

**UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO – FOP
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA**

RENATA DE ANDRADE CARDOSO PINTO ROCHA

**DETERMINANTES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
BUCAL EM CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**

**CAMARAGIBE
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

RENATA DE ANDRADE CARDOSO PINTO ROCHA

**DETERMINANTES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL
EM CAMPINA GRANDE - PARAÍBA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação em Odontologia da Faculdade de
Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP-
UPE), como um dos requisitos para obtenção do Grau de
Mestre em Odontologia, na área de concentração em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Paulo Sávio Angeiras de Góes (PhD)

CAMARAGIBE
2006

RENATA DE ANDRADE CARDOSO PINTO ROCHA

**DETERMINANTES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP-UPE), como um dos requisitos para obtenção do Grau de Mestre em Odontologia, na área de concentração em Saúde Coletiva.

Aprovada em 15 de Dezembro de 2006.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Aliana Fernandes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Prof^a. Dr^a. Cecile Soriano Rodrigues
Universidade de Pernambuco (UPE)

Prof^a. Dr^a. Maria Regina Menezes
Universidade de Pernambuco (UPE)

A Deus

Pelo amor de pai, por traçar os caminhos da minha vida pelas "ruas", "avenidas", "atalhos" os mais encantadores possíveis, tendo a felicidade de conhecer pessoas, viver intensamente cada dia concedido, de forma que me sinto privilegiada, zelada, resguardada sempre por Ele.

A Roberta, in memoriam

Minha irmã, uma criança linda, alegre, decidida, ativa, irreverente, que apesar da curta trajetória aqui na terra, deixou sua marca no coração de todos nós e continua viva em todos os momentos, através da sua lição de vida e missão.

Aos meus pais, Rinalda e João

Por toda doação de amor, desvelo, cuidado excessivo e esforço para tudo dar certo em minha vida. Fazendo-me uma pessoa mais forte e dando o suporte para eu ir sempre além.

A minha avó, Hilda

Lição de garra, coragem para enfrentar os desafios, amor e dedicação incondicional a toda a família. Como é dito por todos os filhos, netos e bisnetos "É a nossa Baraúna".

Ao meu grande amor, Waguinho

Por todo carinho, atenção, diálogo, compreensão, paciência, aconchego do seu abraço, que tanto me fortalece nas horas difíceis. Por seus ensinamentos de não desistir fácil dos nossos sonhos.

Ao PSF de Campina Grande, a comunidade de Vila Cabral, a todos que trabalharam e trabalham comigo lá.

Razão do anseio e busca pelo conhecimento, motivo da minha inquietude, inconformidade, questionamentos... que me levaram a um universo muito instigante, conquistador que é o da academia, da pesquisa, do fazer ciência.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Por me ensinar na prática que "Estudo sem pensamento é trabalho perdido e pensamento sem estudo é perigoso". Por me ensinar, também, a fazer pesquisa com seriedade e compromisso. Pelo seu entusiasmo com o nosso estudo/ pesquisa, pela sua invejável inteligência, pela sua lição de vida e esforço acadêmico. Enfim, por sua atenção, mesmo com tantas atribuições que possui, por me acompanhar e acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles da minha família pelo incentivo, por me encorajar sempre, por acreditar em mim, nas minhas idéias, pela acolhida sincera, pela compreensão das minhas ausências no convívio familiar e estímulo nos momentos difíceis do trabalho acadêmico (todos os tios e tias, em especial, a Titio Cardosinho – Ranulfo Cardoso Jr., Tia Nina – Ranilda, Mãe Té – Stela, todos os primos e primas, madrinha Dida – Hildacyr e ainda a meu sogro, minha sogra, meus cunhados – Sidney e Kleber, minha com cunhada Gerlany, que são minha segunda família).

A instituição pública que tornou possível a condução deste trabalho - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) pelo apoio financeiro fundamental para este estudo e obtenção desta titulação.

A Universidade de Pernambuco/ Faculdade de Odontologia de Pernambuco, em especial ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva aos seus representantes e dirigentes.

Ao Coordenador do Curso de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva Prof^o. Dr^o. Arnaldo de França Caldas Júnior pela acolhida no curso e por sua disponibilidade em nos servir.

Aos professores do Curso de Mestrado e Doutorado de Odontologia em Saúde Coletiva Prof^a. Cecile Soriano Rodrigues, Prof^o. Paulo Sávio Angeiras de Góes, Prof^o. Arnaldo de França Caldas Júnior, Prof^a. Eliane Helena Alvim de Souza, Prof^a. Regina Maria Lopes, Prof^a. Maria Luciani Loureiro Burichel e ao Prof^o. convidado César Dantas que contribuem dia- a -dia com sua dedicação, estímulo, ensinamentos, transmissão de conhecimentos e ato de coletivizar o saber, todos deram um pouco de si para que eu chegasse até aqui, mais uma vez, minha sincera gratidão.

Aos demais professores do "Núcleo/ Tronco comum" Prof^o. Edimilson Mazza, Prof^o. Aurélio Molina, Prof^o. Luis Alberto Rodrigues, Prof^o. Emanuel Sávio de Souza Andrade, Prof^a. Verônica Maria de Sá, Prof^a. Maria do Socorro Orestes Cardoso, que também fizeram parte desta construção de conhecimentos.

Aos professores que participaram da minha Banca/ Exame de Qualificação, os quais trouxeram contribuições muito importantes, aperfeiçoando, melhorando a qualidade desta dissertação com sugestões oportunas - Prof^o. Dr^o. Antônio Carlos Pereira (Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/UNICAMP), Prof^a. Dr^a. Sílvia Regina Jamelli (Universidade Federal de Pernambuco-UFPE) e Prof^a. Dr^a. Cecile Soriano Rodrigues (Universidade de Pernambuco-UPE).

Aos meus colegas de turma, pelos momentos que serão eternamente recordados: refeições partilhadas, as boas conversas, os congressos/ encontros científicos, as alegrias e preocupações divididas, enfim, vocês são parte desta história – (Mestrado Saúde Coletiva): Fabíola Andrade, Jorge Orestes, Patrícia Andrade, Renata Coelho, Waleska França, (Doutorado Saúde Coletiva): André Suliano, Bernadete Bené, Gustavo Agripino, Lúcia Silvestre, Nilcema Figueiredo, Rilva Suely, Sandra Cadena. Aos demais companheiros do Núcleo/ Tronco comum: (Odontopediatria) Ana

Catarina, Maria Carolina, Michele, Fabiana, Ednara, Juliana (Dentística) Ana Isabela, Gymenna, Gabriela e ao pessoal de Endodontia e Cirurgia.

Aos meus companheiros de todas as horas: Rilva Suely (Rilvinha) / Alfredo (Fêdo) e Maria Carolina (Carol) que não dividiram apenas o apartamento comigo, no período que morei em Recife-PE, ou a gasolina nas idas e vindas (Recife-PE/Campina Grande-PB), mas dividiram também, o ombro amigo, conselhos, crises, lembranças, tudo o que uma grande amizade consegue preencher, suprimindo as ausências dos nossos maridos, amigos distantes, trabalho e família. Em especial, também, a Renata Coelho (Rena) que apesar de não ter morado conosco, estava presente em todos os momentos, nas risadas, nos momentos em que oramos juntas... Jamais iremos esquecer. A turminha do "Apartamento das meninas": Ana Isabela (Belinha), Gymenna e Isis Carvalho Cedro (Isinha) (in memoriam) que Deus nos dê forças para superar a sua ausência. Drasticamente ceifada do coração de todas nós que convivemos e conhecemos de perto. Obrigada por tudo e um forte abraço.

As amigas Paula Fernanda, Verônica e Luciene, responsáveis pelo incentivo, ajuda científica constante, estímulo a sempre prosseguir, despertaram em mim a vontade de "beber na fonte" do conhecimento, da produção científica, sempre pautados na ética, compromisso, retornando o que produzimos à prática, trazendo para realidade o nosso objeto de estudo.

Aos professores da graduação e pós-graduação (lato sensu) que sempre me estimularam a seguir com a pós-graduação (stricto sensu), especialmente ao Prof^o. Sérgio D' Ávila, Prof^a. Sônia Maciel, Prof^a. Ana Emília e Prof^a. Maria de Salete Porto (orientadora do PIBIC) e Prof^a. Aliana Fernandes (orientadora da especialização).

A "amiga-irmã" Laene por dizer "as palavras certas na hora certa", toda minha gratidão pelo suporte que vem me dando todos estes anos, especialmente pelo estímulo e atenção nunca negados nas horas difíceis.

Aos meus companheiros de trabalho do Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB, do bairro de Vila Cabral I e II, pelo apoio, compreensão da decisão de seguir o caminho do mestrado, momento em que optei por sair do PSF, pelas palavras de encorajamento, que foram essenciais na despedida, meus agradecimentos à: Marisa, Sandra, Maricélia, Andréa, Paula Fernanda, Virgínia, Fabrícia, Fátima, Verônica e Luciene. O carinho recebido dos meus dez Agentes Comunitários nunca será esquecido: Waldirene, Marilene, Charlene, Lucinha, Maria José, Claudemir, Maíra, Rosa, Patrícia e Mônica. A atenção e cuidado constante de Dona Zefinha e Dona Chica. O respeito de Sr. Eliel, Romero, Lenildo, Sr. Antônio e China.

Aos meus novos companheiros de trabalho no Programa Saúde da Família de Campina Grande-PB, do bairro de Vila Cabral I e II, Renata Lira, Stefano, Luciana, Gicélia (Gil), Fátima Gomes, Michelle, Rafael, Lesses Cláudia, Deusarina (Deusa), Neide e Alessandro.

Ao Secretário de Saúde do Município de Campina Grande, Diretoria de Atenção à Saúde, Diretoria de Vigilância à Saúde, Gerência da Atenção Básica/ Coordenação do PSF, Coordenação de Saúde Bucal e Gerências Distritais/ Rede de apoio ao

PSF, naquele período, tendo a frente o Dr. Geraldo Medeiros Júnior, Dr. Erinaldo Guimarães, Dra. Berenice Ramos, Dra. Ana Fábila da Mota Rocha Farias e Dr. Alexandre Diniz. Aos demais membros da Secretaria de Saúde (Socorro, Mychell, Alexandre, Victor).

A atual gestão do Secretário de Saúde: Dr. Metuselá Lameque Jafé, a Diretoria de Atenção à Saúde: Dr. Márcio Tarradt Rocha, a Gerência da Atenção Básica/Coordenação do PSF: Dra. Semyramis Dantas, a Coordenação de Saúde Bucal: Dra. Solange Medeiros e as Gerências Distritais.

A todos os funcionários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, dos municípios de Campina Grande e João Pessoa - PB, em especial ao Sr. José Reginaldo Gonçalves Madruga (Supervisor do Estado da Paraíba da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD), por disponibilizar material e informações necessárias à execução deste estudo, pela visita concedida ao IBGE, onde nos recebeu com muita atenção, explicando e orientando-nos, passo -a - passo nos diversos setores do IBGE, apresentando-nos ao pessoal responsável por cada setor, além de toda informação concedida da metodologia empregada na PNAD, até o processo de disponibilização dos dados a comunidade em geral.

