unidos da América tem como um bom indicador de acesso potencial a cobertura de plano de saúde. No entanto, essa medida não pode ser aplicada corretamente como indicador em países com sistemas públicos de saúde universais. Além disso, para avaliar as desigualdades sociais no acesso, os índices precisam ser ajustados para evitar vieses ao se comparar grupos sociais distintos. São exemplos de variáveis sociais utilizadas nesses estudos: renda, educação, ocupação, gênero e raça (TRAVASSOS; CASTRO, 2004).

As pesquisas sobre os determinantes da utilização dos serviços de saúde vêm crescendo nos últimos anos e visam contribuir consideravelmente para um melhor diagnóstico da distribuição dos cuidados em saúde e para o desenvolvimento de políticas que possam reduzir as desigualdades existentes no acesso (ANDERSEN; NEWMAN, 1973; CHIAVEGATTO FILHO et al, 2015; ALMEIDA et al, 2017).

1.2. OS DESAFIOS DO ACESSO A NÍVEL NACIONAL

Apesar dos avanços nos últimos anos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde ainda se constitui como um grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS),

que preconiza a prática da equidade como forma de extinguir as iniquidades provocadas pelas condições sociais adversas (FIGUEIREDO et al, 2014).

As intensas desigualdades socioeconômicas presentes no país, juntamente com aspectos individuais, coletivos, históricos e contextuais, podem gerar dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade. Essas desigualdades se refletem na precariedade das condições de saúde da população, influenciando o acesso aos serviços de saúde, inclusive os de saúde bucal, e comprometendo a integralidade do cuidado e fazendo com que as necessidades de saúde não sejam completamente satisfeitas (SOARES; CHAVES; CANGUSSU, 2015; MOTTA et al, 2015; RODRIGUES; NERI, 2012).

Quando não existe planejamento para que os programas e benefícios sejam universalizados e direcionados para os grupos com mais necessidade, as desigualdades em saúde são intensificadas, efeito denominado "lei do cuidado inverso ou da equidade inversa em saúde", levando ao favorecimento do acesso à saúde àqueles que possuem melhor condição socioeconômica. Assim, os fatores que impedem o acesso e que são considerados injustos, desnecessários e evitáveis são chamados de "iniquidades em saúde" (CARNUT et al 2011; ANTUNES; NARVAI, 2010).

Reconhecendo-se, portanto, que famílias em situações de exclusão social tornam-se mais vulneráveis às condições de saúde precárias, é preciso informações acerca das condições de vida da população que devem servir como base para analisar a situação saúde-doença de cada coletividade, incluindo, também, a programação de ações voltadas para quem mais necessita (CARNUT et al, 2011, FIGUEIREDO et al, 2014).

Ao avaliar o acesso aos serviços de saúde nos últimos anos, alguns autores têm verificado que em todo o Brasil houve ampliação deste. Porém, ainda percebe-se que os indivíduos com menor nível socioeconômico apresentam menores índices de utilização dos serviços (ANDRADE et al, 2013; VIACAVA; BELLIDO, 2016).

1.2.1 Panorama do acesso aos serviços odontológicos

Desde a garantia de acesso aos serviços odontológicos pela Constituição de 1988, através do reconhecimento da saúde bucal como um importante componente da saúde de um indivíduo, a expansão dos serviços odontológicos no âmbito do SUS

encontrou barreiras, como a escassez de recursos e a oferta limitada de serviços (ANTUNES; NARVAI, 2010). Apesar dos avanços já obtidos, muitos brasileiros ainda não têm pleno acesso aos serviços odontológicos, sendo este marcado por intensas desigualdades (ESPOSTI et al, 2016; BARROS; BERTOLDI, 2002).

Diversas iniciativas foram surgindo, na tentativa de romper com o modelo tradicional assistencialista, pautadas no atendimento a grupos prioritários e de urgência, a exemplo da inserção das equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e a Política Nacional de Saúde bucal (PNSB) (CASOTTI et al, 2014). Esta política tinha como proposta impulsionar uma mudança nas práticas de Saúde Bucal, até então pautadas no curativismo, direcionando-as para um modelo mais centrado no coletivo e em práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais, como educação em saúde e levantamentos epidemiológicos (AQUILANTE; ACIOLE, 2015; ANTUNES; NARVAI, 2010).

No entanto, os estudos mostram que, mesmo após investimentos do governo federal e com o aumento das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), não há mudanças no processo de trabalho, sendo ainda priorizados os grupos infantis e as iniquidades de acesso às ações de saúde bucal permanecem, faltando planejamento e organização das equipes para determinar quem necessita mais de atenção em sua área de atuação (ROCHA; GOES, 2008; PEREIRA et al, 2009; CARNUT et al, 2011; CAVALCANTI; GASPAR; GOES, 2012).

Segundo Antunes e Narvai (2010), políticas que propõem reduzir as desigualdades em saúde, muitas vezes, são fontes de desigualdades em sua implementação a nível nacional. Exemplo disso é a fluoretação das águas de abastecimento, que apresenta marcadas desigualdades regionais no país, com significativos avanços em regiões mais ricas, como a Sul e Sudeste. Além disso, muitos indivíduos não têm acesso à água de abastecimento, promovendo um aumento na diferença de prevalência entre as classes socioeconômicas diferentes.

Apesar do princípio da Universalidade, é necessário que haja planejamento das ações para que os recursos sejam destinados aos indivíduos ou grupos que apresentam mais necessidades em saúde e maiores dificuldades no acesso (ARAÚJO et al, 2009). Do contrário, grupos com melhores condições socioeconômicas conseguirão maiores vantagens das políticas vigentes (ANTUNES; NARVAI, 2010).

A busca por serviços odontológicos é frequente nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos mesmos têm sido apontadas nos estudos populacionais, constatando-se desigualdades de acesso ao serviço odontológico no SUS, especialmente entre as faixas etárias e entre as classes sociais (PERES et al, 2012). Percebe-se, portanto, que a equidade de acesso não se consolida apenas com a ampliação do acesso e da cobertura das ESBs (CAVALCANTI; GASPAR; GOES, 2012).

Investigar a associação entre indicadores da Atenção Primária à Saúde (APS) de saúde bucal e condições sociais e econômicas é particularmente importante para a formulação de políticas direcionadas à redução das desigualdades em saúde, sobretudo no acesso e utilização dos serviços. Verifica-se que pessoas com maior vulnerabilidade social são mais acometidas pelas morbidades em saúde bucal e têm maior acúmulo de necessidades (ROCHA; GOES, 2008; PERES et al, 2012; BARROS; BERTOLDI, 2002).

O acesso aos serviços de saúde bucal é influenciado por diversos fatores, dentre eles os aspectos sócio demográficos, socioeconômicos, comportamentais/ culturais, tipo de serviço oferecido (atenção primária ou secundária), infraestrutura, acolhimento do usuário, entre outros (PERES et al, 2012; AYACH, 2015).O fato de estar em faixas etárias menores e possuir renda e nível de escolaridade maior, pode determinar um maior acesso aos serviços, o que pode gerar maiores desigualdades em saúde (ROCHA; GOES, 2008; PERES et al, 2012; BARROS; BERTOLDI, 2002).

Em pesquisa realizada por Araújo et al (2009), constatou-se que houve maior utilização dos serviços por mulheres, na faixa etária correspondente a adultos, indivíduos com melhor nível socioeconômico e um maior nível de escolaridade. Há também, no país, uma priorização de faixas etárias mais baixas e uma menor procura pelos idosos. Alguns estudos justificam essa baixa procura pela crença desses indivíduos de que, devido à falta de dentes na cavidade, não há necessidade de atendimento, ou ainda pelas maiores dificuldades de deslocamento destes (ARAÚJO et al, 2009; BALDANI et al, 2010), além de ser influenciada por fatores sócio demográficos e culturais. O fato de utilizar prótese dentária influencia fortemente na utilização não recente dos serviços (BALDANI et al, 2010).

Em relação aos fatores que determinam o acesso, destacam-se, entre os predisponentes, sexo, idade, nível de escolaridade, tipo de domicílio, frequência de

higiene bucal. Não existe um consenso quanto à interferência na renda, sendo sugerido que esta não interfere na utilização dos serviços, uma vez que a ESF atua preferencialmente em áreas de baixa renda e que, removendo-se as barreiras referentes aos recursos financeiros, as taxas de utilização, não necessariamente, seriam igualadas (BALDANI et al, 2010).

Dentre as necessidades percebidas, a autopercepção de saúde bucal é considerada importante, sendo esta diretamente influenciada pelas condições de vida e trabalho do indivíduo, uma vez que aquelas qualificam a forma de pensar, sentir e agir a respeito da saúde por um indivíduo, assim como os valores e as crenças em saúde também determinam o comportamento individual em relação à saúde bucal (SILVA; FERNANDES, 2001).

Os dados sobre o módulo de acesso e utilização dos serviços de saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNADs) são bastante utilizados em estudos nacionais (BARROS; BERTOLDI, 2002; PERES et al, 2012; ANTUNES; NARVAI, 2010). As PNADs utilizam o conceito de acesso e utilização como o encontro entre usuário e profissional de saúde dentro do sistema (CARNUT et al, 2011). Por agregar ainda informações socioeconômicas e demográficas, essa base de dados se constitui como uma fonte de dados importante para análise das desigualdades sociais e econômicas em saúde, sendo fonte de informações para diversas pesquisas (BARROS; BERTOLDI, 2002).

Em pesquisa realizada utilizando dados da PNAD de 1998, verificou-se que houve uma maior procura por atendimento odontológico nos serviços privados; havendo ainda uma diferença na utilização dos serviços entre os grupos de maior e menor renda; e que, mesmo com garantia do acesso universal, ainda não foi possível eliminar as desigualdades (BARROS, BERTOLDI, 2002).

Apesar de a pesquisa de Peres et al (2012) com dados da PNAD de 2003, ter verificado uma diminuição na proporção de indivíduos que nunca haviam ido ao dentista, havendo diminuição nas desigualdades de acesso e utilização dos serviços, dados da avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do ano de 2012, Casotti e colaboradores (2014) mostram que o serviço ainda apresenta dificuldades na marcação de consultas, a organização dos serviços é caracterizada ainda por livre demanda, havendo um elevado número de procedimentos cirúrgicos mutiladores realizados.

Quanto ao acolhimento das equipes de saúde bucal, estas não têm adotado protocolos para as suas ações de acolhimento, observando-se ainda um longo tempo de espera, explicado por um aumento na demanda por especialidades. Destaque-se que, adotar um sistema de avaliação do risco e da vulnerabilidade dos indivíduos que procuram o atendimento é necessário para que o princípio da equidade e da integralidade do cuidado sejam garantidos (CASOTTI et al, 2014).

Cavalcanti, Gaspar e Goes (2012), compararam o acesso e a utilização dos serviços de saúde bucal do SUS entre indivíduos da zona rural e da zona urbana e citaram como as principais dificuldades relacionadas ao funcionamento de serviços de saúde bucal públicos de populações remotas (zona rural): a distância maior entre os domicílios e as unidades de saúde; vias de acesso e dificuldades de transporte; falta de água dos sistemas de abastecimento e eletricidade; falta de recursos humanos.

Dessa forma, após a apresentação das informações em saúde bucal a nível nacional aqui apresentadas, constata-se que estudos de monitoramento dos indicadores são importantes ferramentas para diminuir as iniquidades presentes no acesso e utilização dos serviços (PERES et al, 2012).

Muito foi investido para consolidar a PNSB e diminuir as desigualdades em saúde bucal como a inserção das equipes de saúde bucal na ESF, o estabelecimento do Programa Brasil Sorridente, a fluoretação das águas de abastecimento e criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Avaliar se esses investimentos e estratégias estão sendo efetivos na redução das iniquidades na utilização e no acesso aos serviços, entre os diversos grupos sociais, é de extrema relevância. Além disso, o monitoramento das condições de saúde, do acesso e da utilização desses serviços é importante para uma melhor orientação das políticas públicas no país.

Estudos como o aqui proposto são fundamentais para criar subsídios a fim de analisar os impactos, as potencialidades e as fragilidades dessa política que possam ameaçar a sustentabilidade do SUS. Este estudo pretende, portanto, contribuir para reduzir a lacuna existente relativa à avaliação destes serviços.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Avaliar o acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela ESF.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sócio demográfico e econômico da amostra;
- Descrever o acesso aos serviços odontológicos públicos e privados nos últimos dois anos em Patos- PB;

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. TIPOLOGIA DO ESTUDOE DELINEAMENTO DA PESQUISA

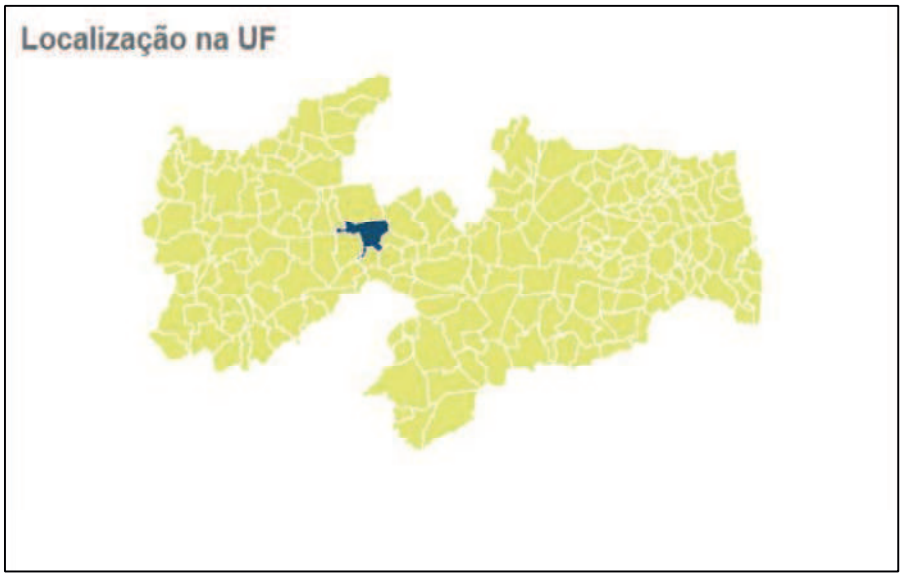
Trata-se de um estudo quantitativo e analítico, com desenho do tipo transversal, de base populacional.

Segundo Bastos e Duquia (2007), os estudos transversais ocorrem em três etapas que correspondem à (ao): 1) definição de uma população de interesse; 2) estudo da população por meio da realização de censo ou amostragem de parte dela; e 3) determinação da presença ou ausência do desfecho e da exposição para cada um dos indivíduos estudados. Esse tipo de estudo apresenta vantagens como o custo reduzido, a rapidez e facilidade de realização e a objetividade da coleta de dados.

3.2. LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Patos- PB que está localizado na mesorregião do sertão paraibano a cerca de 300 km da capital do estado (Figura 4).

Figura 4 - Localização do município de Patos no estado da Paraíba



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2017)

Além de sua sede, o município conta com o distrito urbano de Santa Gertrudes e totaliza uma área de 512,791 km^2. A cidade possui um clima semiárido quente, com temperatura média anual de 25,5°C e uma população estimada de 107.067 habitantes (IBGE, 2017).

Dentro do desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) a cidade constitui-se como sede de uma das 12 microrregiões, ou seja, o município é polo de saúde para o estado da Paraíba e sede da 6ª região de saúde.

Sua rede de serviços em saúde é constituída por três hospitais públicos, sendo dois especializados (Maternidade e Hospital Infantil) e 01 de atendimento geral, além de um hospital totalmente privado. Possui 40 (UBSFs, 39 ESBs, 01 CEO, 07 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e duas Faculdades de Odontologia (BRASIL, 2018).

A Secretaria Municipal de Saúde trabalha com uma divisão territorial que organiza os serviços em quatro (04) Distritos Gerais Administrativos (DGA), que constituem a rede municipal, possuindo a seguinte conformação:

Quadro 1: Relação dos Gerais Administrativos de Patos e número de UBSF implantadas. . Patos, Paraíba, Brasil, 2017

DGA	Número de Unidades de Saúde da Família
I	10
II	10
III	8
IV	12

Fonte: Pesquisa direta

Dados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) de janeiro de 2018 mostram que o município de Patos conta atualmente com 40 ESB cadastradas, sendo 39 já implantadas na modalidade tipo I (Cirurgião dentista e Auxiliar de Saúde Bucal). Quanto à cobertura das Equipes de Saúde da Família, 40 equipes estão implantadas no município, perfazendo um total de 102.020 pessoas cobertas, ou seja, 100% de cobertura de ESF no município (BRASIL, 2018).

3.3.DELINEAMENTO DO ESTUDO

3.3.1. População

Pessoas com idade igual ou superior a 06 anos residentes na cidade de Patos – PB, cadastradas nas UBSFs.

3.3.2. Tamanho e seleção da amostra

Para a determinação do tamanho amostral, foi calculada uma amostra representativa da população adstrita a Estratégia Saúde da Família do município utilizando a fórmula para o cálculo em populações finitas. Com uma população de 102.020 indivíduos, o tamanho da amostra foi determinado considerando um nível de significância de 95%, um erro amostral máximo tolerado de 5%, uma proporção esperada de 50%, um efeito do desenho de 1,4 e acréscimo de 20%, para eventuais recusas ou perdas na coleta de dados. Assim, chegou-se a uma amostra de 670 indivíduos. A técnica de amostragem foi por conglomerados em dois estágios (1º - setores censitários e 2º - domicílios e indivíduos), como estratégia para encontrar e selecionar os indivíduos na população-alvo, ou seja, seguindo o fluxo setores censitários, domicílios e indivíduos, considerando as áreas cobertas pela ESF.

Foram utilizados os setores censitários, com base nas informações do CD-ROM com o programa Estatcart (IBGE, 2011) do município de Patos, com resultados do universo do censo demográfico 2010. O município possui um total de 139 setores censitários urbanos.

Considerando a divisão do município de Patos - PB nos 04 DGAs, todos eles farão parte da pesquisa. Após a determinação do tamanho amostral, 02 setores censitários foram selecionados de forma aleatória para compor a amostra do estudo piloto, baseando-se na pesquisa de Rocha (2009) realizada no município de Campina Grande-PB. Posteriormente, para a pesquisa propriamente dita, os setores censitários foram selecionados aleatoriamente por sorteio, tendo sido sorteados 03 setores censitários em cada distrito para que se tivesse uma representação homogênea de cada um deles, totalizando 12 setores da cidade de Patos para compor a amostra deste estudo. Todos esses setores são cobertos pela ESF com ESB em área urbana.

3.3.3. Critério de inclusão

Foram incluídos neste estudo indivíduos cadastrados na UBSF do bairro de residência, com idade igual ou superior a 06 anos de idade.

3.3.4. Critério de exclusão

Foram excluídos os indivíduos com idade igual ou superior a 06 anos (ou seu responsável) com problemas cognitivos que o impeçam de responder por si mesmo o formulário.

3.3.5. Critério de perda

Foram consideradas perdas os indivíduos não encontrados nos domicílios, os quais estiverem fechados ou que permaneceram fechados após três (03) retornos consecutivos, sendo dois em horários distintos e um no final de semana, assim como no estudo realizado por Rocha (2009).

3.3.6. Estudo piloto

O estudo piloto pode ser considerado como uma "mini versão" de um trabalho de pesquisa completo, ou seja, em pequena escala. Todavia este estudo segue o mesmo rigor metodológico previsto para o estudo completo, além de acarretar em uma série de benefícios, tais como: a possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa, além de descobrir pontos fracos e problemas em potencial, para que sejam solucionados antes da implementação da pesquisa completa (CANHOTA, 2008).

O estudo piloto teve ainda o objetivo de estabelecer a calibração intraexaminadores, e, fazer alguns ajustes quanto à objetividade e clareza das perguntas do formulário, detectando os possíveis problemas e adequando o instrumento à realidade local.

O controle de qualidade dos dados foi realizado através de análise de reprodutibilidade (reteste), que tem por finalidade medir o grau de correlação e

concordância das respostas dadas em dois momentos diferentes e validade dos dados coletados. Para realizar esta avaliação os indivíduos foram reentrevistados, no prazo entre dois dias (48h) até no máximo uma semana (01 semana) após aplicação do primeiro formulário. Para a análise desta concordância foram realizadas a aplicação do teste Kappa, para variáveis dicotômicas e as correlações de Spearman e Pearson para variáveis ordinais.

O Escore de Kappa é uma medida que varia entre -1 e + 1 e quando igual a unidade indica perfeita concordância entre os exames; um Índice igual a zero equivale a classificação aleatória ou independência entre os exames; quanto mais próximo de 1 mais coincidente são as avaliações e quanto mais próximo de –1, menos coincidente, sendo que este índice é igual a –1,00 quando nenhuma avaliação é coincidente.

Uma escala sugerida para se interpretar os escores de Kappa é a seguinte (LANDIS; KOCH, 1977):

< 0,20 Pobre
0,21-0,40 Fraca;
0,41-0,60 Moderada;
0,61-0,80 Boa;
0,81-0,99 Ótima;
1,00 Perfeita.

Para as variáveis dicotômicas o Kappa variou de 0,61 a 0,80, o que determina uma concordância boa. Já para as variáveis ordinais foi feita a correlação de Pearson, que variou de 0,81 a 0,82. Esse coeficiente pode variar de -1 a +1, sendo que quanto mais próximo a +1, mais forte é a correlação. Portanto, considera-se que a correlação foi forte para as variáveis ordinais.

3.4.COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados a partir da entrevista dos indivíduos residentes nos domicílios.

3.4.1. Abordagem aos participantes da pesquisa

Quanto à dinâmica das visitas, em todos os bairros em que a investigação foi realizada, um contato prévio com as Equipes da ESF foi feito, no intuito de apresentação do trabalho proposto, reconhecimento da área a ser investigada e disponibilizar o acesso dos entrevistadores ao local da pesquisa, para tanto, uma carta de anuência da Secretaria de Saúde do Município de Patos (ANEXO A) foi obtida no sentido de facilitar o trabalho dos pesquisadores junto às equipes da ESF.

Na etapa seguinte, quatro pesquisadores, acompanhados por um agente comunitário de saúde, quando possível, realizaram as visitas aos domicílios. Os pesquisadores utilizaram crachás de identificação, possibilitando maior segurança para os participantes da pesquisa de estar tratando com pessoas credenciadas para realizar o trabalho e facilitar a entrada dos pesquisadores no domicílio.

3.4.2. Técnica de pesquisa

A técnica foi de observação direta intensiva através de formulário eletrônico (entrevista padronizada ou estruturada). A entrevista e o uso do formulário eletrônico apresentam a vantagem de serem utilizados com todos os segmentos da população: alfabetizados ou não (LAKATOS; MARCONI, 2003). Foram abordados durante a entrevista aspectos relativos às variáveis independentes (condições sócio, econômicas e demográficas, relato de dor de dente nos últimos seis (06) meses, entre outras) e questões relativas ao acesso a serviços de Saúde Bucal.