Aos coordenadores da Secretaria de Planejamento – SEPLAN, em especial a coordenadoria de gestão e o departamento de informações, do município de Campina Grande-PB, por nos fornecer mapas da cidade e de seus respectivos bairros e informações necessárias a esta investigação.

As comunidades visitadas (Tambor, Catolé de Zé Ferreira, São Januário, Cuités, Monte Castelo, Alto Branco, Bela Vista, Santa Cruz, José Pinheiro e Palmeira), nos bairros onde havia Equipe de Saúde da Família, a todas elas, o nosso agradecimento, especialmente aos Agentes Comunitários de Saúde, que em algumas situações nos acompanharam e apresentaram aos moradores, facilitando a nossa pesquisa e chegada às áreas de risco e de difícil acesso. Agradecemos, também, aquelas comunidades que não possuíam o Programa Saúde da Família, mas que com muita boa vontade, através das suas lideranças formais locais (Presidentes de Clube de Mães, Presidentes das Sociedades de Amigos de Bairros - SABs, diretores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e diretores de Centros de Saúde) disponibilizaram seu tempo para fornecer informações.

A todos os usuários que participaram deste estudo, que "abriram a porta das suas casas" para nos receber, em alguns lugares, mais afetosamente do que outros, mas a todos os que participaram desta pesquisa, nosso muito obrigado, sem a participação voluntária de vocês este trabalho não seria possível.

A todas aquelas pessoas que contribuíram, de alguma maneira, para a conquista desta vitória e a realização deste trabalho, mas que, por algum lapso de memória não foram citadas, o nosso agradecimento.

*"Só aquele que fala em nome do povo pode educá-lo,
só aquele que se torna seu aluno,
pode tornar-se seu mestre.
Aquele que se comporta como um Senhor ou um Aristocrata,
debruçando-se do alto sobre o "povinho",
mesmo se tiver um grande talento,
não terá nenhuma utilidade para o povo
e sua obra não terá nenhum futuro".*

(Gramsci)

*"Ontem um menino que brincava me falou:
Hoje é semente do amanhã.
Para não ter medo que este tempo vai passar
Não se desespere e nem pare de sonhar.
Nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs.
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar.
Fé na vida, fé no homem, fé no que virá.
Nós podemos tudo, nós podemos mais".*

(Gonzaguinha)

RESUMO

Introdução: Existem vários trabalhos na área do acesso aos serviços de saúde, porém, são poucas as pesquisas do acesso aos serviços de saúde bucal e, principalmente, após a inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo: Avaliar os fatores associados ao acesso aos serviços de Saúde Bucal na cidade de Campina Grande – PB.

Metodologia: estudo analítico com um desenho do tipo transversal, com base populacional, a amostra (n) foi de 827 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados foram coletados no período de 10 de Março de 2006 a 18 de Maio de 2006, a partir da entrevista dos indivíduos residentes nos domicílios, determinados por amostra aleatória sistemática. Os dados foram coletados a partir da agregação de formulários previamente validados: PNAD-2003 (IBGE, 2005), QASSaB (FERNANDES, 2002) e instrumento utilizado por (GOES, 2001). A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 11.0, tendo ocorrido em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Na estatística descritiva foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas, na estatística analítica foram testadas as associações, utilizando-se o χ^2 de Pearson, as variáveis que foram consideradas estatisticamente significantes, foram levadas para uma análise de regressão logística múltipla, método ENTER (em blocos), seguindo o modelo proposto pelo estudo. Para análise do acesso efetivo foi utilizado o teste T. Para todas as análises foi considerado como significativo o nível de 5%.

Resultados: Um número de 336 pessoas (40,6%) só visitou o dentista há três (03) ou mais anos e 2,3% da amostra, 19 pessoas, nunca foi ao dentista. Em relação ao tipo de serviço (dentista que geralmente usa) o percentual de indivíduos que procura dentistas do serviço público 279 (34,5%) ficou bem aquém daqueles que procuraram dentistas particulares ou de convênios/planos de saúde 519 (64,3%). Daqueles que utilizam o serviço público apenas 6,8% (55 indivíduos) teve acesso ao dentista do PSF. O percentual de indivíduos que teve acesso aos serviços de saúde bucal nos últimos (02) dois anos encontrado nesta pesquisa foi de 57,07%. Os indivíduos que residiam em áreas não cobertas pelo PSF obtiveram 1.5 vezes mais chance de ter acesso (OR=1.5; IC 95%=1.1-1.9; p=0,004*) aos serviços de saúde bucal que os que residiam. Esta probabilidade desapareceu (OR=1.1; IC 95%=0.8-1.6; p=0,337) após ser ajustado para sexo, idade, renda individual, escolaridade e autopercepção de saúde. Os resultados finais desta análise demonstraram que o acesso à saúde bucal está fortemente associado ao sexo feminino (OR= 1.6; IC 95%=1.1-2.3; p=0,004*); menor idade – adolescentes (OR= 5.9; IC95%=3.3-10.7; p<0,001*); renda individual igual ou maior a 2 salários (OR= 2.8; IC 95%=1.5-5.2; p=0,001*) e escolaridade equivalente ao 2º Grau completo (OR= 2.6; IC 95%=1.6-4.3; p<0,001). Ao avaliar o **Acesso Efetivo nos Serviços Públicos de Saúde Bucal** foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa maior entre os usuários que utilizam unidades de saúde associadas ao PSF, que os demais serviços públicos de saúde.

Conclusões: Os fatores sócio-demográficos foram considerados os principais preditores do acesso a estes serviços. Não existiu diferença no acesso aos serviços de saúde bucal de residentes em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF. Os usuários do PSF mostraram um maior grau de acesso efetivo quando comparados aos demais serviços públicos de saúde.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Bucal; Qualidade da Assistência à Saúde, Acesso e Avaliação; Satisfação do Paciente.

ABSTRACT

Introduction: There are several works in the access area to the health service, therefore there are few researches in order to access the Oral Health Care service, and mainly after the inclusion of the Oral Health Care in the Family Health Program.

Objective: Evaluating the factors associated with the access to the Oral Health Care service in Campina Grande, PB. **Methodology:** Quantitative and analytical study with a drawing of the transversal type with population bases; a sample (n) was of 827 individuals aging from 18-years old on. The data were collected from March 10th, 2006 to May 18th, 2006, in house hold interviews, determining from systematic random samples. Data were collected in forms validated previously. (PNAD-2003); (IBGE, 2005); QASSaB (FERNANDES, 2002) and instrument used by (GOES, 2001). The data analyses were done by the statistical program "Statistical Package for Social Science (SPSS)" 11, 0 versions, in two phases: one descriptive and the other analytic. In the statistic descriptive were done the destitution of frequency of quantitative variables, in the analytical statistic were tested as association, apply X^2 of Pearson, the variables that were considered statistically meaningful were taken to analyses of regression logistic multiple method ENTER (in blocs), following the module proposed by the study to analyse the effective access Test T was applied. In all the analyses were considered as significant the level of 5%.

Results: 336 people (40,6%) only saw the dentist three (03) or more years ago and 2,3%, 19 people, has never seen the dentist. In relation to the type of service (dentists are always used) the percentage of individuals who seeks for the public dentist care service are 279 (34,5%), it was far less than those who sought for private dentists or health plans 519 (64,3%). From those who use the public service only 6,8% (55 individuals) had access to the dentist from the Family Health Program. The percentage of individuals who had access to the Oral Health Care services in the last two (02) years found in this research were 57,07%. The individuals who live in areas not covered by the Program (PSF) had 1.5 times more chances to the access. (OR=1,5; IC 95%=1.1-1.9; p=0,004*) to the Oral Health Care service than the residents in the area. This probability nearly disappeared (OR=1.1; IC95%=0,8-1.6;p=0,337) after being adjust to sex, age, income and academic level and self awareness of health. The final outcome of this analyse demonstrates that the access to Oral Health Care is strongly associated with female sex (OR=1.6;IC95%=1.1-2.3;p=0,004*); under age – adolescents (OR=5.9;IC95%=3,3-10.7;p<0,001*), individual income equal or higher than two (02) salaries (OR=2.8; IC 95% = 1.5-5.2; p=0,001*); and academic level equivalent to high school completed (OR=2.6; IC 95% = 1.6-4.3;p<0,001). In evaluating the **Effective Access to the Public Oral Health Service** a significant statistically difference was found, higher among the users of the 'PSF' than the other Public Health Services.

Conclusions: The social demographic factors were considered the main cause for the access to these services. There were no differences in the access to the Oral Health Care service by the residents in the covered area, and in the areas not covered by the Family Health Program, PSF. The Family Health Program users showed a bigger effective access when compared to the others public health services.

Keywords: Health Services Accessibility; Oral Health; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Patient Satisfaction; Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo do Estudo	75
Figura 2 – Os sete pilares da qualidade em saúde sugeridos, por Donabedian (1990)	80
Figura 3 – Dimensões contempladas, tomando como base os sete pilares da qualidade em saúde de Donabedian (1990), acrescido da opinião de Vuori (1991) e Malik (1996).....	82
Figura 4 – Mapa do Brasil, com recorte do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Campina Grande	90
Figura 5 – Mapa da cidade de Campina Grande com divisão em cores por distritos sanitários	92
Figura 6 – Fluxograma do estudo	101
Figura 7 – Comportamento da curva das medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão)	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Áreas do município de Campina Grande – PB	90
Quadro 2 – Relação dos Distritos Sanitários e seus respectivos Centros de Saúde e população.....	91
Quadro 3 – Variáveis dependentes, definição e operacionalização	98
Quadro 4 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.....	98

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Freqüência e percentual das variáveis independentes (Indivíduos com cobertura do PSF, Sexo, Idade, Residência/ Distrito Sanitário/ Local de moradia, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Casa/ Tipo de Moradia, Escolaridade) Campina Grande/PB – 2006105
- Tabela 2** – Freqüência e percentual das variáveis independentes (Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção da saúde bucal, Satisfação com aparência dos dentes, Dor de dente na vida, Dor de dente nos últimos seis (06) meses, Severidade da dor) Campina Grande/PB – 2006106
- Tabela 3** – Freqüência e percentual das variáveis independentes (Procura pelo mesmo serviço de saúde, Tipo de serviço de saúde procurado, Procura de serviços nas últimas duas (02) semanas, Avaliação do atendimento recebido, Motivo para não procurar o serviço) Campina Grande/PB – 2006107
- Tabela 4** – Freqüência e percentual da variável dependente (Última visita ao dentista/Acesso à saúde bucal e Dentista que geralmente usa/ Tipo de serviço) Campina Grande/PB – 2006.....108
- Tabela 5** – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Disponibilidade destes serviços. Campina Grande/PB – 2006109
- Tabela 6** – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Resolutividade destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.....110
- Tabela 7** – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a limpeza e conforto dos ambientes destes serviços. Campina Grande/PB – 2006111
- Tabela 8** – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo as Relações humanas dos Profissionais/ Usuários destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.....112
- Tabela 9** – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo as Relações humanas do Cirurgião Dentista/ Usuários destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.....112
- Tabela 10** – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Qualidade técnico-científica dos equipamentos destes serviços. Campina Grande/PB 2006.....113

Tabela 11 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Eficiência do tratamento destes serviços. Campina Grande/PB – 2006 113