Os dados acima quando referentes a indivíduos na faixa etária de 6 a 10 anos foram respondidos pelos seus pais ou responsáveis. Os demais indivíduos foram responsáveis pela informação prestada.

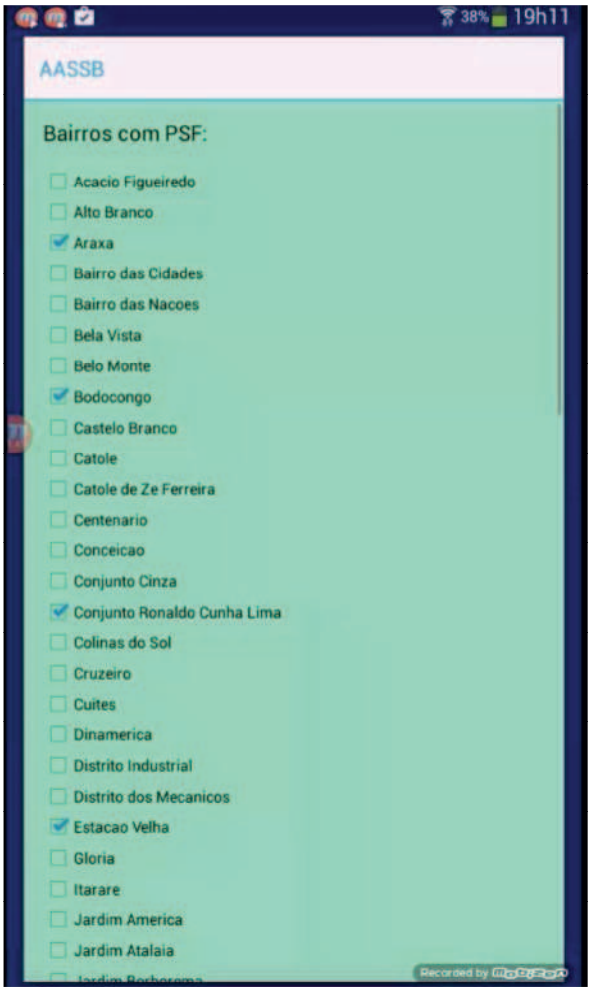
3.4.3. Instrumento de coleta de dados

Para este estudo foi utilizado um agregado dos instrumentos utilizados na PNAD-2003 (IBGE, 2005) e o instrumento utilizado por (GOES, 2001) todos previamente validados e consolidados no formato digital no software *Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal* (AASSB).

3.4.4. Formulário Digital AASSB

O software AASSB foi desenvolvido em parceria com o curso de Ciências da Computação da Universidade Estadual da Paraíba. No seu desenvolvimento foi utilizado o sistema operacional Android, utilizando a linguagem de programação do tipo Java. A instalação do software foi feita em *tablets* do modelo Samsung Galaxytab com os quais os administradores do aplicativo (a pesquisadora) procederam à etapa de coleta com a seleção dos bairros que foram visitados (Figura 5).

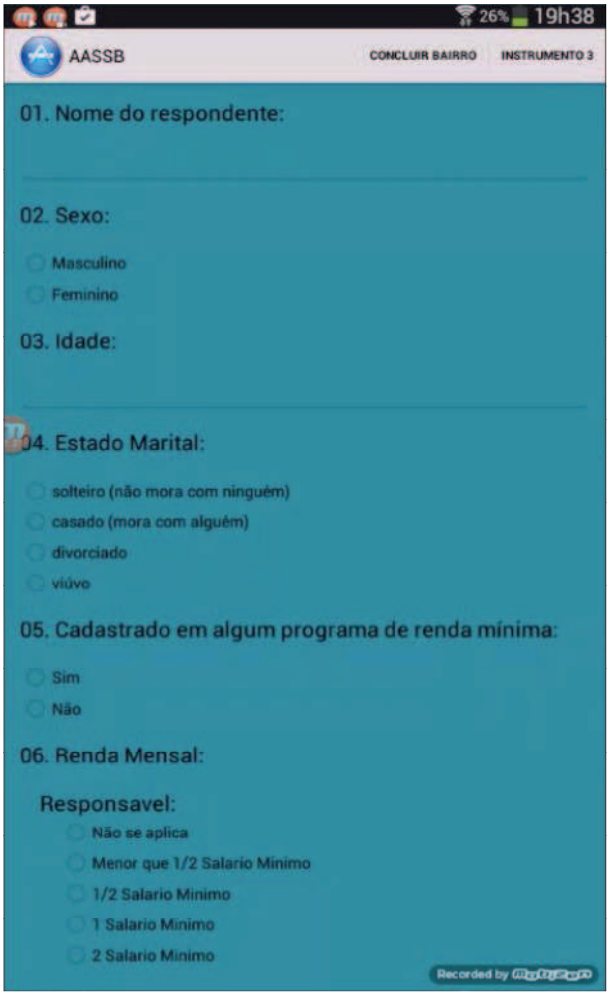
Figura 5 – Tela do aplicativo Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal com a relação dos Bairros com cobertura de PSF



Fonte: SOUZA, 2016

Após o cadastro dos Bairros, o pesquisador criou lotes que correspondem a uma ou mais entrevistas realizadas pelo usuário do sistema (Figura 6). Uma vez iniciada a entrevista, todas as perguntas deveriam ser preenchidas, pois do contrário, o aplicativo não permitia que uma nova entrevista fosse iniciada sem a perda dos dados.

Figura 6 – Tela de Entrevistas do Aplicativo



Fonte: SOUZA, 2016

Após a conclusão das entrevistas, os lotes foram fechados e os arquivos no formato .XML foram exportados para um sistema desenvolvido para *desktop*, via USB, sendo os dados convertidos para uma planilha Excel (formato.xls/xlsx). Esses arquivos foram convertidos para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0, no qual foi realizada a análise estatística.

3.4.5. Elenco das variáveis

Foram utilizadas as seguintes variáveis no estudo:

Quadro 2 – Descrição das variáveis individuais do estudo, baseado no modelo de Andersen (2008).

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS				
Variável	**Descrição**	**Categoria**	**Classificação quanto à mensuração**	**Classificação quanto ao plano de análise**
PREDISPOSIÇÃO				
Sexo	Distinção dos seres vivos em relação à função reprodutora.	1- Masculino 2- Feminino	Qualitativa Nominal	Independente
Idade	Anos completos no período do estudo.	1- 06-14 2- 15 – 24 3- 25-49 4- 50-64 5- 65 anos ou mais	Qualitativa ordinal	Independente
Estado Marital	De acordo com a legislação pertinente do código civil brasileiro vigente.	1- Solteiro – sem companheiro 2- Casado – com companheiro 3- Divorciado 4- Viúvo	Qualitativa nominal	Independente
Escolaridade	Grau de instrução.	1- Analfabeto 2- Ensin. Fundamental incompleto 3- Ensin. Fundamental completo 4- Ensin. Médio incompleto 5- Ensin. Médio completo 6- Superior incompleto 7- Superior completa 8- Pós-graduação	Qualitativa ordinal	Independente
RECURSOS CAPACITANTES				
Cadastro em programa de renda mínima	O indivíduo possui cadastro em algum programa de renda mínima	1- Sim 2- Não	Qualitativa Nominal	Independente
Renda mensal do respondente	Proventos recebidos.	0- Não se aplica 1- <1/2 SM 2- ½ SM	Qualitativa Nominal	Independente

		3- 1 SM 4- 2 SM 5- 3 SM 6- 4 SM 7- 5 SM ou mais		
Renda mensal familiar	Proventos recebidos.	1- <1/2 SM 2- ½ SM 3- 1 SM 4- 2 SM 5- 3 SM 6- 4 SM 7- 5 SM ou mais	Qualitativa Nominal	Independente
NECESSIDADE				
Saúde dos dentes e da boca	Condição referida pelo indivíduo em relação à sua saúde bucal	1- Excelente 2- Muito Boa 3- Boa 4- Mais ou menos 5- Ruim	Qualitativa ordinal	Independente
Satisfação com a aparência dos dentes	Condição referida pelo indivíduo em relação à aparência dos seus dentes	1- Muito Satisfeito 2- Satisfeito 3- Aceitável 4- Insatisfeito	Qualitativa nominal	Independente
Dor de dente na vida	Prevalência de dor de dente alguma vez na vida	1- Sim 2- Não 3- Não sei/ Não me lembro	Qualitativa nominal	Independente
Dor de dente nos últimos seis meses	Prevalência de dor de dente nos últimos seis meses	1- Sim 2- Não Não sei/ Não me lembro	Qualitativa nominal	Independente

Fonte: Pesquisa direta

Quadro 3 -Descrição das variáveis de comportamentos em saúde, baseado no modelo de Andersen (2008).

COMPORTAMENTOS EM SAÚDE				
Variável	**Descrição**	**Categoria**	**Classificação quanto à mensuração**	**Classificação quanto ao plano de análise**
PROCESSO DE CUIDADO				
Palestra ou reunião sobre saúde bucal	Acesso à palestra reunião com tema de saúde bucal	1- Sim 2- Não 3- Não sei/ não me lembro	Qualitativa nominal	Independente
Kit de escovação, material	Recebimento de material para prevenção	1- Sim 2- Não 3- Não sei/ não	Qualitativa nominal	Independente

educativo ou aplicação tópica de flúor	de doenças e promoção de saúde	me lembro		
Visita domiciliar	Recebimento de visita domiciliar do dentista, auxiliar de saúde bucal ou agente comunitário de saúde sobre saúde bucal	1- Sim 2- Não 3- Não sei/ não me lembro	Qualitativa nominal	Independente
USO DE SERVIÇOS PESSOAIS DE SAÚDE				
Utilização dos serviços de odontológico nos últimos dois anos	Procura pelos dos serviços odontológicos nos dois anos anteriores à entrevista	1- Sim 2- Não	Qualitativa nominal	Dependente
Última visita ao dentista	Tempo desde a última consulta com dentista	1- Menos de 1 ano 2- De 1 a 2 anos 3- 3 anos ou mais 4- Nunca foi ao dentista	Qualitativa nominal	Dependente
Tipo de serviço	Classificação do serviço ofertado.	1- Particular 2- Plano de saúde/ convênio 3- Público na ESF 4- Público no centro de saúde 5- Público na UBS 6- Público na faculdade de odontologia 7- Público no hospital universitário 8- Público outros 9- Não sei/ Não me lembro	Qualitativa nominal	Dependente

Fonte: Pesquisa direta

Variáveis dependentes

a) Acesso à Saúde bucal;

O acesso à Saúde Bucal foi estabelecido a partir dos indivíduos que responderem ter consultado o dentista nos últimos dois anos à época da entrevista.

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

O período dos dois últimos anos foi estabelecido considerando o tempo de referência utilizado em estudos anteriores desenvolvidos no município de Campina Grande – PB (ROCHA, 2009) e para evitar possíveis vieses de memória.

Quadro 4 – Variáveis dependentes, definição e operacionalização.

OPERACIONALIZAÇÃO	DEFINIÇÃO	VARIÁVEL
Instrumento utilizado na PNAD 2003 e por (GOES, 2001) e posteriormente transformado nas seguintes categorias: (1) Não teve acesso (2) Acesso às ações de Promoção (3) Utilização de serviço/assistência odontológica (4) Acesso amplo às ações de Saúde Bucal	Acesso a ações de Promoção de Saúde, como: reuniões, palestras, recebimento de Kits de escovação dentária, visita domiciliar do Cirurgião-Dentista (CD), Auxiliar de Saúde Bucal ou Agente Comunitário de Saúde e/ou a utilização do serviço odontológico por consulta com dentista.	Acesso à Saúde Bucal.

Fonte: Pesquisa direta.

3.5.ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 20.0 e ocorreu em duas etapas.

3.5.1. Estatística descritiva

Nesta etapa foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas e, quando apropriado, foram calculadas as medidas de tendência central, de dispersão e proporções dos diversos instrumentos utilizados na pesquisa PNAD-2003 (IBGE, 2005) e (GOES, 2001).

3.5.2. Estatística analítica/inferencial

Plano de análise:

Foram testadas as associações, utilizando-se o Qui quadrado de Pearson (χ^2). Nesta etapa foi utilizada a variável Acesso à Saúde Bucal.

A partir disto foi criada uma variável dicotômica com o objetivo de utilizar a análise de regressão de Poisson bivariada e multivariada com variância robusta ($\alpha<0,05$) foi utilizada para determinar a associação entre a variável dependente obtenção do acesso pleno aos serviços de saúde bucal e as variáveis independentes (demográficas, socioeconômicas e de necessidades em saúde). Essa nova variável – acesso pleno à Saúde Bucal - foi composta por duas categorias: (1) Não teve acesso/ Acesso parcial e (2) Acesso pleno.

Um procedimento de abordagem hierárquica foi utilizado no modelo multivariado de regressão para selecionar as variáveis que alcançaram valor de $p<0,20$ na análise bivariada. A análise foi realizada em dois níveis, de determinantes distais para proximais: (1) demográficos e socioeconômicos e (2) necessidades em saúde. As variáveis com valor de $p <0,05$ na análise ajustada foram mantidas no modelo final de regressão.

3.6.CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

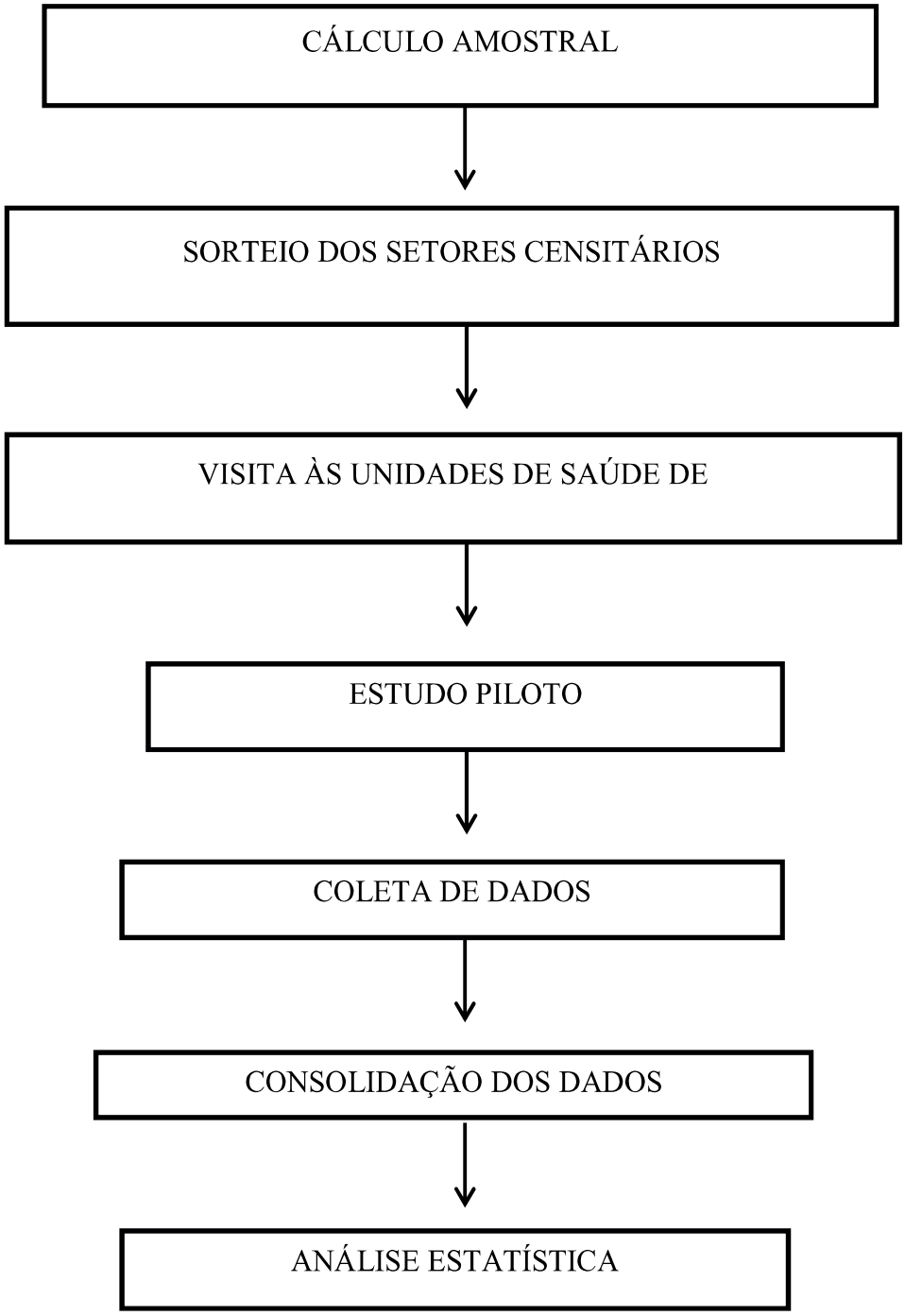
Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e aprovada sob o CAAE: 20260313.1.0000.5187.

Normalmente, os levantamentos se enquadram na modalidade de risco mínimo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012), havendo a necessidade de se obter um termo de consentimento por parte do sujeito ou responsável.

Todos os indivíduos selecionados para fazer parte do estudo foram convidados a participar da pesquisa, realizando-se a explicação dos objetivos da mesma, seus riscos e benefícios, presença do anonimato e possibilidade de desistência da pesquisa. Em caso positivo, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) que seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), permitindo sua inclusão na amostra. Para aqueles menores de idade, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) foi dado pelo responsável pelo menor.

Foi garantido sigilo em relação à identificação dos participantes, no entanto, também foi avisado previamente que os dados da pesquisa serão apresentados em Congressos, Encontros de pesquisa, jornais e/ou revistas científicas do país ou do exterior, obedecendo ao Código de Ética Odontológica. Também foi desautorizada qualquer forma de coação ou pressão pela participação voluntária por parte desse indivíduo.

3.7 FLUXOGRAMA DO ESTUDO



Fonte: Pesquisa direta

4. RESULTADOS

4.1 ARTIGO

Utilização de serviços odontológicos e fatores associados ao acesso em município brasileiro[1]

Use of Dental service's use and associated factors with access in a Brazilian city

Deborah Ellen Wanderley Gomes Freire

Universidade Estadual da Paraíba

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Campina Grande, Paraíba, Brasil

E-mail: ellenwg.d@gmail.com

Renata Cardoso Rocha Madruga

Universidade Estadual da Paraíba

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Campina Grande, Paraíba, Brasil

E-mail: renata.rocha@uepb.edu.br

Renata de Souza Coelho Soares.

[1]O presente artigo foi formatado segundo as normas da Revista Brasileira de Epidemiologia

Universidade Estadual da Paraíba

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Campina Grande, Paraíba, Brasil

E-mail: drarenatacoelho@gmail.com

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde é um dos desafios da saúde pública e pode ser influenciado por fatores individuais. O objetivo deste estudo foi avaliar as condições sócio demográficas e os fatores individuais que influenciam no acesso às ações de saúde bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família em município do Nordeste Brasileiro. A amostra constou de 609 indivíduos. Através de um agregado de formulários previamente validados, foram abordando aspectos sobre características sócio econômicas e demográficas e acesso às ações de saúde bucal. Para análise dos dados foram testadas associações utilizando-se o Qui-quadrado de Pearson e, em seguida, foi criada uma variável dicotômica (obtenção do acesso pleno aos serviços de saúde bucal) com objetivo de utilizar a análise de regressão de Poisson bivariada e multivariada com variância robusta ($\alpha<0,05$). Um procedimento de abordagem hierárquica foi utilizado no modelo multivariado de regressão para selecionar as variáveis que alcançaram valor de $p<0,20$ na análise bivariada. Na análise bivariada, as variáveis que estiveram associadas ao acesso foram: idade do respondente ($p<0,001$), renda do respondente e familiar ($p<0,001$), escolaridade ($p<0,001$), autopercepção de saúde bucal ($p=0,028$) e dor de na vida ($p=0,012$) e nos últimos seis meses ($p=0,023$). Não apresentaram associação: sexo do indivíduo e cadastro em programa de renda mínima. No modelo multivariado, permaneceu associada apenas a variável idade do indivíduo, na qual indivíduos mais jovens tiveram mais chance de terem um acesso amplo às ações de saúde bucal. Apesar

dos avanços a nível nacional, o acesso ainda é marcado por desigualdades sociais e muito ainda se faz necessário para a redução das iniquidades em saúde, pois o acesso às ações de saúde bucal, incluindo-se as ações de promoção e prevenção, não se dá de forma equânime.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Serviços de Saúde Bucal; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Access to oral health services is a public health challenge and it can be influenced by individual factors. The objective of this study was to evaluate the socio-demographic conditions and individual factors that influence the access to oral health actions in the Family Health Strategy in a Northeast city of Brazil. The sample was consisted by 609 individuals. Through an aggregate of previously validated forms, it was addressed aspects on socioeconomic and demographic characteristics and access to oral health actions. For data analysis, associations were tested using Pearson's Chi-square and then a dichotomous variable was created (obtaining full access to oral health services) in order to use bivariate and multivariate Poisson regression analysis with robust variance ($\alpha < 0.05$). A hierarchical approach procedure was used in the multivariate regression model to select the variables that reached a value of $p < 0.20$ in the bivariate analysis. In the bivariate analysis, the variables that were associated with access were: respondent's age ($p<0,001$), respondent's and familiar income ($p<0,001$), education level ($p<0,001$), self-perception of oral health ($p=0,028$) and toothache report in life ($p=0,012$) and in the last 6 months ($p=0,023$). There was no association: gender of the individual and register in a minimum income program. In the multivariate model, remained the

association with the variable respondent's age, in which younger individuals had more chance to get a full access to oral health actions. Despite the advances at national level, access is still marked by social inequalities and much more is needed to reduce health inequities, since access to oral health actions, including promotion and prevention actions, do not gives equanimity.

Keywords: Family Health Strategy; Oral Health Services; Access to health services.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde, definido como porta de entrada ao sistema, é um dos grandes desafios da saúde pública, especialmente para a prática da equidade. Isto porque, apesar dos avanços nos últimos anos, as desigualdades presentes no país se refletem na precariedade das condições de saúde da população, influenciando o acesso aos serviços, inclusive os de saúde bucal [1, 2].

O acesso aos serviços odontológicos foi garantido pela Constituição Brasileira de 1988, na qual a saúde bucal passou a ser reconhecida como um importante componente da saúde de um indivíduo. No entanto, a expansão destes serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontrou barreiras, a exemplo da escassez de recursos e oferta limitada[3].