Tabela 12 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Eficácia do tratamento destes serviços. Campina Grande/PB – 2006..115

Tabela 13 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Equidade do tratamento destes serviços. Campina Grande/PB – 2006 116

Tabela 14 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Aceitabilidade dos usuários destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.....116

Tabela 15 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (Cobertura de PSF, Sexo, Idade, Distrito Sanitário, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Moradia, Escolaridade) em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal. Campina Grande/PB – 2006.....118

Tabela 16 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção da saúde bucal, Satisfação com aparência dos dentes, Dor de dente na vida, Dor de dente nos últimos seis (06) meses, Dentista que geralmente usa/ tipo do serviço) em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal. Campina Grande/PB – 2006.....119

Tabela 17 – Resultado da Regressão Logística Múltipla do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal. Campina Grande/2006121

Tabela 18 - Frequência, percentual, medidas de tendência central, de dispersão e valor de p da variável dependente Acesso Efetivo/ Grau de Satisfação em relação ao tipo de serviço público de Saúde Bucal (Público do PSF e Público de outros serviços). Campina Grande/PB – 2006123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIPEME – Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercados
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CEO – Centros de Especialidades Odontológicas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CFO – Conselho Federal de Odontologia
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CPO-D – Cariados Perdidos e Obturados (Dentes) Índice
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DP – Desvio Padrão
DS – Distrito Sanitário
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
GM – Gabinete do Ministério
GPABA – Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
HU – Hospital Universitário
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Intervalo de Confiança
MS – Ministério da Saúde
NBR – Norma Brasileira
NCHS – National Center for Health Statistics
NHIS – National Health Interview Survey
NMES – National Medical Expenditure Survey
NOAS – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OR – Odds Ratio (Razão de Chances)
ORaj – Odds Ratio ajusted (Razão de Chances ajustadas)
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PMCG – Prefeitura Municipal de Campina Grande

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNSN – Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
PPV – Pesquisa sobre Padrões de Vida
PSF – Programa Saúde da Família
QASSaB – Questionário de Avaliação da Satisfação dos Usuários com Serviços de Saúde Bucal
RP – Razão de Prevalência
SAB – Sociedade de Amigos de Bairros
SAS – Sistema de Assistência Social e de Saúde
SB – Saúde Bucal
SB Brasil – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira
SIA – Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SM – Salário Mínimo
SMSCG – Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TABWIN – Tabulação para tratamento de dados versão Windows
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica Saúde da Família
UPE – Universidade de Pernambuco
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISTA DA LITERATURA	25
2.1 COMPREENDENDO OS CONCEITOS DE ACESSO; ACESSIBILIDADE; COBERTURA; UTILIZAÇÃO/USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	25
2.2 MODELOS CONCEITUAIS DESENVOLVIDOS NOS ESTUDOS DO ACESSO	31
2.2.1 Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model).....	31
2.2.2 Modelo de Andersen (1968); Andersen e Newman (1973) e Aday e Andersen (1974)	32
2.2.3 Modelo de Dutton (1986)	34
2.2.4 Modelo de Evans e Stoddart (1994) / Modelo de Produção da Saúde	35
2.2.5 Outros Modelos de estudo.....	36
2.2.5.1 Modelo de acessibilidade segundo Donabedian (1973)	36
2.2.5.2 Modelo de acessibilidade segundo Frenk (1985)	36
2.2.5.3 Modelo de necessidades – Hulka e Wheat (1985)	36
2.2.5.4 Modelo explicativo de uso dos serviços de saúde de Wennberg (1985)	37
2.2.6 Modelos Teóricos do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal (Utilização de Serviços Dentários)	37
2.3 EVIDÊNCIA EMPÍRICA NO ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	45
2.3.1 Estudos Internacionais	45
2.3.2 Estudos Nacionais.....	46
2.4 EVIDÊNCIA EMPÍRICA RECENTE NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL	59
2.4.1 Estados Unidos.....	59
2.4.2 Canadá.....	60
2.4.3 Reino Unido.....	61
2.4.4 América do Sul.....	62
2.4.4.1 Brasil.....	63

2.5 A GARANTIA LEGAL DO ACESSO AOS SERVIÇOS: O CASO BRASILEIRO	66
2.6 MODELO DO ESTUDO	75
2.7 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	76
2.7.1 Considerações sobre avaliação, qualidade em serviços de saúde e satisfação na ótica do usuário	77
3 OBJETIVOS	87
3.1 OBJETIVO GERAL.....	87
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	87
3.3 HIPÓTESE DO ESTUDO	87
4 MATERIAIS E MÉTODO	89
4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA	89
4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO	89
4.3 POPULAÇÃO	93
4.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	93
4.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO	94
4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	95
4.7 COLETA DE DADOS.....	95
4.8 ABORDAGEM AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	95
4.9 TÉCNICA UTILIZADA.....	95
4.10 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	96
4.11 ESTUDO PILOTO.....	96
4.12 ELENCO DAS VARIÁVEIS.....	97
4.12.1 Variáveis Dependentes	97
4.12.2 Variáveis Independentes.....	98
4.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	99
4.14 FLUXOGRAMA DO ESTUDO	101
4.15 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	101
5 RESULTADOS	103
5.1 FASE DESCRITIVA.....	103
5.1.1 Descrição das Variáveis Independentes	103

5.1.2 Descrição da demanda aos serviços de Saúde Geral	106
5.1.3 Descrição da demanda aos serviços de Saúde Bucal	108
5.1.4 Grau de Satisfação do usuário com os serviços públicos de Saúde Bucal	109
5.2 FASE ANALÍTICA.....	117
5.2.1 Associação Bi-variada entre as variáveis sócio-econômico-demográficas, percepção de saúde bucal e dor com o Acesso aos serviços de Saúde Bucal	117
5.2.2 Análise de Regressão Múltipla para o acesso aos serviços de Saúde Bucal	120
5.2.3 Avaliação do Acesso Efetivo nos Serviços Públicos de Saúde Bucal em Campina Grande-PB	122
6 DISCUSSÃO	124
6.1 RECOMENDAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA.....	131
7 CONCLUSÕES	133
REFERÊNCIAS	134

APÊNDICES

APÊNDICE A - CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO

APÊNDICE B - CAPA PARA IDENTIFICAÇÃO E SEPARAÇÃO DOS FORMULÁRIOS DA PESQUISA

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

* A elaboração deste sumário obedece ao disposto na NBR 6027:2003.

1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e a universalidade da atenção implica, necessariamente, a formulação de um modelo social ético e equânime norteado pela inclusão social e solidariedade humana. Cidadania, entendida aqui como, um dos princípios fundamentais do Estado Democrático de Direitos, significa o estado de quem ostenta direitos e obrigações.

Como consta em nossa CONSTITUIÇÃO “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), é direito humano ter acesso às necessidades básicas, como a SAÚDE, para uma vida saudável e a SAÚDE BUCAL é parte indissociável da saúde geral. No entanto, segundo Salazar, Grou, Nunes Júnior (2006), a Constituição não deve ser um simples ideário. Não deve ser apenas uma expressão de anseios e aspirações. Deve ser a transformação de propósitos em regras impositivas, em comandos, em preceitos obrigatórios para todos: órgãos do poder e cidadãos. Os direitos à saúde (Artigo 196 da Constituição Federal) e à educação (Artigo 205 da Constituição Federal) são deveres do Estado, que, por isso, tem a obrigação de satisfazê-los. O direito esculpido na segunda parte do Artigo 196 (acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação) e explicitado no Artigo 198 é de eficácia plena e imediata, não podendo o Estado postergá-lo, nem condicioná-lo a futura implementação de programas sociais e econômicos. Assim sendo, o direito à saúde é um direito de todos os cidadãos brasileiros, que gera o dever do Estado de propiciá-lo imediatamente, sob pena de ser instado judicialmente a fazê-lo.

Nesse sentido, o impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e da edificação de uma utopia social igualitária, tendo a saúde como direito individual e coletivo que deve ser fortalecido com o redimensionamento de uma nova prática construída a partir de uma gestão democrática e participativa (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

É reconhecida a importância da saúde bucal como componente da qualidade de vida das pessoas, no entanto, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso às ações e aos serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI,

2002). A maioria das doenças bucais não ameaça a vida diretamente, porém são problemas importantes de saúde pública. As razões de sua importância estão na sua alta prevalência, demanda pública elevada aos serviços, impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em termos de dor, desconforto, limitação e deficiência social e funcional interferindo sobre a qualidade de vida (BALDISSEROTTO, 1995). A partir deste contexto, mudanças na organização dos serviços odontológicos devem ser feitas (THOMAS et al, 1997), onde a rede de atenção básica deve ser responsável pelo desenvolvimento da maioria das ações em saúde bucal.

Em 2003, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que 15,7% dos entrevistados nunca haviam ido ao dentista. Apesar dos esforços feitos nos últimos anos, a disparidade entre ricos e pobres no acesso aos serviços de saúde bucal é alta. Enquanto 31% das pessoas com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo afirmaram nunca ter feito uma consulta odontológica, essa proporção caiu para 3% entre os que tinham rendimento mensal familiar superior a 20 salários mínimos. A redução no número de pessoas que nunca haviam ido ao dentista foi maior entre os residentes de áreas rurais, cujo percentual passou de 32% para 28% e na classe de rendimento mensal familiar até um salário mínimo, que passou de 36% para 31% (IBGE, 2005).

Apesar do perfil epidemiológico das doenças bucais estar mudando, principalmente com a redução na prevalência e severidade da cárie aos 12 anos de idade, fato verificado nos países ditos desenvolvidos (ORCA, 1996; THOMAS et al, 1997; NADANOVSKY, 2000), nos países em desenvolvimento, como o Brasil, (OLIVEIRA, 1998; MARCENES; BÖNECKER, 2000), é evidenciado que tal fato não ocorre de forma equânime na população, ou seja, as desigualdades sociais presentes, implicam em desigualdades nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo aquelas de maior risco social, também válido aos agravos em saúde bucal (WATT; SHEIHAM, 1999; FIGUEIREDO, 2001; PATUSSI et al, 2001; MATOS et al, 2002; BRASIL MS, 2004h).

O cenário sócio-político-econômico do Brasil demonstra uma realidade que se expressa em duas faces: por um lado temos uma Constituição Federal que é denominada "cidadã" por garantir os direitos e deveres, buscando a igualdade para todos; por outro lado, percebe-se um verdadeiro desmonte das políticas sociais, reduzindo cada vez mais o acesso a bens e serviços, gerando um agravamento da

questão social cujas implicações incorrem no que Pereira (1999) afirma: "os ricos ficam mais ricos e os pobres ficam mais pobres".

Reduzir as desigualdades de acesso aos serviços de saúde das populações de países em desenvolvimento tem sido uma meta prioritária do plano "Saúde para Todos no Ano 2000", implementado pela Organização Mundial da Saúde, desde 1978. Tal filosofia, que tem como postulado assegurar a todos os indivíduos de uma população igual probabilidade de receber assistência à saúde quando necessário vêm introduzindo novas abordagens conceituais e metodológicas para a realização de comparações válidas entre os diversos segmentos populacionais, determinados segundo diferentes padrões de condições de vida (SAMAJA, 1994, 1996).