O governo federal vem tentando ampliar os investimentos e priorizar a saúde bucal, a exemplo da instituição da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e do aumento das equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF). Mesmo assim, essas ações não se configuraram como mudanças efetivas no processo de trabalho, faltando planejamento e organização das equipes para determinar grupos

prioritários [4,5]. O acesso a estes serviços ainda não foi totalmente consolidado no país, sendo marcados por desigualdades que são caracterizadas pela priorização de grupos de faixas etárias menores e classes sociais mais altas [4, 6, 7, 8, 9].

Famílias em situações de exclusão social tornam-se mais vulneráveis às condições de saúde precárias. Por isso, é necessário que as ações de saúde bucal sejam pautadas na avaliação das condições de vida e saúde da população, destinando os recursos para os grupos com maiores necessidades e dificuldades de acesso [1, 3].

Portanto, considerando a relevância deste tipo de avaliação e seu impacto no direcionamento das ações de saúde bucal, esse estudo objetivou avaliar as condições sócio demográficas e os fatores individuais que influenciam no acesso às ações de saúde bucal no âmbito da ESF em município do Nordeste Brasileiro.

METODOLOGIA

Este trabalho corresponde a um estudo quantitativo e analítico, com um desenho do tipo transversal e de base populacional. Foi realizado com uma amostra aleatória e representativa da população residente em setores censitários cobertos pela Estratégia Saúde da Família no município de Patos, Paraíba, entre os meses de março a julho de 2017.

A amostra foi calculada utilizando-se a fórmula para o cálculo em populações finitas, levando-se em conta a população do município de 102.020 indivíduos à época do estudo. Considerou-se um nível de significância de 95%, um erro amostral máximo de 5%, uma proporção esperada de 50% e um efeito de desenho de 1,4, além de 20% a mais para possíveis perdas (Domicílios fechados e recusas). Assim, chegou-se a uma

amostra de 670 indivíduos, tendo sido obtidos, ao final, 609 indivíduos, com 9,1% de perdas.

Foram sorteados 12 setores censitários urbanos, todos adscritos a alguma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) com Equipe de Saúde Bucal (ESB). Em seguida, foram listados os domicílios do setor, sendo o início da seleção o primeiro domicílio aleatório e os demais sorteios aleatórios sistemáticos (casa sim/não). Em cada domicílio, foram sorteados aleatoriamente os indivíduos com idade igual ou superior a 06 anos, sendo permitida, a participação de um indivíduo menor de idade e outro maior de idade, caso estivessem presentes durante a entrevista.

Para coleta dos dados, a técnica foi de observação direta intensiva por meio de uma agregação de formulários (entrevista padronizada ou estruturada) previamente validados: PNAD – 2003[10] e Goes [11] e consolidados no aplicativo *Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal* (AASSB) em sistema operacional Android. Durante as entrevistas foram abordados aspectos relacionados às variáveis independentes (socioeconômicas e demográficas, autopercepção de saúde bucal e relato de dor) e ao acesso às ações de saúde bucal.

O acesso, neste estudo, foi compreendido como a utilização do serviço, sendo estabelecido a partir dos indivíduos que consultaram o dentista nos dois anos anteriores à pesquisa. Foi aplicado o modelo proposto por Andersen[12] no qual o uso dos serviços é resultante de variáveis individuais divididas em fatores de predisposição, recursos capacitantes e necessidade em saúde. As variáveis de predisposição estão relacionadas à propensão que um indivíduo tem de utilizar o serviço como idade, sexo e escolaridade. Os recursos capacitantes correspondem aos meios disponíveis para se conseguir o acesso, como renda e disponibilidade de fontes regulares de cuidado. Por fim, a

necessidade em saúde refere-se à percepção do estado de saúde e é o principal motivo da busca pelos serviços de saúde.

Foi considerada também a participação em ações de promoção de saúde e prevenção de doença bucal (participação em reunião ou palestra com tema de saúde bucal, recebimento de kit de escovação, uso de flúor ou visita domiciliar da equipe da saúde bucal), estabelecendo-se novas variáveis de acesso, considerando: não acesso/ acesso parcial, quando o indivíduo não teve contato com o serviço ou quando o acesso foi através da utilização do serviço ou da participação das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais e; acesso amplo, quando foi considerado além da ida ao consultório, participação de alguma dessas ações.

A análise dos dados foi através do programa estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0, em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Na etapa descritiva foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas e na etapa analítica foram testadas as associações, utilizando-se o Qui-quadrado de Pearson, considerando como significante o nível de 5%.

A análise de regressão de Poisson bivariada e multivariada com variância robusta ($\alpha<0,05$) foi utilizada para determinar a associação entre a variável dependente *Obtenção do acesso pleno aos serviços de saúde bucal* e as variáveis independentes (demográficas, socioeconômicas e de necessidades em saúde).

Um procedimento de abordagem hierárquica foi utilizado no modelo multivariado de regressão para selecionar as variáveis que alcançaram valor de $p<0,20$ na análise bivariada. A análise foi realizada em dois níveis, de determinantes distais para proximais: (1) demográficos e socioeconômicos e (2) necessidades em saúde. As

variáveis com valor de p <0,05 na análise ajustada foram mantidas no modelo final de regressão.

Antes de serem indagados se aceitavam participar da pesquisa, os indivíduos sorteados foram informados dos objetivos da pesquisa e, caso aceitassem participar, assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde [13]. Para os indivíduos menores de idade, o Termo de Assentimento foi assinado pelo seu responsável.

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), tendo obtido o parecer favorável sob o CAAE 20260313.1.0000.5187.

RESULTADOS

A amostra final foi constituída, em sua maioria, por indivíduos do sexo feminino (74,1%) e na faixa etária correspondente a adultos em fase reprodutiva (entre 25-34 anos) (44,4%), com idade variando de 6 a 87 anos. A maioria também foi de indivíduos casados ou que residiam com companheiros (51,9%), com nível de escolaridade de até ensino fundamental completo (43,3%), renda de um salário mínimo (30,7%) e sem cadastro em programas de renda mínima (77,5%).

A tabela 1 apresenta a caracterização da amostra quanto ao acesso aos serviços odontológicos. Dos indivíduos que já haviam ido ao dentista alguma vez na vida, a maioria referiu utilizar o serviço odontológico do tipo particular (49,7%). Destaca-se o fato de a maioria da amostra estudada nunca ter recebido material educativo ou

aplicação tópica de flúor (58,3%) e não ter recebido visita da equipe de saúde bucal ou agente comunitário de saúde orientando sobre saúde bucal (89,2%).

Quanto ao acesso aos serviços odontológicos, na análise bivariada, estiveram associadas idade (p<0,001), estado civil (p=0,020), renda do respondente e renda do familiar (p<0,001), escolaridade (p<0,001). Não apresentaram associação o sexo do indivíduo e o fato de estarem cadastrados em programa de renda mínima (Tabela 1).

Observou-se que, quanto maior a idade, menor foi o acesso aos serviços odontológicos. Quanto à renda do respondente, o acesso pleno foi alcançado pelos indivíduos com 2 salários mínimos ou mais. Para a variável escolaridade, os indivíduos com mais anos de estudo tiveram mais acesso amplo aos serviços odontológicos (Tabela 2).

Também apresentaram associação as variáveis autopercepção de saúde bucal (p=0,028), dor de dente na vida (p=0,012) e dor de dente nos últimos 6 meses (p=0,023). Verificou-se que aqueles que consideraram sua saúde bucal como excelente ou muito boa e que nunca haviam tido dor de dente na vida tiveram maior acesso (Tabela 3).

No modelo multivariado, a obtenção do acesso pleno permaneceu associado apenas à idade – quanto menor a idade, maior a chance de o indivíduo ter acesso à saúde bucal (RP 8,53; IC 95% = 4,19-17,34; p<0,001) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O acesso aos serviços odontológicos tem crescido no país devido ao aumento da cobertura e da oferta de serviços particulares e públicos e da renda média da população. Porém, esse acesso também é, historicamente, acompanhado de desigualdades [5, 6, 14],

que comprometem a integralidade do cuidado, não satisfazem as necessidades da população e se refletem na precariedade das condições de saúde desta [2,15].

Dentre as iniciativas eleitas para ampliar a cobertura de acesso aos serviços públicos odontológicos, destaca-se a inserção das equipes de Saúde Bucal na ESF, como forma de diminuir as desigualdades em saúde, pois as equipes atuam mais próximo da realidade da população adscrita [16]. Além disso, tem como objetivo uma proposta de cuidado mais centrada no coletivo e em práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais, contribuindo para a integralidade do cuidado [3,16, 17].

Observou-se neste estudo uma baixa utilização dos serviços públicos e uma maior utilização dos serviços particulares, corroborando com os estudos dos resultados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio – PNAD [6, 14]. Diante destes resultados, é possível inferir que, mesmo diante da cobertura de 100% de Saúde Bucal no município, outros fatores interferem no acesso a estas ações. Ou seja, a mera disponibilidade dos serviços não representa mudanças no processo de cuidado, necessitando mais planejamento e organização das equipes para orientá-lo [4, 5, 7, 16].

O fato de os entrevistados terem um baixo acesso às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais é alarmante, especialmente porque estas ações devem ser priorizadas no âmbito da Estratégia Saúde da Família [18] e reforçam a mudança de modelo de atenção proposta pela PNSB, pautando o cuidado no princípio da integralidade, além de proporcionar um maior vínculo entre usuário e a Equipe de Saúde da Família[19]. Deve ser considerado, também, o fato de as visitas domiciliares não fazerem parte do cotidiano das Equipes de Saúde Bucal do município, proposta obrigatória para os profissionais da ESF, que estende as práticas de saúde até o domicílio das famílias e comunidades[20].

Baseando-se no modelo de estudo proposto por Andersen [12] e na análise bivariada, as variáveis individuais de predisposição que influenciaram no acesso foram: idade, estado civil e escolaridade; como variáveis capacitante, a renda e; como variável de necessidade, a autopercepção de saúde bucal e dor de dente referida.

Além disso, a análise multivariada mostrou associação com a idade do indivíduo. O modelo de cuidado em saúde bucal, no Brasil, é marcadamente voltado para faixas etárias de escolares. Mesmo com a transição demográfica ocorrida no país, com o aumento do número de idosos, esta população ainda não vem sendo priorizada no planejamento e execução das ações [21].

No presente estudo, o percentual de idosos que não tiveram acesso a qualquer ação de saúde bucal foi elevado. Vale salientar que os indivíduos idosos apresentam também uma maior prevalência de problemas bucais e perdas dentárias [22], que, associadas às dificuldades de acesso e ausência de programas de saúde bucal específicos, geram impactos negativos na saúde bucal, sendo este um sério problema de saúde pública da atualidade [23].

Pesquisas mostram que quanto mais anos de estudo o indivíduo ou seu responsável tem, maior será a utilização dos serviços de saúde[9, 14, 24]. Alguns estudiosos justificam que renda e escolaridade são características socioeconômicas intimamente relacionadas, uma vez que quanto maior a escolaridade maior será a renda média e maior a capacidade de custear o serviço [25]. Um maior grau de instrução também aumenta o acesso à informação, um maior entendimento das necessidades e, portanto, mais condições para enfrentar as barreiras do acesso [2]. Quanto à renda do indivíduo ou renda familiar esta tem influenciado diretamente no acesso [25], fato que pode ser explicado pelo sistema de saúde misto que vigora no Brasil, com grande participação do

setor privado. Assim, aqueles indivíduos com maior renda têm mais poder de compra e, portanto, acesso aos serviços.