Consta como meta do Plano Nacional de Saúde (PNS), de 13 de dezembro de 2004, a expansão do acesso à atenção básica e esta deverá estar baseada em estratégias que privilegiem o atendimento integral das necessidades de saúde, para o que será indispensável o estabelecimento de articulação intersetorial em âmbito municipal. A ênfase na atenção básica justifica-se pela resolutividade que proporciona, pois é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde da população, e pelo impacto que produz no ordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2004i).

Este Plano Nacional de Saúde é visto como um instrumento de referência indispensável para a atuação das esferas de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) e traz uma contribuição na busca da redução das desigualdades em saúde, mediante a pactuação de metas estratégicas para melhoria das condições de saúde da população e para resolubilidade do SUS. A ampliação do acesso tem como objetivo superar o modelo biomédico de atenção às doenças, modelo este, cuja abordagem aos agravos à saúde está centrada na doença. (ERIKSEN; BJERTNESS, 1991; BRASIL, 2004i).

No Brasil, apesar dos avanços recentes, gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2004e), ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal. A problemática da demanda pública aos serviços odontológicos ainda é elevada (MOYSÉS, 1992).

O “Brasil Sorridente” é um programa que faz parte da política de saúde do governo federal e tem o objetivo de ampliar o atendimento odontológico e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. Neste programa estão previstas, dentre outras ações, a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que são unidades de saúde destinadas ao atendimento odontológico especializado no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo realizar no mínimo as seguintes atividades: Diagnóstico Bucal, Periodontia, Cirurgia, Endodontia e Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais (BRASIL, 2001e).

O programa “Brasil Sorridente” foi lançado em 17 de março de 2004. O Jornal do Conselho Federal de Odontologia (CFO) publicou que atualmente estão em operação 370 CEOs, atuando em 280 municípios. Outros 226 já foram credenciados (PINTO, 2006). No estado da Paraíba há 18 municípios credenciados. No entanto, o município de Campina Grande-PB, local onde foi desenvolvida esta pesquisa e que foi um dos primeiros contemplados com um CEO no estado paraibano, ainda não iniciou suas atividades (BRASIL, 2006b).

O Pacto de Gestão do Ministério da Saúde (MS) para o período 2004-2006 priorizou a saúde bucal de toda a população como uma das metas a ser atingida (BRASIL, 2005).

Os desafios a serem enfrentados integram o rol de dimensões do desenvolvimento de um sistema de grande envergadura e vitalidade. Tais dimensões, talvez, não tenham a possibilidade de estar plenamente contempladas num plano estratégico, mas são certamente, objeto da articulação no conjunto de propostas em desenvolvimento por municípios, estados e União, no esforço em direção à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços oferecidos e à garantia de direito previstos na Constituição Brasileira (BRASIL, 2004i). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1997) registra uma taxa de 13% de brasileiros que procuram o dentista em consultório particular, a grande maioria depende de serviço público. Provavelmente incluídas nesta porcentagem estão as pessoas com dificuldades financeiras e com baixa percepção da necessidade de tratamento (COHEN, 1987). Avaliar desigualdades no uso dos serviços básicos de saúde implica, sobretudo, extrapolar os estudos de demanda para alcançar também os indivíduos fora do sistema, identificar possíveis focos de exclusão e compensar as diferenças existentes (MOONEY, 1987).

Existem vários trabalhos na área do acesso aos serviços de saúde, porém, são poucas as pesquisas do acesso aos serviços de saúde bucal e, principalmente, após a inserção da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família.

É dentro desta perspectiva que este estudo pretende identificar os fatores que interferem no acesso/utilização dos serviços de Saúde Bucal no município de Campina Grande-PB.

* A elaboração desta dissertação (apresentação) obedece ao disposto na NBR 14724:2005.

2 REVISTA DA LITERATURA

2.1 COMPREENDENDO OS CONCEITOS DE ACESSO; ACESSIBILIDADE; COBERTURA; UTILIZAÇÃO/USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de **acesso aos serviços de saúde** é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso (OJANUGA; GILBERT, 1992; PUENTES-MARKIDES, 1992).

É um conceito cuja perfeita definição ainda oferece dificuldade aos especialistas (PENCHANSKY; THOMAS, 1981; FRENK, 1985). Vai além da entrada nos serviços, segundo a concepção de alguns (DONABEDIAN, 1973). Tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde, ou seja, se refere à adequação entre as características do serviço oferecido e as expectativas e necessidades trazidas pelo paciente (PENCHANSKY; THOMAS, 1981).

Já para outros, implica garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde, ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (ANDRADE et al, 2004).

Andersen (1995) conceitua, em versões iniciais do estudo do acesso, que é um dos elementos do sistema de saúde, dentre os ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Mais tarde, nas últimas revisões do conceito, passa a ampliá-lo como: Acesso realizado (uso) que passa a incluir os seus efeitos na saúde e na satisfação das pessoas.

O acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, de ordem socioeconômica e cultural, que extrapolam a assistência à saúde (UNGLERT, 1990; PEREIRA, 2002). Nestes aspectos, segundo Unglert (1990), atuam fatores sócio-econômicos e culturais que interagem com aspectos intersetoriais ligados à própria estrutura política de cada país. O acesso à saúde está ligado, desta forma, às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação (UNGLERT, 1995).

Considerando-se a complexidade conceitual da palavra acesso, esta é muitas vezes empregada de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de

serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo **acessibilidade** – caráter ou qualidade do que é acessível –, enquanto outros preferem o substantivo **acesso** – ato de ingressar, entrada – ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Starfield (2002) distingue acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Assim, esta forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los.

Acessibilidade implica prestação contínua e organizada de serviços, que as pessoas possam usufruir. Vale dizer que a acessibilidade, ou o acesso, a ações e serviços de saúde tem sido considerado como um dos componentes principais da qualidade da atenção à saúde (SOMERS, 1971; VUORI, 1988; DONABEDIAN, 1990a).

Donabedian (1973) definiu a acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Distingue algumas **dimensões da acessibilidade**: a **sócio-organizacional** ou funcional; **geográfica**; **sócio-cultural** e **econômica** e indica que essas dimensões se interrelacionam.

Acessibilidade sócio-organizacional ou funcional inclui todas as características da oferta de serviços, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços, como exemplo: políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico. São obstáculos que se originam nos modos de organização dos serviços de saúde. Os obstáculos podem estar na entrada ou no interior dos Serviços de Saúde, os primeiros são relativos aos aspectos que caracterizam o contato inicial com o serviço, tais como demora em obter uma consulta, tipo de marcação, horário e turnos de funcionamento. Os segundos se referem as características que interferem na assistência do indivíduo dentro do serviço de saúde, como é o caso do tempo de espera para ser atendido ou para fazer exames laboratoriais. Devem também ser considerados os obstáculos que surgem na continuidade da assistência, têm-se como exemplos os mecanismos de referência e

contra-referência, bem como o grau de hierarquização das redes de serviços de saúde (FEKETE, 1995).

A **acessibilidade geográfica** reflete a distância média entre a população e os recursos, não se mede apenas pela distância, já que uma determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultam o acesso da população (barreiras geográficas: rios, morros, auto-estradas, etc.), desta forma relaciona-se às características de distância, tempo e custo com viagens, que pelos meios habituais de transporte se consome para obter assistência à saúde.

A **acessibilidade sócio-cultural** envolve normas e técnicas adequadas aos hábitos da população (UNGLERT, 1995), relaciona-se a fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde, estes podem ser enfocados sob as perspectivas da população e do sistema de saúde, exemplo: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor, credibilidade nos serviços de saúde, nível de conhecimento sobre a oferta de serviços. Quanto ao sistema de saúde, considera-se: formação do profissional de saúde desvinculada da realidade social da população (atitudes, vocabulário e valores que não contribuem para a comunicação e relação com distintos grupos da população).

A **acessibilidade econômica** reúne os gastos diretos e indiretos do usuário com o serviço e que também inclui o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para a busca e obtenção da assistência à saúde (prejuízos por perda de dias de trabalho, licença médica, custo do tratamento, medicamentos).

A Organização Mundial da Saúde - OMS (1981) recomenda que a definição do que seja "acessível" deve ser adaptada a cada realidade e a cada região. Segundo Acurcio e Guimarães (1996), acessibilidade seria a capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. É mais abrangente que a mera disponibilidade de recursos em determinado momento e lugar. Em um de seus posicionamentos Aday e Andersen (1974) já alertavam:

As distintas características do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingressar ao mesmo ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite. (ADAY, ANDERSEN, 1974, p.216, tradução nossa).

Na IV Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas (1978) ficou caracterizado que a oferta de serviços não depende da simples existência dos mesmos. Serão as características dos serviços e dos recursos de saúde que irão

facilitar ou limitar seu uso por potenciais usuários. Não basta dispor os serviços em posições estratégicas e inferir que o acesso da população aos serviços esteja assegurado.

É conveniente questionar, constantemente, se eles estão realmente atingindo os segmentos que mais necessitam de atenção. Em geral a preocupação das autoridades sanitárias é direcionada para a falta ou a dificuldade de acesso de subgrupos menos privilegiados da população. A vigilância dos grupos em maior risco, com particular atenção às suas necessidades em saúde, é postulada como forma de verificar acesso aos serviços e assegurar a equidade (TAYLOR, 1992). Equidade é aqui entendida como igualdade no acesso à saúde e deve ser provida como um direito de todo cidadão. Um princípio de justiça social (TRAVASSOS, 1997). Não se pode deixar de destacar que a acessibilidade dos serviços de saúde é um fator de fundamental importância para que essa equidade seja concretizada. Essa acessibilidade deve ser garantida do ponto de vista: geográfico, através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; econômico, pela remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; cultural, com a adequação das normas e técnicas dos serviços aos hábitos e costumes da população em que se inserem; e funcional, através de oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (GIBBARD, 1982).

Matumoto (1998) apresenta o acesso aos serviços como “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários. Com base nos autores citados, entende-se por acesso a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio.

Autores como Aday e Andersen (1974), também variam em relação ao enfoque do conceito: uns centram-no nas características dos indivíduos; outros o focam nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços – oferta (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

Penchansky e Thomas (1981) utilizam o termo acesso e centram esse conceito no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde, numa interpretação da idéia desenvolvida por Donabedian (1973). Diferem, no entanto, deste autor ao ampliarem o conceito para incluir outros atributos que são tomados não com base na oferta, mas sim na relação entre a oferta e os indivíduos. Identificam várias dimensões que compõem o conceito de acesso: **disponibilidade** (volume/quantidade e tipo) de serviços em relação às necessidades dos pacientes. Quando a disponibilidade é reduzida, a acessibilidade piora; **acessibilidade** – tomada aqui como uma dimensão do acesso –, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes, ou seja, é a relação entre a localização dos serviços e o local de moradia ou trabalho dos pacientes, levando em conta os recursos despendidos por eles em transporte, tempo gasto, bem como, distância percorrida para serem atendidos; **acolhimento** (*accomodation*), que representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização, é ainda o relacionamento entre a maneira na qual os recursos fornecidos são organizados para receber clientes (incluindo sistema de anotação, horas de operação, facilidade de entrada, sistemas de telefonia) e habilidade dos clientes para acomodar estes fatores e a percepção dos clientes de que são apropriados; **capacidade de compra**, definida pela relação entre formas de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem por esses serviços; e **aceitabilidade**, que representa as atitudes das pessoas (clientes) e dos profissionais de saúde (provedores) em relação às características e práticas de cada um, isto é, o relacionamento das atitudes dos clientes sobre características práticas e pessoais de provedores para as características reais de provedores existentes, bem como para atividades e atitudes de provedores sobre características pessoais aceitáveis dos clientes. O termo parece ser usado mais freqüentemente para se referir as reações específicas do consumidor para atitudes do provedor, tais como: idade, sexo, etnia, religião, meio que está inserido e outros. Por sua vez, provedores têm atitudes sobre atributos, preferências de clientes ou seus mecanismos financeiros.

O acesso tem sido considerado um fator de suma importância na utilização de serviços de saúde. Nesse sentido, a disponibilidade, a organização e mecanismos de financiamento, atuam como elementos indutores da oferta na dinâmica de utilização de tais serviços. O padrão de utilização tem sido focalizado a partir da

demanda por serviços de saúde, voltando para características demográficas e, principalmente, para o perfil de necessidades individuais (SAWYER et al, 2002).

Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso (MARCUS; SIEGEL, 1982; PUENTES-MARKIDES, 1992; NCHS, 1995).

Existem autores que preferem manter o conceito de acesso de forma mais restrita, sem estar embasado nas dimensões citadas anteriormente por Penchansky e Thomas (1981), como é o caso do autor Frenk (1985), que desenvolveu o conceito de acessibilidade orientando-se pelo trabalho de Donabedian (1973) e que trouxe contribuições na sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados, que será mais bem detalhado no próximo item da revista da literatura, que tratará dos Modelos Conceituais no estudo do acesso. A acessibilidade, segundo Frenk (1985), compreende a relação funcional entre um conjunto de obstáculos para procurar e obter cuidados em saúde (resistência) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (poder de utilização).

Assim, o conceito de **cobertura dos serviços de saúde**, passa a ser preconizado pela Organização Pan-americana da Saúde (1978), como um conceito que deve transcender os limites tradicionais de uma simples proporção numérica entre serviços e população, passando a admitir a existência de uma relação dinâmica na qual intervêm, por um lado as necessidades e aspirações da população, expressas pela demanda aos serviços e, por outro lado, os recursos disponíveis e suas combinações tecnológicas e organizacionais que configuram a oferta para satisfazer a demanda.

A **utilização dos serviços de saúde** representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de **uso** compreende todo contato direto – consultas médicas, hospitalizações – ou indireto – realização de exames preventivos e diagnósticos – com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de

recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Em linhas gerais, os **determinantes da utilização dos serviços de saúde** podem ser descritos como aqueles **fatores** relacionados: (a) à **necessidade de saúde** – morbidade, gravidade e urgência da doença; (b) **aos usuários – características demográficas** (idade e sexo), **geográficas** (região), **sócio-econômicas** (renda, educação), **culturais** (religião); (c) **aos prestadores de serviços – características demográficas** (idade e sexo), tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento; (d) à **organização** – recursos disponíveis, características da oferta (disponibilidade de médicos, hospitais, ambulatorios), modo de remuneração, acesso geográfico e social; (e) à **política** – tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade, tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação profissional e do sistema. A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatorio, hospital, assistência domiciliar) e da proposta assistencial (cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A compreensão da dinâmica existente entre todos os fatores determinantes do uso dos serviços de saúde fica mais compreensível, a partir do momento que vislumbramos os modelos conceituais idealizados pelos autores para o estudo e entendimento deste processo, já que este é extremamente dinâmico. A seguir, são traçados os modelos de estudo mais conhecidos na literatura, modelos esses, que foram revisados ao longo dos anos pelos seus idealizadores.

2.2 MODELOS CONCEITUAIS DESENVOLVIDOS NOS ESTUDOS DO ACESSO

2.2.1 Modelo de Crenças em Saúde (Health Belief Model)

As primeiras tentativas de desenvolvimento de modelos teóricos sobre a utilização dos serviços de saúde datam das décadas de 50 e 60, destacando-se como precursores o modelo de crenças em saúde (*health belief model*), apresentado na década de 50, e o modelo de Andersen de 1968. O modelo comportamental baseado nas crenças dos indivíduos foi desenhado nos anos 50 para explicar falhas

na adesão aos programas de prevenção e detecção precoce de doenças. Ele busca explicar o comportamento dos indivíduos em relação à saúde e à utilização dos serviços tomando por base as crenças, intenções e percepções dos riscos.

O comportamento dos indivíduos em relação à saúde depende se consideram suscetíveis a um determinado problema de saúde, se acreditam na gravidade das conseqüências deste problema e se acreditam que as ações de saúde disponíveis podem trazer-lhes benefícios (ROSENSTOCK, 1990).

A suscetibilidade percebida refere-se à percepção subjetiva do risco de ter doença. A gravidade percebida refere-se aos sentimentos e preocupações com relação a uma doença e suas conseqüências na saúde (morte, dor ou incapacidade) e nas condições de vida (condições de trabalho, vida familiar e relações sociais).

A probabilidade de o indivíduo adotar uma “ação de saúde” é influenciada por três componentes: (a) a propensão à ação; (b) a avaliação das vantagens e dos inconvenientes de adotar esta ação; e (c) os estímulos internos e externos para adotá-la. O balanço entre benefícios e barreiras percebidas com relação à ação a ser adotada é descrito como uma análise inconsciente de custo-benefício em que indivíduos pesam os ganhos da ação contra a percepção de que esta ação pode ser custosa, perigosa, desagradável ou inconveniente. A ameaça notada e a percepção de que os benefícios são superiores às barreiras para ação são os elementos-chave para a adoção de uma determinada ação preventiva ou prescrição terapêutica.

2.2.2 Modelo de Andersen (1968); Andersen e Newman (1973) e Aday e Andersen (1974)

O modelo proposto por Andersen e Newman tem sido o mais aplicado nos estudos de utilização e acesso. Neste modelo, cuja origem é o trabalho de Andersen de 1968, o uso de serviços é dependente de determinantes individuais agrupados nos fatores de predisposição, fatores de facilitação (capacitantes) e necessidades de saúde. O modelo indica a existência de uma relação entre esses três fatores, de forma que os fatores predisponentes influenciam os capacitantes e as necessidades representam o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde. Desta forma, a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais, definidos como: *fatores predisponentes* (fatores que existem

previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde) incluem-se as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, tamanho da família, etnia, escolaridade e ocupação) e atitudes e opiniões do indivíduo (valores em relação à saúde e conhecimento sobre a doença) (MATOS et al, 2001); *fatores capacitantes (facilitadores)* (os meios disponíveis às pessoas para obterem cuidados de saúde), ou seja, incluem-se as variáveis que facilitam o uso desses serviços (renda familiar, existência ou não de plano de saúde e acesso à fonte regular de cuidado); e *necessidades de saúde* (condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde).

Em revisões posteriores do modelo de utilização de serviços, Andersen amplia e clareia seu entendimento sobre o conceito de acesso, que passa explicitamente a incorporar a etapa de utilização de serviços de saúde.

Em sua evolução, passa a explicar a utilização como produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como fruto dos fatores individuais, do sistema de saúde e do contexto social, da interação entre esses fatores e da experiência passada de utilização dos serviços.

O conceito torna-se multidimensional, composto por dois elementos: “acesso potencial” e “acesso realizado”. Acesso potencial caracteriza-se pela presença no âmbito dos indivíduos de fatores capacitantes do uso de serviços, enquanto acesso realizado representa a utilização de fato desses serviços e é influenciado por fatores outros além dos que explicam o acesso potencial. O conceito de acesso potencial incorpora os fatores individuais que limitam ou ampliam a capacidade de uso (fatores capacitantes), que representam apenas um subconjunto dos fatores que explicam o acesso realizado (uso), já que estes incluem também os fatores predisponentes, as necessidades de saúde, além de fatores contextuais. Neste modelo, estabelece-se uma hierarquia na qual fatores contextuais, que são aqueles relacionados às políticas de saúde e à oferta de serviços, intervêm no uso de forma direta e indireta, por intermédio dos fatores individuais (ANDERSEN, 1995). Importante destacar, para fins de formulação de políticas, que elementos próprios do sistema de saúde (oferta) são passíveis de mudança mediante intervenção governamental ou institucional, enquanto apenas algumas das características dos indivíduos são passíveis de mudança por essas ações (ADAY, ANDERSEN, 1974).

Nas últimas revisões, Andersen busca incluir explicitamente no modelo os efeitos dinâmicos e recursivos do uso de serviços na saúde. Introduz os conceitos de “acesso efetivo” e de “acesso eficiente”. O primeiro resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços; o segundo refere-se ao grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços de saúde consumidos.

O resultado do acesso potencial pode ser medido pelo uso de serviços (acesso realizado) e o do acesso realizado (uso) pelo acesso efetivo e eficiente. Entretanto, é importante lembrar que tanto o acesso realizado (uso) não se explica pelos determinantes do acesso potencial, como o seu impacto na saúde e na satisfação (acesso efetivo) não se explica apenas pelos determinantes do uso de serviços.

Como apontado anteriormente, o uso de serviços depende de fatores predisponentes, das necessidades de saúde e de fatores contextuais, e o uso efetivo e eficiente depende dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde que interferem na qualidade dos cuidados prestados. Por fim, para Andersen, a avaliação da equidade no acesso é inferida valendo-se da presença de fatores individuais capacitantes (facilitadores) na explicação do uso de serviços de saúde. Para este autor, a presença de outros preditores do uso, além da necessidade de saúde e dos fatores demográficos (predisponentes), denota uma situação de iniquidade. Aponta também que a avaliação do acesso deve ser feita separadamente, segundo os tipos de cuidado (prevenção, cura e reabilitação), tipos de serviços (hospital e ambulatório) e tipos de problemas de saúde (atenção primária, especializada e de alta complexidade), pois expressam situações distintas com impacto diferenciado no acesso.

2.2.3 Modelo de Dutton (1986)

O modelo proposto por Dutton (1986) inclui as características individuais do prestador/profissional de saúde como fator de explicação do uso dos serviços de saúde. Nele a utilização dos serviços de saúde é compreendida como produto da interação entre clientes, prestadores de cuidado de saúde (profissionais) e sistema de saúde.

As características dos pacientes são compostas pelos determinantes individuais definidos por Andersen, descritos anteriormente. Nas características dos médicos são considerados os seguintes elementos: demográficos, formação, experiência e atitudes.

O sistema de saúde é abordado nesse modelo por intermédio dos obstáculos estruturais que influenciam a utilização. Os principais são: obstáculos financeiros; temporais (tempo de espera e distância), organizacionais e aqueles ligados à prática médica.

Dutton distingue, no modelo, o uso de serviços cujo controle é preponderantemente determinado pelo paciente (exames preventivos e primeiro contato) daquele serviço cujo controle é determinado pelos médicos (consultas subseqüentes e tratamento prescrito). A utilização dos serviços controlada pelo paciente dependerá de suas características e das barreiras estruturais do sistema de saúde. Já o uso dos serviços controlado pelos médicos dependerá da necessidade de saúde e das características de tais profissionais. Por conseguinte, esse autor também destaca que os elementos determinantes de uma consulta de primeira vez são distintos daqueles que influenciam as consultas subseqüentes. Porém, a necessidade de saúde é um determinante importante tanto no uso controlado pelo pacientes como no controlado pelo médico.