As PNADs são importantes fontes de dados sobre os fatores socioeconômicos que influenciam no acesso. O módulo de saúde destas pesquisas mostrou que indivíduos em maiores quintis de renda tiveram mais acesso aos serviços odontológicos, justificado pelo aumento da renda média da população nos últimos anos e menores taxas de desemprego [6, 14].

Em relação à autopercepção de saúde bucal, percebeu-se que, indivíduos que apresentaram melhor percepção da saúde dos seus dentes e de sua boca, tiveram mais acesso às ações do que aqueles que a perceberam como ruim. Esta avaliação do estado de saúde é diretamente influenciada pelas experiências passadas, hábitos individuais e pelo meio cultural e social no qual o indivíduo está inserido [26].

A percepção de saúde referida pelo indivíduo, dentro do modelo de estudo proposto, se relaciona também com as necessidades percebidas e pode ser um indicador de como elas impactam no acesso aos serviços odontológicos. É também importante para se entender o porquê de as pessoas procurarem os serviços, uma vez que as necessidades se transformam em demandas e, estas, em utilização dos serviços [27].

Historicamente, os indivíduos tendem a buscar mais o atendimento odontológico frente a episódios dolorosos ou caracterizados como urgências. No entanto, na população investigada, observou-se que, aqueles que nunca tiveram dor de dente na vida tiveram mais acesso amplo na análise bivariada, contrapondo-se à literatura, especialmente em indivíduos adultos e idosos [28, 29].

Apesar dos avanços relacionados à ampliação do acesso aos serviços odontológicos, a nível nacional, ainda assim não está sendo possível garantir a equidade e a integralidade do cuidado. O aumento da cobertura das ESB nem sempre representa mudanças no processo de trabalho e muito ainda precisa ser feito para reduzir as iniquidades e ampliar o acesso às ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais no município em questão.

Este estudo apresenta como limitação o fato de que os fatores individuais que influenciam no acesso por si só não permitem compreender o porquê da baixa utilização dos serviços odontológicos, especialmente públicos. É necessário avaliar conjuntamente os fatores externos como a disponibilidade dos serviços e profissionais, as barreiras geográficas e a organização dos serviços.

CONCLUSÃO

Os principais achados desse estudo demonstraram que estão associados ao acesso a renda, a escolaridade, a idade e autopercepção de saúde bucal. Apesar do aumento da utilização dos serviços odontológicos, no Brasil, nos últimos anos muito ainda se faz necessário para a redução das iniquidades em saúde, pois o acesso às ações de saúde bucal, incluindo-se as ações de promoção e prevenção, não se dá de forma equânime. Esse acesso é marcado por intensas desigualdades sociais, favorecendo parcelas da população que vivem em situações mais favorecidas, em detrimento dos que possuem mais necessidades, como os de baixa escolaridade, baixa renda e os idosos.

REFERÊNCIAS

1. Figueiredo MC, Peixoto LT, Cavatti F, Silva KVCL, Jardim LE. Saúde Bucal de Pessoas em Situação de Pobreza Extrema Residentes em um Município no Sul do Brasil. UNPAR Cient., Ciênc. Biol. saude. 2014; 16(1): p.45-50.

2. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. Cad. saúde pública. 2015; 31(3): p. 586-596.

3. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. Rev. saúde pública. 2010; 44(2): p. 360-5.

4. Carnut L, Filgueiras LV, Figueiredo N. Goes PSA. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(7); p. 3083-3091.

5. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad. saúde pública. 2008; 24 (12): p. 2871-80.

6. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciênc. saúde coletiva. 2002; 7(4): p.709-717.

7. Cavalcanti RP, Gaspar GS, Goes PSA. Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal do SUS - Uma Comparação entre Populações Rurais e Urbanas. Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr. 2012; 12(1): p. 121-26.

8. Esposti CDD, Cavaca AG, Côco LSA, Santos-Neto ET, Oliveira AE. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. Saúde Soc. 2016; 25 (1): p 19-30.

9. Madruga RCR, Soares RSC, Cardoso AMR, Cavalcanti SDLB, Goes PSA, Cavalcanti AL. Access to Oral Health services in areas covered by the Family Health Strategy, Paraíba, Brazil. Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr. 2017; 17(1): p. 1-10.

10. IBGE. Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2005. 169p

11. GOES, P. S. A. The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families. London, 2001. 305f. Thesis (PhD) – Universityof London.

12. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. Med. Care. 2008; 46(7): 647-53.

13. Brasil. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução de nº. 466/2012. Brasília – DF. 2012.

14. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. Rev. Saúde pública. 2012; 46(2): 250–258.

15. Motta LJ, Pissinato AVS, Pinto MM, Monken SF. Análise dos índices de Saúde Bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 a 2010. E&G. 2015; 16(42):

16. Sanchez HF, Braga SC. Melhoria do acesso à saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família: Uma revisão de literatura. Rev. APS. 2014; 17(3): 397 - 402.

17. Aquilante AG, Aciole GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – "Brasil Sorridente": um estudo de caso. Ciênc. saúde coletiva. 2015; 20 (1): p.239-248.

18. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciênc. saúde coletiva. 2014; 19(2): 373–382.

19. Lima ACS, Cabral ED, Vasconcelos MVB. Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do Município do Recife, Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública 2010; 26(5): 991-1002.

20. Giacomozil CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm 2006; 15(4): 645-53.

21. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev. Bras. Epidemiol. 2010; 13(1): 150-62.

22. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília – DF. 2012.

23. Rosendo RA, Souza JNL, Abrantes JGS, Cavalcante ABP, Ferreira AKTF. Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. RSC online, 2017; 6(1): p. 89 - 102.

24. Jornada B, Santos BZ, Garcia LP, Dalpian DM, Backes DS, Krause LF. Acesso e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes e fatores associados no Brasil. Disciplinarium scientia. 2012; 13(2): 275-288

25. Pinto RS, Matos DL, Loyola-Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(2): 531-44.

26. Ayach C. A visão do usuário sobre o serviço público odontológico e a autopercepção em saúde bucal. 2015. 122f. Tese (Doutorado em em Odontologia

Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, São Paulo

27. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. Ciênc. saúde coletiva. 2006; 11(42): 999-1010.

28. Gibilini C, Esmeriz CEC, Volpato LF, Meneghim ZMAP, Silva DD, Sousa MLR. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal de adolescentes, adultos e idosos. Arq. odontol. 2010; 26(4): 213-223.

29. Ferreira CO, Antunes JLF, Andrade FB. Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. Rev. Saúde Pública. 2013; 47(Suppl 3): 90-97.

Tabela 1– Caraterização da amostra segundo o acesso ao serviço odontológico. Patos, Paraíba, Brasil, 2017. Table 1- Sample characterization according to the access to oral health service. Patos, Paraíba, Brazil, 2017

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAIS	
	N	**%**
Última visita ao dentista/Acesso a serviços odontológicos		
Menos de 1 ano	242	39,7
1 a 2 anos	160	26,3
3 ou mais anos	202	33,2
Nunca foi ao dentista	5	0,8
Dentista que geralmente usa (tipo serviço)*		
Particular ou Plano de saúde/convênio	300	49,7
Público na ESF	204	33,8
Público outros	93	15,4
Não sabe, não lembra	7	1,1
Acesso à palestra, reunião com o tema Saúde Bucal		
Sim	298	48,9
Não	303	49,8
Não sei, não me lembro	8	1,3
Acesso a Kits de escovação, material educativo ou a Aplicação Tópica de Flúor		
Sim	252	41,4
Não	355	58,3
Não sei, não me lembro	2	0,3
Visita do ACS, ASB ou CD com orientações sobre Saúde Bucal		
Sim	59	9,7
Não	543	89,2
Não sei, não me lembro	2	1,1
Acesso total/ Acesso pleno à Saúde Bucal		
Não teve acesso / Acesso parcial	316	51,9
Acesso pleno	276	45,3
Missing Cases	17	2,8

Fonte: Pesquisa Direta. Siglas: ACS – Agente comunitário de saúde; ASB – Auxiliar de Saúde Bucal; CD – Cirurgião-dentista. Source: Direct Research. Initials: ACS - Community health agent; ASB - Oral Health Assistant; CD – Dentistry Surgeon.

Tabela 2 – Distribuição e valor de p das variáveis independentes em relação ao Acesso obtido aos Serviços de Saúde Bucal (SB). Patos, Paraíba, Brasil, 2017. Table 2 – Distribution and p-value of the independent variables in relation to the access reached to the Oral Health Services (SB). Patos, Paraíba, Brazil, 2017.

Variáveis	Não teve acesso		Acesso ações de promoção		Utilização de serviço/ Assistência odontol.		Acesso amplo às ações de SB		Valor de p[(a)]
Sexo	**N**	**%**	**n**	**%**	**N**	**%**	**n**	**%**	
Masculino	26	17,1	25	16,4	21	13,8	80	52,6	6.840
Feminino	62	14,1	83	18,9	99	22,5	196	44,5	0,077
Idade									
06 a 14 anos	0	,0	10	24,4	1	2,4	30	73,2	145.62
15 a 24 anos	1	1,4	10	13,9	11	15,3	50	69,4	<0,001
25 a 49 anos	21	8,1	32	12,4	69	26,6	137	52,9	
50 a 64 anos	25	19,7	31	24,4	25	19,7	46	36,2	
65 anos ou mais	41	44,1	25	26,9	14	15,1	13	14,0	
Estado Civil									
Solteiro	22	10,9	40	19,9	37	18,4	102	50,7	19.657
Casado	44	14,3	51	16,6	64	20,8	148	48,2	0,020
Divorciado/	6	18,2	6	18,2	9	27,3	12	36,4	
separado	16	31,4	11	21,6	10	19,6	14	27,5	
Viúvo									
Renda do respondente									
Não se aplica	11	6,2	34	19,2	38	21,5	94	53,1	46.785
Até ½ SM†	16	17,4	13	14,1	23	25,0	40	43,5	<0,001
1 SM†	46	25,1	44	24,0	29	15,8	64	35,0	
2 SM†	9	14,1	9	14,1	10	15,6	36	56,3	
3 SM† ou mais	6	7,9	8	10,5	20	26,3	42	55,3	
Renda familiar									

até ½ SM†	14	14,9	23	24,5	18	19,1	39	41,5	30.819
1 SM†	31	18,3	31	18,3	34	20,1	73	43,2	<0,001
2 SM†	28	18,3	35	22,9	35	22,9	55	35,9	
3SM† ou mais	15	8,5	19	10,8	33	18,8	109	61,9	
Escolaridade									
Analfabeto	9	45,0	4	20,0	6	30,0	1	5,0	70.215
Até o ensin. fund. completo	52	20,1	68	26,3	42	16,2	97	37,5	<0,001
Até o ensin. Médio completo	19	9,7	28	14,3	46	23,5	103	52,6	
Superior. ou pós	8	6,8	8	6,8	26	22,2	75	64,1	
Programa de renda mínima									
Sim	13	9,7	28	20,9	28	20,9	65	48,5	3.940
Não	75	16,4	80	17,5	92	20,1	211	46,1	0,268

Fonte: Pesquisa Direta. †Salário Mínimo R$ 937,00; (a) Teste qui-quadrado de Pearson. / Source: Direct Research. †Minimum salary R$ 937,00; (a) Pearson's chi-square test

Tabela 3 – Distribuição e valor de p das variáveis independentes em relação ao Acesso obtido aos Serviços de Saúde Bucal (SB). Patos, Paraíba, Brasil, 2017. / Table 3 – Distribution and p-value of the independent variables in relation to the access reached to the Oral Health Services (SB). Patos, Paraíba, Brazil, 2017.