2.2.4 Modelo de Evans e Stoddart (1994)/Modelo de Produção da Saúde

Uma tentativa mais recente de pensar a inter-relação entre os elementos que explicam o uso dos serviços de saúde, sobretudo a relação entre saúde e uso de serviços de saúde, é o modelo proposto por Evans e Stoddart (1994), denominado “Modelo de Produção da Saúde”. Destaca-se por descrever a relação causal/recíproca entre doença e utilização, em que somente a doença, e não a saúde é responsável direta pelo consumo de serviços de saúde.

O modelo explicita que os determinantes da saúde diferem dos determinantes do uso de serviços de saúde. A doença – fator diretamente associado ao uso – é um dos elementos, dentre outros, como o grau de prosperidade e bem-estar de uma sociedade, que determinam à saúde. A utilização de serviços impacta diretamente a doença, mas apenas indiretamente a saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

2.2.5 Outros Modelos de estudo

2.2.5.1 Modelo de acessibilidade segundo Donabedian (1973)

Neste modelo o autor explica que as necessidades de saúde, quando percebidas pelo indivíduo ou pelo profissional de saúde, podem dar origem à demanda por serviços de saúde. A satisfação desta demanda depende da existência dos recursos necessários para produzir os serviços desejados (CASTRO et al, 2005).

2.2.5.2 Modelo de acessibilidade segundo Frenk (1985)

Este autor desenvolve seu modelo fundamentando-se na proposta de Donabedian (1973), traz como contribuição para os estudos desta temática, a sistematização do fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção dos cuidados necessários (necessidades de saúde → desejo de obter cuidados de saúde → procura → entrada nos serviços → continuidade dos cuidados) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

2.2.5.3 Modelo de necessidades – Hulka e Wheat (1985)

Defende que o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é predominantemente explicado por seu perfil de necessidades em saúde. As necessidades de cuidados médicos podem ser medidas por variáveis baseadas em diagnóstico, em sintomas ou na própria percepção da condição de saúde (HULKA; WHEAT, 1985). Segundo Shoul et al. (1996), a auto-avaliação das condições de saúde é um bom preditor de saúde fisiologicamente determinada.

2.2.5.4 Modelo explicativo de uso dos serviços de saúde de Wennberg (1985)

A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta que influenciam o padrão de consumo de serviços de saúde pelos indivíduos (WENNBERG, 1985). Ou seja, o uso de serviços está condicionado, também, por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor. Em outras palavras, o uso de serviços de saúde é função das necessidades e do comportamento dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, assim como das formas de financiamento, dos serviços e recursos disponíveis para a população, incluindo a estrutura administrativa e os mecanismos de pagamento (TRAVASSOS et al, 2000).

É o que explica o modelo desenvolvido por Wennberg (1985). Por outro lado, as escolhas individuais também são cruciais, sendo que nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas. Dessa forma, desigualdades no uso de serviços de saúde refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer. Igualmente, indicam diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS et al, 2000). É importante destacar que existe, ainda, o uso de serviços que não estão relacionados com as necessidades em saúde, mas que ocorrem devido à indução da oferta. Assim, este modelo idealizado por Wennberg (1985), vem a acrescentar o modelo de Hulka e Wheat (1985) quando defende que a influência das necessidades de saúde sobre o uso de serviços depende, então, de como a oferta de serviços organiza-se em diferentes áreas.

2.2.6 Modelos Teóricos do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal (Utilização de Serviços Dentários)

Numerosas (HOLST, 1982; YULE; PARKIN, 1985; PETERSEN; NORSTOV, 1989; RICKARDSSON; HANSON, 1989; GRYTEN, 1991) e consideráveis (DOUGLASS; COLE, 1979; SWANK et al., 1986; REISINE, 1987; GILBERT et al., 1993,1997; TENNSTEDT et al., 1994; CHERRY-PEPPERS et al.,1995; RYAN et al.,

1996; SCHWARZ, 1996; CHISICK et al., 1997; HONKALA et al., 1997; BROWN; LAZAR, 1999; LOCKER; CLARKE, 1999) abordagens dos modelos teóricos da utilização de serviços dentários são propostas na literatura. Estes esforços ajudam a organizar uma extensa evidência teórica e, desse modo, levar a uma melhor compreensão da utilização dos serviços dentários. Os modelos passam, também, a guiar pesquisas adicionais no campo, bem como, o planejamento de programas de intervenção em saúde pública.

Embora os termos “teoria” e “modelo” sejam freqüentemente usados na literatura de forma alternada, algumas distinções devem ser feitas. *Teoria* consiste em uma ou mais proposições (gerais e lógicas) interligadas para explicar uma classe de fenômenos. Teorias são sempre referentes a uma classe de comportamento geral e global e são disciplinas específicas (ex.: psicologia, sociologia, ou economia). *Modelo Conceitual* refere-se a tipos específicos de comportamentos em contextos específicos. Modelos podem ser construídos a partir de mais de uma teoria (PETERSEN; HOLST, 1995).

A seguir, são destacados alguns modelos básicos que foram examinados a fim de compreender a utilização dos serviços dentários dentro do contexto da mudança de comportamento e da promoção da saúde bucal. Desta forma, eles devem ajudar na compreensão dos padrões e variáveis envolvendo a utilização e ajuda a desenhar e desenvolver os programas de saúde bucal. A maioria dos modelos discutidos originou-se do modelo geral da utilização dos serviços de saúde. Eles incluem a abordagem psicológica, de interação, econômica e sociológica.

a) Modelo Psicológico;

Dois modelos explanatórios clássicos foram originariamente propostos por Kasl e Cobb (1966). Seus planos estão centrados nas circunstâncias que levarão os indivíduos a perceber os sintomas como de uma ameaça (comportamento da doença) e as circunstâncias que os levarão a valorizar uma visita ao profissional de saúde como uma maneira de reduzir a ameaça (comportamento saudável).

O modelo sugere que se os indivíduos virem os sintomas como uma ameaça e perceberem que uma ida ao profissional é provável que reduza esta ameaça, eles procurarão ajuda profissional. Isto é, os indivíduos devem ter em primeiro lugar a consciência dos sintomas como um problema e devem então, também, escolher a

ida ao profissional de saúde como uma ação apropriada. Uma vasta gama de fatores influencia a maneira que os indivíduos definem o valor de uma visita ao profissional de saúde. Fatores sociais e culturais, ambos, influenciam a definição do sintoma como uma ameaça e o valor agregado a uma determinada ação. Desta forma, idade, sexo, estado civil, grupo racial e grupo étnico, como um todo, podem influenciar na percepção dos sintomas como um problema.

Estudos do comportamento da doença (ex.: atividades desenvolvidas por uma pessoa com sintomas que definam seu estado de saúde e descubra o remédio adequado) levaram a identificação de um grupo particular de indivíduos que subutilizaram o serviço de saúde e sentem que pouco pode ser feito sobre a condição deles. Um número de estudos recentes da utilização do serviço dental suporta esta base de plano psicológico.

Rosenstock (1967) sugeriu um plano similar ao de Kasl e Cobb para interpretar o comportamento da doença que sempre é empregado ao uso dos serviços dentários. O modelo Rosenstock tem a intenção preliminar de explicar o comportamento saudável (ex.: ação preventiva feita pelas pessoas para evitar futuras doenças), tais como visitas regulares ao dentista e o uso preventivo dos serviços.

A contribuição significativa à clássica abordagem de Kasl e Cobb é a “cue to action” ação chave. Isto é, o indivíduo deve primeiramente estar “psychologically ready” psicologicamente preparado para agir e perceber a necessidade para tal; segundo, eles devem acreditar que esta ação vai reduzir a ameaça; e terceiro, um comportamento ou estímulo ocorrem para engatilhar a resposta dos indivíduos. Aplicado à saúde bucal, este modelo faz supor que os indivíduos possivelmente visitarão um dentista se eles perceberem um problema presente ou futuro e sentirem-se em perigo ou suscetíveis às doenças orais e terão atitudes positivas à saúde bucal caso obtenham experiências positivas em suas utilizações no serviço dental.

Estes modelos psicológicos básicos foram modificados ou ajustados durante os anos (BECKER, 1977) e, através do seu uso, contribuições importantes foram feitas para esclarecer a utilização dos serviços de saúde. Contudo, há limitações. Apesar destas estruturas psicológicas serem úteis na observação de como as pessoas decidem visitar um dentista, elas só oferecem uma lista de possíveis variáveis e não explicam a interação, nem a relativa contribuição das diferentes

variáveis. Estas abordagens também induzem, de alguma forma, ênfases na racionalidade – isto é, a razão pela qual o indivíduo vai ao profissional de saúde é que eles se sentem ameaçados pelos sintomas da doença e querem que o profissional reduza esta ameaça.

Também, nestes modelos ajustados, parece que a percepção valorativa da ação (ex.: procurar um dentista) é algo que os indivíduos aprendem com os membros do seu grupo social. Através de um sistema de referência, o qual varia de acordo com os grupos sociais, os indivíduos compartilham experiências e procuram aconselhamento dos seus sintomas e problemas de saúde com amigos, parentes, ou familiares. Esta suposição sublinha o pressuposto de que quanto mais extensa a rede social que as pessoas estão, maior a probabilidade de eles utilizarem o serviço dental e terem uma melhor saúde bucal (RICKARDSSON; HANSON, 1989; PETERSEN; NORTOV, 1994). Grupos sociais diferentes têm diferentes normas e valores referentes de reconhecimento dos sintomas e ação apropriada. Assim, estas abordagens devem levar a uma melhor compreensão cultural, étnica ou familiar das variações na percepção e interpretação dos cuidados com os sintomas e saúde bucal.

b) Modelo de Interação;

Fatores do meio ambiente social foram extensivamente referidos no modelo de interação. Este modelo enfatiza que pode se alcançar uma compreensão realística da utilização dos serviços somente se fatores individuais, bem como as características do ambiente social do indivíduo e a sociedade forem referidos. Usando o modelo de interação, pesquisadores questionaram a clássica teoria de Rosenstock em que atitudes mudam o resultado no comportamento da saúde bucal. Por exemplo, Douglas (1971) e Rayner (1979) explicaram as variações no comportamento da saúde bucal em termos da percepção subjetiva da classe social do indivíduo. Nesta perspectiva, os indivíduos adquirem hábitos que são parte deles, aceitos com base no estilo de vida dos subgrupos ou classes com as quais eles se identificam; conseqüentemente, eles desenvolvem atitudes que são consistentes com este comportamento.

Antoft (1983) usou um modelo de interação no estudo com jovens da classe operária na Dinamarca. Baseado em entrevista qualitativa, ele identificou três níveis

distintos no modelo: I. "Background" Vivência, II. Processo, e III. Resultado. O modelo foca nos fatores psicológicos que indiretamente influenciam o processo geral de socialização durante a infância; o processo de socialização específico do cuidado com a saúde bucal; normas e valores no meio ambiente da criança com referência aos dentes; experiência com o sistema de cuidado com a saúde bucal; e a condição sócio econômica da família da criança. Todos estes fatores influenciam a presente condição sócio econômica (deveres, exigência do emprego, pressão social, mudança de condições, crises e economia). Eles também influenciam a dimensão do apoio social (o presente apoio dos pais no cuidado dentário). Finalmente, eles afetam a atual percepção da saúde e dos cuidados dentários.

Os últimos fatores psicológicos no nível da etapa "processo" estão presentes nos grupos de referência (colegas, parentes e pais), tradição e normas concernentes a atitudes preventivas ao cuidado bucal. Fora estas, as variáveis sócio econômicas, no nível processual também incluem um número de variáveis associadas com o sistema de pagamento/custo com o cuidado dental (preço, perda de renda devido a ida ao dentista) e por fim o medo do tratamento dentário. A interação entre as diferentes variáveis em nível do processo resultam na atitude relativa à prevenção e comportamento preventivo (ex.: tendência em decidir e agir em relação ao cuidado preventivo dental). Este modelo conceitual (ANTOFT, 1983) cabe bem com o modelo de interação que Andersen e Newman desenvolveram.

c) Modelo Econômico;

Modelo em que se supõe que os benefícios devem ser pesados nos custos para que a ação seja desempenhada. Há uma análise econômica, ou seja, postula-se que o comportamento deve ser caracterizado como fazendo escolhas com restrições.

A literatura da utilização dos serviços dentários, que foi revista, empiricamente se apóia no efeito negativo da baixa renda. De modo oposto, a utilização de seguro dentário ou programas gratuitos de cuidado bucal influenciam a utilização positivamente. É particularmente verdadeiro, que nos países onde tem o sistema de saúde baseado na economia de mercado, os serviços de saúde bucal têm limitada ajuda do poder público. A teoria econômica foi aplicada para acessar a viabilidade do serviço e acessar os cuidados dentários nos países industrializados (PETERSEN;

HOLST, 1995). No estudo feito por Gryteem (1991), o objetivo foi averiguar se o montante de demanda e procura eram influenciados por se prover o serviço. A questão de se prover o serviço dentário é especialmente relevante na Escandinávia, devido a baixa proporção dentista população. Há um programa de preço fixo para cuidado dentário para adultos na Noruega, que estabelece uma estrutura para o modelo teórico no qual o estudo empírico foi baseado (GRYTEEN, 1991). A análise econômica demonstrou um efeito negativo para a proporção dentista/ população no início da visita ao dentista. As visitas iniciais ao dentista aumentaram com o aumento do número de dentistas. As visitas iniciais aos dentistas também aumentaram com o aumento da renda, ao passo que as visitas dos pacientes iniciais decresceram com a decréscimo da renda familiar. Além do mais, a proporção população-dentista teve efeito negativo nos custos por visitas ao serviço dentário e na probabilidade de receber aconselhamento preventivo, mas não houve efeito na utilização do serviço de tratamento. A aplicação dos modelos econômicos para a utilização dos serviços dentários tem produzido descobertas consistentes entre o mercado Norte Americano (YULE; PARKIN, 1985) e Escandinavo (HOLST, 1982).

d) Modelo Sociológico;

Quando o modelo sociológico é aplicado à utilização dos serviços dentários, problemas, tais como: valor dos serviços, renda e distância são também considerados barreiras. Um modelo de utilização típico inclui a necessidade de cuidado, os fatores que predis põem, tais como: idade, sexo, classe social, educação, e atitudes; e fatores que possibilitam, tais como: renda, cobertura de seguro, distância, tempo de viagem, e tempo de espera pelo serviço. Frequentemente, os modelos sociológicos são especificados em uma visão holística, e as variáveis são introduzidas em um caminho de análise ou outro modelo complexo de regressão para teste empírico (REISINE, 1987; PETERSEN, PEDERSEN, 1984). Os modelos sociológicos sempre incluem também conceitos psicológicos.

Petersen (1990) construiu o modelo sociológico para explicar as visitas dentárias entre os operários e funcionários dos estaleiros Dinamarqueses, baseado nos modelos de interação e conflitos sociológicos. No conflito sociológico, a condição de vida material são os determinantes comportamentais principais. A

ocupação também é de fundamental importância porque é básica para o estilo de vida do indivíduo. As normas sociais são consideradas como resultados do comportamento. Em se explicando o comportamento social, a influência das normas são, entretanto, secundárias. Basicamente, a visita dentária individual pode ser explicada como resultado da interação entre a condição material de vida e a estrutura e função do sistema de pagamento pelo cuidado dentário. Fatores tais como renda, possibilidades de sair do trabalho e outras influências do ambiente de trabalho interagem com o preço, subsídio para tratamento dentário, disponibilidade, acesso ao serviço dentário e uso de sistema de chamada para os cuidados regulares determinando o número de visitas dentárias.

A teoria da dissonância cognitiva reivindica a reciprocidade de ação relativa à atitude e comportamento (ex.: atitude pode ser desenvolvida através da mudança de comportamento). Assim, a diferença social de classe na atitude em relação aos dentes e ao serviço dental disponível deve ser explicada pela experiência diferente com o tratamento dentário, dentista, e o sistema de pagamento do cuidado dentário. Atitudes em relação aos dentes e a percepção dos dentes e dos cuidados dentários são, então, consideradas como influenciadoras da visita dentária somente secundariamente. As normas sociais com referência ao dente e cuidado dentário devem ser consideradas como resultante da experiência relativa anterior em relação aos dentes, cuidado dentário, e o sistema de pagamento do cuidado dentário entre os indivíduos que vivem juntos (família). O modelo sociológico é caracterizado pela visão holística e pesos diferentes são dados as variantes incluídas.

Os modelos sociológicos e econômicos destacam os fatores sociais, ambientais ou estruturais envolvidos no crescimento da utilização dos serviços. Eles relatam que o aumento dos níveis das condições de vida e educação, a eliminação das barreiras de acesso e um aumento na disponibilidade dos serviços de saúde devem levar a promoção de um estilo de vida saudável e mais efetivo no uso destes serviços de saúde.

e) Conhecendo as Barreiras ao Atendimento Odontológico

No documento intitulado *Melhorando o Acesso à Saúde Bucal*, as barreiras ao atendimento odontológico foram classificadas em três categorias: relacionadas ao indivíduo, à prática da profissão e à sociedade. As barreiras concernentes ao

indivíduo são: baixa percepção de necessidade, ansiedade e medo, custos e dificuldade de acesso. Entre os fatores limitantes à prática da odontologia figura a inadequação dos recursos humanos, a formação inadequada dos profissionais para contribuir na mudança das condições de saúde da população, a má distribuição geográfica da mão-de-obra e a ocorrência de estresse ocupacional. As barreiras concernentes à sociedade se referem ao número insuficiente de ações de promoção de saúde, a instalações impróprias dos serviços e ao reduzido apoio financeiro à pesquisa (COHEN, 1987).

A importância da identificação das barreiras ao atendimento odontológico responde à necessidade de atingir clientela específicas e sondar grupos ainda não alcançados pelos serviços de saúde (ALBUQUERQUE; ABBEG; RODRIGUES, 2004).

Avaliar o acesso reporta-se a priori o que coloca Conh (1991), que do ponto de vista da distribuição espacial dos equipamentos e serviços, é a primeira condição para viabilizar a utilização dos recursos pelos usuários e sem dúvida é um elemento fundamental contido no princípio da universalidade, pois a oferta produz a demanda. Historicamente, devido a fatores sócio-político-econômicos e culturais, observamos uma extrema desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de saúde, quer quando consideramos regiões, áreas urbanas ou rurais, áreas ricas e pobres das cidades, nas diferentes populações (BUSS, 1995). O desequilíbrio no acesso aos serviços de saúde apresenta-se com características muito acentuadas, nos países subdesenvolvidos.

No próximo item desta revista de literatura, serão abordados os estudos sobre o acesso/acessibilidade aos serviços de saúde que vêm sendo desenvolvidos internacional e nacionalmente, como forma de avaliação destes serviços, alguns seguindo os modelos de estudos (teóricos) mais conhecidos, já abordados neste item da revista e outros fazem o desenvolvimento dos seus trabalhos com base na ótica do usuário.

2.3 EVIDÊNCIA EMPÍRICA NO ESTUDO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

2.3.1 Estudos Internacionais

Históricos estudos de acesso têm contado com pesquisas de base populacional. O National Health Interview Survey (NHIS), o National Medical Expenditure Survey (NMES), e mais recentemente, o Medicare Current Beneficiary Survey tem servido como as maiores fontes de informação sobre cuidados em saúde. Pesquisas periódicas de fundações, mais notadamente, as de longa existência, tem dado seqüência a uma série de pesquisas realizadas pela fundação Robert Wood Johnson, que tem contribuído para o corpo histórico do conhecimento. Pesquisas de bases populacionais são somente uma das muitas fontes de informação usadas para avaliar o acesso, mas elas têm recorrido ao longo do tempo particularmente, a pesquisas que permitem estimar para toda a população sem viés de cobertura e de padrão de uso (GOLD, 1998).

Mudanças nas políticas de saúde concernentes ao acesso são também refletidas na trajetória dos modelos de estudos usados para conceitualizar o acesso e tem evoluído ao longo do tempo. Trabalhar na mensuração do acesso tem sido motivado por ambas as considerações: teóricas e operacionais, o que se explica ter tido a influência de sociólogos no desenvolvimento teórico. Trabalhos de Andersen, Aday, e colaboradores, originários da Universidade de Chicago, permitiram o desenvolvimento de modelos de estudo que têm sido aplicados na mensuração do acesso (ANDERSEN, 1995; ADAY, 1993; ADAY et al 1993; ADAY; ANDERSEN 1981; ADAY; ANDERSEN; FLEMING, 1980; ADAY; ANDERSEN, 1974; ANDERSEN, 1968). Simultâneos trabalhos têm sido desenvolvidos por Donabedian e colaboradores aperfeiçoando modelos relacionados ao acesso e suas medidas na Universidade de Michigan. (DONABEDIAN, 1973; BERKI, ASHCRAFT, 1979; PERCHANSKY, THOMAS, 1981; GREENLICK; FREEBORN; POPE, 1997).

2.3.2 Estudos Nacionais

Vários estudos nacionais vêm sendo desenvolvidos na temática do acesso/acessibilidade/utilização dos serviços de saúde, será seguida a ordem cronológica dos principais estudos realizados aqui no Brasil.

Um estudo transversal de utilização de serviços de saúde foi realizado no Distrito Sanitário de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil, em 1992, (SILVA, FORMIGLI, CERQUEIRA, 1995) a partir de inquérito domiciliar com recurso à técnica de amostragem por conglomerados. Em cada domicílio, considerado como unidade amostral, foram entrevistados todos os usuários que utilizaram serviços de saúde no mês anterior à data da entrevista. Na ausência do usuário, as informações foram obtidas junto ao membro da família presente no domicílio no momento da entrevista.