Variáveis	Não teve acesso		Acesso ações de promoção		Utilização de serviço/ Assistência odontol.		Acesso amplo às ações de SB		Valor de p[(a)]
	n	%	n	%	N	%	n	%	
Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção									
Excelente	6	15,0	5	12,5	7	17,5	22	55,0	22.927
Muito boa	1	2,3	6	14,0	8	18,6	28	65,1	0,028
Boa	33	14,6	38	16,8	46	20,4	109	48,2	
Mais ou menos	34	16,2	36	17,1	45	21,4	95	45,2	
Ruim	14	19,2	23	31,5	14	19,2	22	30,1	
Dor de dente na vida/ morbidade referida									
Sim	80	16,2	95	19,2	103	20,8	217	43,8	11.009
Não	7	7,5	12	12,9	17	18,3	57	61,3	0,012
Dor de dente nos últimos seis meses									
Sim	6	6,2	19	19,6	21	21,6	51	52,6	9.546
Não	73	18,5	76	19,2	82	20,8	164	41,5	0,023

Fonte: Pesquisa Direta. [(a)] Teste qui-quadrado de Pearson. / Source: Direct Research. [(a)] Pearson's chi-square test.

Tabela 4 – Modelos bivariado e multivariado de regressão de Poisson para a obtenção do acesso plen variáveis independentes. Patos, Paraíba, Brasil, 2017 / Table 4 ´ Bivariate and multivariate models of access to oral health services and independent variables. Patos, Paraíba, Bra

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Acesso ao serviço odontológico				Bivariado	
	Não teve acesso/acesso parcial		Acesso pleno		Não ajustado RP*	
	n	%	N	%	Valor *p*	(95% IC)
Nível 1- Características demográficas e socioeconômicas						
Sexo						
Masculino	72	47,4	80	52,6	0,075	1,18 (0,98-1,41)
Feminino	244	55,5	196	44,5		1,00
Idade categorizada						
Escolares (06 a 14 anos)	11	26,8	30	73,2	0,000	5,23 (3,05-8,95)
Adolescentes e adultos jovens (15 a 24 anos)	22	30,6	50	69,4	0,000	4,96 (2,93-8,41)
Adultos em fase reprodutiva (25 a 49 anos)	122	47,1	137	52,9	0,000	3,78 (2,25-6,34)
Adultos (50 a 64 anos)	81	63,8	46	36,2	0,001	2,59 (1,48-4,51)
Idosos (65 anos ou mais)	80	86,0	13	14,0		1,00
Estado Marital						
Solteiro	99	49,3	102	50,7	0,010	1,84 (1,15-2,94)
Casado	159	51,8	148	48,2	0,017	1,75 (1,10-2,78)
Divorciado/ separado	21	63,6	12	36,4	0,385	1,32 (0,70-2,49)
Viúvo	37	72,5	14	27,5		1,00
Escolaridade Categorizada						
Analfabeto, não sabia responder e até o 1º grau completo	181	64,87	98	35,13	0,000	0,55 (0,44-0,68)
Até o 2º grau completo	93	47,4	103	52,6	0,040	0,82 (0,68-0,99)
Universit. ou Pós-graduação	42	35,9	75	64,1		1
Renda familiar						

Até ½ SM	55	58,5	39	41,5	0,003	0,67 (0,51-0,87)
1 SM	96	56,8	73	43,2	0,001	0,69 (0,56-0,85)
2 SM	98	64,1	55	35,9	0,000	0,58 (0,45-0,73)
3 SM ou mais	67	38,1	109	61,9		1,00
Nível 2- Características de necessidades em saúde						
Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção						
Excelente	18	45,0	22	55,0	0,008	2,16 (1,43-3,26)
Muito boa	15	34,9	28	65,1	0,000	1,82 (1,16-2,85)
Boa	117	51,8	109	48,2	0,014	1,60 (1,10-2,32)
Mais ou menos	115	54,8	95	45,2	0,036	1,50(1,02-2,19)
Ruim	51	69,9	22	30,1		1,00
Dor de dente nos últimos seis meses						
Sim	46	47,4	51	52,6	0,037	1,26 (1,01-1,58)
Não	231	58,5	164	41,5		1,00

Fonte: pesquisa direta. * Regressão de Poisson não ajustada para acesso pleno ao serviço odontológico e variáveis in
modelo multivariado (P <0,20): sexo, idade, estado marital, escolaridade, renda familiar, saúde dos dentes e da boca e d
Poisson regressão multivariada ajustada para acesso pleno ao serviço odontológico e variaveis demográficas, socieco
*Source: Direct research. Poisson regression not adjusted for full access to oral health service and independent variable
model (P <0.20): sex, age, marital status, educational level, family income, teeth and mouth health and tooth pain in the
regression adjusted for full access to the dental service and demographic, socioeconomic and heal

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar os fatores que influenciam no acesso aos serviços odontológicos, permite fazer uma análise das fragilidades da Política Nacional de Saúde Bucal, além de servir de norte para orientação de políticas públicas no país. Apesar das inúmeras conquistas que a Saúde Bucal vem obtendo nos últimos anos no país, especialmente com o aumento da cobertura da Atenção Primária e Secundária e da melhoria da qualidade, as iniquidades em saúde persistem, especialmente em grupos sociais em condições de exclusão.

Aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal não significa que tenha havido uma mudança no processo de trabalho, sendo observado que antigas práticas não têm sido alteradas ao longo do tempo, agravando as condições de saúde bucal da população. A odontologia com perfil mutilador, curativista e "em quatro paredes" persiste, especialmente na Saúde Pública, sendo as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças bucais relegadas a segundo plano, muitas vezes com pouca ou nenhuma efetividade, perpetuando este modelo de atenção.

Associadas às precárias condições de saúde bucal e baixa utilização dos serviços, a odontologia pública enfrente dificuldades no país. Pessoas com maior necessidade percebida, de baixa renda e baixo nível de instrução deveriam, segundo o princípio da equidade, ter maior acesso aos serviços odontológicos. No entanto, apesar de todo o município ter uma cobertura de 100% de saúde bucal, estes indivíduos não têm acesso pelos mais diversos motivos como: dificuldade de financiamento, falta de manutenção dos equipamentos, de material ou mão de obra e filas de espera.

Este estudo pretende também contribuir com as autoridades sanitárias do município, reduzindo as lacunas referentes à avaliação dos serviços odontológicos e apresentando pontos de fragilidades das políticas que possam ser melhorados para garantir o acesso e equidade do cuidado, direcionados para a população com maior necessidade.

As pesquisas transversais apresentam como vantagem o fato de necessitarem de um menor tempo para realização e menor custo. Porém apresentam limitações como a impossibilidade de determinar causalidade e o fato de que os dados são coletados em um único momento.

Além das limitações relacionadas ao tipo de estudo, esse trabalho também apresenta como limitações o fato de os fatores individuais, por si só, não permitirem compreender o porquê da baixa utilização dos serviços odontológicos, especialmente públicos. É necessário avaliar conjuntamente os fatores externos como a disponibilidade dos serviços e profissionais, as barreiras geográficas e a organização dos serviços.

REFERÊNCIAS

ADAY, L.A. ANDERSEN, R.M. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res,** v.9, n.3, p. 208-20, 1974.

ALMEIDA, A.P.S.C.; NUNES, B.P.; DURO, S.S.S.; FACCHIN, L.A. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Rev saúde pública**, v.51, n.50, p.1-15, 2017.

ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, n.36, p. 1-10, 1995.

ANDERSEN, R.M. National health surveys and the behavioral model of health services use. **Med. Care,** n. 46, v. 7, p. 647-53, 2008.

ANDERSEN, R.M. NEWMAN, J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States**. Milbank Mem FundQ**, v. 51, p. 95-124, 1973.

ANDRADE, M.V.; NORONHA, K.V.M.S.; MENEZES, R.M.; SOUZA, M.N.; REIS, C.B.; MARTINS, D.R.; GOMES, L. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. **Economia Aplicada,** v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013

ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n.2, p. 360-5, 2010.

AQUILANTE, AG. ACIOLE, GG. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – "Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciênc. Saúde Colet**, n. 20, v.1, p.239-248, 2015.

ARAÚJO, C.S.; LIMA, R.C.; PERES, M.A.; BARROS, A.J.D. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1063-1072, mai/ 2009.

AYACH, Carlos. **A visão do usuário sobre o serviço público odontológico e a autopercepção em saúde bucal**. 2015. 122f. Tese (Doutorado em Odontologia Preventiva e Social) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, São Paulo.

BALDANI, M.H.; BRITO, W.H.; LAWDER, J.A.C.; MENDES, Y.B.E.; SILVA, F.F.M.; ANTUNES, J.L.F. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Rev. Bras. Epidemiol**., São Paulo, v.13, n.1, p.150-62, 2010.

BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saúde Colet**., Rio de Janeiro, v. 7, n.4, p. 709-717, 2002.

BASTOS, J.L.D.; DUQUIA, R.P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal**. Scientia Medica,** Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Resolução de nº. 466/2012**. Brasília – DF. 2012.

. Ministério da Saúde. DATASUS. **Relatório do histórico de cobertura, Município de Patos – PB**. 2018.

. Ministério da Saúde. DATASUS. **Consulta de estabelecimentos de Saúde, Município de Patos – PB**. 2018.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E. E. (Org.). **Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica**. Lisboa: APMCG, 2008. p. 69-72.

CARNUT, L.; FILGUEIRAS, L.V.; FIGUEIREDO, N.; ANGEIRAS DE GOES, P.S. Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3083-3091, 2011.

CASOTTI, E.; CONTARATO, P.C.; FONSECA, A.B.M.; BORGES, P.K.O.; BALDANI, M.H. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.esp, p. 140-157, out. 2014.

CAVALCANTI, R.P.; GASPAR, G.S.; GOES, P.S.A. Utilização e Acesso aos Serviços de Saúde Bucal do SUS - Uma Comparação entre Populações Rurais e Urbanas. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, 12(1):121-26, jan./mar., 2012.

CHIAVEGATTO FILHO, A.D.P.; WANG, Y.; MALIK, A.M.; TAKAOKA, J.; VIANA, M.C.; ANDRADE, L.H. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitanta de São Paulo. **Rev Saúde Pública,** v.49, n.15, p.1-12, 2015.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Cambridge: Harvard University, 1973.

ESPOSTI; C.D.D.; CAVACA, A. G.; CÔCO, L.S.A.; SANTOS-NETO, E.T.; OLIVEIRA, A.E. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. **Saúde Soc,** São Paulo, v.25, n.1, p.19-30, 2016.

FIGUEIREDO, M.C.; PEIXOTO, L.T.; CAVATTI, F.; SILVA, K.V.C.L.; JARDIM, L.E. Saúde Bucal de Pessoas em Situação de Pobreza Extrema Residentes em um Município no Sul do Brasil. **Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde,** Londrina, v.16, n.1, p.45-50, 2014.

GOES, P. S. A. **The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families**. London, 2001. 305f. Thesis (PhD) – University of London.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde.** PNAD 2003. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2005. 169p

IBGE. **Base de informações por setor censitário** (Paraíba- Patos) 2510808. Rio de Janeiro: IBGE, n.1, 2011. CD-ROM.

IBGE. **Síntese do município de Patos**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. In: _____. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003, cap.9, p. 174-214.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. The measurement of observer for contrasts among multinominal populations. **Biometrics** v. 33, p. 159-174, 1977.

MOTTA, L.J.; PISSINATO, AVS.; PINTO, MM.; MONKEN. SF. Análise dos índices de Saúde Bucal associados a indicadores sociais e econômicos no Brasil de 1986 a 2010. **E&G Economia e Gestão**, Belo Horizonte, v. 16, n. 42, Jan./Mar 2015.

PEREIRA, C.R.S.; PATRÍCIO, A.A.R.; ARAÚJO, F.A.C.; LUCENA, E.E.S.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p. 985-96, 2009.

PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. **RSP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250–258, 2012.

PERES, M.A.; ISER, B.P.M.; BOING, A.F.;YOKOTA, R.T.C.; MALTA, D.C.; PERES, K.G. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28 Sup:S90-S100, 2012.

PINHEIRO, R.S. TORRES, T.Z.G. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n42, p.999-1010, 2006.

ROCHA, R. A. C. P.; GOES, P. S. A. Comparação do acesso aos serviços de Saúde Bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, p.2871-2880, dez, 2008.

ROCHA, R. A. C. P. **Avaliação do acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB**. Tese de Doutorado, Camaragibe: Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade Estadual de Pernambuco. 2009, 155f.

RODRIGUES, N.O.; NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.17, n.8, p.2129-2139, 2012.

SANCHEZ, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v.31, n.3, p. 260–8, 2012.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.4 p.349-55, 2001.

SOARES, F.F.; CHAVES, S.C.L.; CANGUSSU, M.C.T. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.3, p. 586-596, mar, 2015.

SOUZA, J.F.D. **Desenvolvimento de solução mobile para aplicação em saúde.**2016. 37 f. Monografia (Graduação em Ciências da Computação) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande.

TRAVASSOS, C. CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELA, L; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistemas de saúde no Brasi**l. 2 ed. Fiocruz: Rio de Janeiro, p.183-206, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Sup2, p.190-198, 2004.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J.G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciênc. saúde coletiva**, v.21, n.2, p. 351-370, 2016.

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREEFEITURA MUNICIPAL DE PATOS/ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Patos
Secretaria Municipal de Saúde

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "Avaliação do acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família no município de Patos – PB" a ser desenvolvido pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, sob a coordenação das professoras Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga e Renata de Souza Coelho Soares, no qual prestamos cooperação técnica institucional.

Patos, 11 de janeiro de 2017

Secretária Municipal de Saúde

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISADOR
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
PLATAFORMA BRASIL

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPINA GRANDE-PB: UM ESTUDO DE COORTE.

Pesquisador Responsável: RENATA CARDOSO ROCHA MADRUGA
CAAE: 20260313.1.0000.5187.
SITUAÇÃO DO PROJETO: APROVADO.
Data da 1 relatoria: 31 de julho de 2013. Aprovado
Data da aprovação da Emenda ao projeto: 14/03/2017

Apresentação do Projeto: Trata-se de um estudo quantitativo e analítico, no qual é usado o método epidemiológico, com um desenho do tipo transversal, de base populacional. Também conhecido como seccional. No entanto, como este projeto se trata do seguimento de uma pesquisa anteriormente realizada, os dados que serão colhidos em 2013/2014 serão comparados ao estudo preliminar realizado em 2009 (ROCHA, 2009), desta forma, o estudo passará a ser uma coorte com dados primários que serão coletados prospectivamente na cidade de Campina Grande. Neste tipo de estudo o grupo de indivíduos é acompanhado ao longo do tempo e periodicamente é investigado por pesquisadores que vão agrupando dados sobre estas pessoas. Também conhecido como: prospectivo, estudo de incidência (incidence); longitudinal ou de seguimento (follow-up).

Objetivo Geral da Pesquisa: Avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande-PB comparativamente após cinco (5) anos do estudo inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Segundo a pesquisadora responsável Os levantamentos se enquadram na modalidade de risco mínimo de acordo com a Resolução CNS 466/12 do CNS/MS havendo a necessidade de se obter um termo de consentimento

por parte do sujeito ou responsável. Benefícios: Em relação aos benefícios do presente estudo, este poderá trazer contribuições significativa

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O projeto de pesquisa pretende dar uma contribuição para a lacuna existente relativa à avaliação dos serviços de Saúde Bucal, demonstrando como o acesso/utilização dos serviços tem sido efetivado nos cenários após a implementação da política nacional de Saúde Bucal (Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, Brasil Sorridente e Centro de Especialidades Odontológicas).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Os termos necessários e obrigatórios encontram-se presentes.

Recomendações: Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: O projeto encontra-se sem pendências. Foi solicitado por Emenda a este Comitê pela Pesquisadora responsável a inclusão de mais um local de pesquisa, este que será na Cidade de Patos-PB. Não havendo mudanças que enquadre o projeto em um novo projeto de pesquisa, o mesmo continua aprovado, não havendo impasses em seu desenvolvimento. Salvo melhor juízo.

Confidencial

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MAIOR DE IDADE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não inclusas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "**ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO**".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:
O trabalho **ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO** terá como objetivo geral Avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Patos – PB.
Ao voluntário só caberá a autorização para responder ao formulário de pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, os resultados da mesma serão publicados junto a Comunidade Científica, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(83) 986306424** ou **(83) 998879822** com **DEBORAH ELLEN WANDERLEY GOMES FREIRE.**
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

_____
Deborah Ellen Wanderley Gomes Freire

_____
Assinatura do Responsável

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RESPONSÁVEL PELO MENOR DE IDADE)

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

(OBSERVAÇÃO: para o caso de pessoas menores de 18 anos ou mesmo outra categoria inclusa no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ _____ em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do _____ de ____ anos na a Pesquisa "**ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO**".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO** terá como objetivo geral **Avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Patos – PB.**

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que responda ao formulário de pesquisa e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, os resultados da mesma serão publicados junto a Comunidade Científica, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(83) 986306424** ou **(83) 998879822** com **DEBORAH ELLEN WANDERLEY GOMES FREIRE.**

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com o pesquisador. Vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

_____
Deborah Ellen Wanderley Gomes Freire

_____
Assinatura do responsável legal pelo menor

_____
Assinatura do menor de idade

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

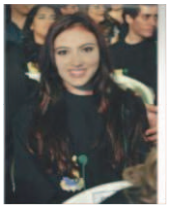
APÊNDICE C – CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO

UEPB

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ACESSO EFETIVO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS EM ÁREAS COBERTAS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO BRASILEIRO



PESQUISADORA

DEBORAH ELLEN

APÊNDICE D – LISTAGEM DOS BAIRROS E SETORES CENSITÁRIOS QUE COMPUSERAM A AMOSTRA DO ESTUDO

ESTUDO PILOTO

Bairro: Centro
Código do Setor Censitário: 04
Distrito Geral Administrativo: II
Nome da UBSF: UBSF Dirce Xavier
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Felizardo Leite, Praça Frei Martinho, Rua do Prado, Trav. LeôncioWanderley, Bossuet Wanderley, Trav. Cruzeiro da Paz, João da Mata, Leôncio Wanderley, José Genuíno.

ESTUDO PILOTO

Bairro: Santo Antônio
Código do Setor Censitário: 29
Distrito Geral Administrativo: IV
Nome da UBSF: UBSF Carleuza Candeia
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Padre Anchieta, Trav. Capitão Marinho, Cap. Manuel Gomes, Augusto dos Anjos, Trav. Manuel Gomes, Porfírio da Costa, Trav. Augusto dos Anjos, Alto Casteliano, Capitão Crisânteno, Trav. Felipe Camarão, Felipe Camarão.

PESQUISA

Bairro: Novo Horizonte
Código do Setor Censitário: 49
Distrito Geral Administrativo: I
Nome da UBSF: Vila Mariana
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Erly Adelino, José Cosme, Pedro Torres, Aloisio Queiroz, Benedito Rouxinol, Horácio Nóbrega, Manuel Marcondes, Pedro Nicácio, Jarbas Moura, Severina Dantas, Francisco Antonio.

Bairro: Belo Horizonte
Código do Setor Censitário: 104
Distrito Geral Administrativo: I
Nome da UBSF:Vila Mariana
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS

Ruas: Pedro Nicácio, Epaminondas Rocha, Laurenio de Queiroz, Jarbas Moura, Horácio Nóbrega.
Bairro: Distrito Industrial
Código do Setor Censitário: 150
Distrito Geral Administrativo: I
Nome da UBSF: Vila Mariana
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Erly Adelino, Br 230, Dr. José Roberto Slemenzi.

Bairro: Centro
Código do Setor Censitário: 01
Distrito Geral Administrativo: II
Nome da UBSF: UBSF Dirce Xavier
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: José Gomes Aires, Paulo Mendes, Frei caneca, Floriano Peixoto, João Soares, Vidal de Negreiros, Rui Barbosa, Solon de Lucena, Bossuet Wanderley, Rio Branco.

Bairro: Liberdade
Código do Setor Censitário: 18
Distrito Geral Administrativo: II
Nome da UBSF: UBSF Liberdade
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: José Genuíno, Santos Dumont, Zeca vieira, Paulo Leite, João Felipe Ramalho, Felizardo Leite, Enaldo Torres, Prefeito Oscar Torres.

Bairro: Morada do Sol
Código do Setor Censitário: 105
Distrito Geral Administrativo: II
Nome da UBSF: UBSF Pedro Firmino
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas:Rua do Prado, Ruas sem denominação.

Bairro: Salgadinho
Código do Setor Censitário: 13
Distrito Geral Administrativo: III
Nome da UBSF: UBSF Solon Medeiros
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS

Ruas:Augostinho Justo, Tereza Proxades, Pedro Firmino, Luiz Soares, ProfaAlaide Vieira de Lucena, Francisco Elias Pontes, João Ramalho, Alfredo Lustosa, Eloy Eneas, Dr. Bacamarte, Antonio Martins.

Bairro: São Sebastião
Código do Setor Censitário: 41
Distrito Geral Administrativo: III
Nome da UBSF: UBSF Ministro Ernani
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Euclides Franco, Pedro Benedito, Beartiz Silva, Sebastião Queiroz, Pai Levino, Maria Vicencia, Feliz Araújo, Pedro Saraiva Moura.

Bairro: Brasília
Código do Setor Censitário: 02
Distrito Geral Administrativo: III
Nome da UBSF: PSF Monte Castelo I e II
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Darcílio Wanderley, Fenelon Bonavides, Domingos Lugo, Godofredo Medeiros, Benjamin Constant, Floriano Peixoto, João Olinto, João de Barros, Pedro Firmino, JK.

Bairro: Monte Castelo
Código do Setor Censitário: 57
Distrito Geral Administrativo: IV
Nome da UBSF: UBSF Aderbal Martins
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Manoel Mota, Joaquim Amaro, Sabino Viana, Hermes Eneab, José Crispin, Manoel Pedro Oliveira, Edival Porfírio, Sebastião Monteiro, Antonio Barreto.

Bairro: Santo Antônio
Código do Setor Censitário: 32
Distrito Geral Administrativo: IV
Nome da UBSF: UBSF Belmiro Guedes
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Rua do Padro, Padre Anchieta, Peregrino de Araújo, Basta Gomes, Augusto dos Anjos, Oscar Torres, Alto Casteliano, Otílio de Souza, José Mendes.

Bairro: Jatobá
Código do Setor Censitário: 71

Distrito Geral Administrativo: IV
Nome da UBSF: UBSF Lauro Queiroz
Proporção ESB por ESF: 1ESB-1ESF
Tempo de implantação: >2 ANOS
Ruas: Manoel Enaldo, Frei Manoel, Antonio Gonçalves, Joaquim dos Santos, Matilde de Lucena.