Buscou-se a investigação de todas as utilizações de serviços de saúde ocorridas no mês anterior à coleta dos dados. Considerou-se como utilização de serviços de saúde a procura de Centro de Saúde, hospital ou unidade de emergência com a finalidade de submeter-se tanto a ações curativas (consulta médica ou odontológica) como as ações preventivas (imunização, pré-natal, puericultura e outros). Foram ainda investigadas nesta pesquisa as seguintes variáveis: a) tipo de serviço utilizado (público do distrito; privado do distrito; público fora do distrito e privado fora do distrito); b) motivo para a procura (curativo, preventivo, obstétrico-ginecológico); c) razões para a não utilização dos serviços públicos do distrito; d) razões para a escolha do serviço utilizado. Foram, ainda, acrescentadas três questões sobre a satisfação dos usuários, tendo em vista a importância desse atributo para a avaliação global do sistema.

Entre as 1.887 pessoas moradoras dos 384 domicílios visitados, 236 haviam utilizado serviços de saúde nos últimos 30 dias, correspondendo à taxa global de utilização de 12,5%. Os serviços públicos do distrito foram responsáveis por 25,9% do total dos atendimentos, tendo ocorrido maior utilização na faixa etária entre 15 e 29 anos (29,8%) e no sexo feminino (73,7%). A escolha do tipo de serviços foi influenciada principalmente por razões relacionadas com a acessibilidade (63,7%). A procura dos serviços decorreu sobretudo de motivos relacionados com a ocorrência de doença e com a busca de serviços curativos (75,7%). Esses achados revelaram, segundo os autores, incipiência no processo de distritalização, expresso tanto em insuficiências quantitativas relacionadas com a cobertura assistencial e a oferta de

serviços, quanto em problemas organizacionais que fizeram com que a produção ainda não utilizasse preferencialmente os serviços do Distrito. Os autores discutiram esses resultados no atual contexto de expansão do setor privado e de colapso de financiamento setorial.

Um outro estudo transversal de base populacional foi realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil por Costa e Facchini (1997) com o objetivo de acumular informações de forma a descrever, analisar e entender os padrões de utilização dos serviços ambulatoriais daquela cidade, na tentativa de contribuir para a construção de um sistema local de saúde com mais equidade. Foram entrevistados 1.657 adultos (idade igual ou acima de 20 anos).

As variáveis dependentes foram o tipo de serviço de saúde classificado quanto à natureza do lucro e a frequência de consultas durante o último ano. A variável frequência de consultas relacionou-se com sexo feminino, fatores de risco e motivos de consultas. As pessoas que ignoravam a presença de hipertensão arterial consultavam cerca de 25% a menos do que aquelas, as quais não relatavam o problema, enquanto as que referiram a doença procuravam 40% mais os serviços médicos. Confirmou-se a tendência de diminuição na média de consultas na medida em que aumentava a frequência do consumo de álcool.

A variável internação hospitalar, ajustada por todas as outras, mostrou ser a maior medida de efeito, para a frequência de consultas. As pessoas hospitalizadas no último ano consultavam cerca de três vezes mais do que a não internadas. O tipo de serviço estava associado com variáveis sociais tais como classe social, escolaridade e local de residência. Entre os que consultaram nos últimos três meses, verificou-se que 30% recorriam aos serviços credenciados e conveniados, 29% foram atendidos pelo sistema público, 22% pelos filantrópicos e 19% pelo sistema privado.

Pela classificação de Bronfman (1988) para classe social este estudo mostrou que as pessoas inseridas na burguesia e nova pequena burguesia tradicional serviram-se, preferencialmente, do sistema público, mas, também, utilizaram os demais serviços. O proletariado utilizou, basicamente, o sistema público e os serviços credenciados e conveniados. O subproletariado recorreu ao sistema público e aos serviços filantrópicos.

Ao analisar a classificação da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercados (ABIPEME), verificou-se que as pessoas pertencentes às classes A e

B utilizaram, primordialmente o sistema privado. A classe C recorreu aos serviços credenciados e conveniados e ao sistema privado. A classe D utilizou os serviços credenciados e conveniados e o sistema público. A classe E freqüentou, preferencialmente, o sistema público e os serviços filantrópicos. A análise multivariada confirmou que quanto mais pobre a classe na qual o indivíduo está inserido, maior a utilização do sistema público. Na análise bivariada não foram encontradas diferenças entre sexo, idade, tabagismo, motivos de consulta e hospitalizações no último ano em relação ao local de consulta.

A regressão logística confirmou o maior uso do sistema público pela população com menor nível de escolaridade. Considerando o bairro de moradia, observou-se que os usuários dos bairros populares (Baixada, Fragata e Areal) consultaram mais o sistema público, enquanto os residentes nas Três Vendas consultaram mais os serviços filantrópicos e os moradores do Centro, serviços privados. Isto significa que quanto mais pobre o bairro, mais baixa a escolaridade ou a inserção de classe menos as pessoas consultaram o sistema privado.

Na escolha de serviços ambulatoriais em Pelotas as diferenças foram marcadas pela estrutura de classe e não pela quantidade ou pelos motivos de consultas, ou seja, a escolha do tipo de serviço de saúde dependeu de fatores ligados à classe social antes do que variáveis associadas à gravidade dos problemas de saúde.

Estudo realizado por Franco e Campos (1998) intitulado "Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário" baseado na tese com título "Estudo da clientela do sistema de referência e de indicadores de qualidade do ambulatório de Pediatria do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas" foi conduzido em um serviço que presta a atenção secundária e terciária de crianças na faixa etária de 0 a 18 anos, sem delimitação de área de cobertura e que está inserido no SUS. Para fins desta pesquisa o ambulatório geral e o ambulatório da especialidade (pneumologia) foram selecionados. Entre maio e outubro de 1993, 221 acompanhantes (sendo 155 acompanhantes de pacientes do ambulatório geral e 66 do especializado em pneumologia) foram entrevistados antes da consulta de retorno a estes serviços.

O objetivo da investigação foi caracterizar as clientelas que se utilizavam do ambulatório geral de pediatria e do ambulatório da subespecialidade pediátrica

(pneumologia), a fim de verificar suas semelhanças e diferenças sob a ótica da equidade no acesso a estes serviços.

Os resultados possibilitaram concluir que a clientela que freqüentava o ambulatório de pediatria (geral e especialidade) possuía, em sua maioria, vínculo previdenciário, mas não convênios médicos. Os indicadores socioeconômicos evidenciaram ser, predominantemente assalariados (proletários e subproletários), com baixo nível de renda. Já entre os usuários do ambulatório da especialidade, foi revelada uma clientela de melhores condições socioeconômicas. Foi estatisticamente significativa a maior proporção de pessoas conveniadas a outros serviços de saúde e menor a percentagem de indivíduos subproletários, fora da população economicamente ativa (PEA) e desempregados, ou seja, houve um número menor de pessoas com inserção socioeconômica marginal. Esta diferenciação das duas clientelas permitiu demonstrar o acesso privilegiado ao ambulatório da especialidade, que representava a última instância de complexidade dentro do sistema de saúde, configurando uma clara situação de iniquidade.

Constataram-se dificuldades de locomoção até o hospital (40% dependiam de transporte fornecido pelas prefeituras), no entanto, provavelmente os acompanhantes dos pacientes superaram tais dificuldades por perceberem a gravidade ou complexidade da patologia, além de terem constatado a falta de recursos mais próximos para solucionar tal problema de saúde. Foram caracterizados como pacientes de baixo nível socioeconômico, dependentes dos serviços públicos de saúde que chegavam até o Hospital Universitário através de encaminhamentos. Já no ambulatório da especialidade, o nível socioeconômico identificado no estudo foi melhor, com diminuição da dependência dos serviços públicos, mas que fizeram a eleição do Hospital Universitário por levar em consideração sua reputação, a tecnologia disponível e a presença de especialistas habilitados a lidar com doenças de maior gravidade e/ou complexidade.

Constatou-se também que como os seguimentos dos pacientes são longos, houve a necessidade de muitos retornos, tanto para consultas como para investigações, acabou ocorrendo a seleção da clientela que tinha mais condições de chegar até o serviço. Este estudo serviu para o diagnóstico da situação, como elemento subsidiário para o planejamento, buscando superar problemas de ordem organizacional relativos à acessibilidade e a equidade, dentro da perspectiva da qualidade e do respeito à cidadania daqueles que fazem uso destes serviços.

Pinheiro e Travassos (1999) analisaram a desigualdade social na utilização de serviços de saúde e a influência que a área de residência exerce nessas desigualdades. Com informações baseadas em um questionário multidimensional aplicado a uma amostra de idosos da cidade do Rio de Janeiro, foi estudada a associação do uso de serviços de saúde com fatores sócio-demográficos, condição social, necessidade e oferta de serviços médicos.

O fator mais importante na explicação da variação no uso de serviços de saúde por idosos foi necessidade. Porém, ser do sexo feminino, renda, área de moradia e ter direito de usar serviço privado também mostraram efeito positivo no consumo de serviços de saúde. O modelo apontou ainda para a existência de interação entre área de residência e renda. A área de alto padrão de vida, representada neste estudo pelo bairro de Copacabana, não apresentou desigualdades internas no uso de serviços de saúde, sendo o efeito da renda mais importante em locais classificados em níveis de padrão de vida médio e menor (Méier e Santa Cruz, respectivamente). Diferentemente do que tem sido apontado na literatura internacional, idade não se mostrou significativa na explicação das variações nas chances de consumo de serviços médicos entre idosos das três regiões administrativas. Também não foi encontrada associação significativa com escolaridade.

Com o objetivo de estudar a equidade no uso dos serviços de saúde, a partir de duas dimensões: a geográfica e a social, foi realizado um estudo por Travassos; Viacava; Fernandes e Almeida (2000) utilizando os dados das pesquisas de 1989 (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição – PNSN) e as de 1996 – 1997 (Pesquisa sobre Padrões de Vida – PPV) feitas pelo IBGE. Neste trabalho, analisaram-se os dados das regiões Nordeste e Sudeste das duas pesquisas e foram excluídos de ambas as amostras os domicílios situados em área de zona rural. Com a finalidade de avaliar a ocorrência ou não de mudança no padrão de equidade no consumo de serviços de saúde, após a implantação do SUS, procedeu-se à comparação entre os resultados de cada pesquisa.

As regiões geográficas analisadas foram encontradas em posições polares, em relação às demais: o Sudeste – a região mais desenvolvida e o Nordeste – a menos desenvolvida. Em 1989, o Sudeste, comparativamente ao Nordeste, apresentava uma maior razão de sexos (total de homens/ total de mulheres) – 0,96 e 0,88 respectivamente, um perfil etário mais envelhecido, melhor nível de

escolaridade. Observava-se que a população do Sudeste era predominantemente de raça branca (65,62%), ao passo que a do Nordeste era predominantemente de raça não branca (78,58%). O coeficiente de Gini indicava menor concentração de renda no Sudeste, apesar de ambas as regiões terem apresentado marcas desigualdades. Em 1996/1997, entretanto, foi observada uma convergência nas razões de sexos entre o Sudeste e o Nordeste (0,93 e 0,91 respectivamente), e o perfil etário de cada região assumia características compatíveis com estruturas populacionais menos jovens, em comparação com o perfil etário observado em 1989. A proporção de chefes de família sem instrução ou com instrução elementar (34,65% no Sudeste e 35,9% no Nordeste) reduziu-se em comparação com o ano de 1989, observou-se também, redução na razão da proporção de chefes de família sem instrução ou com nível elementar de instrução entre as duas regiões (1,2 em 1989 e 1,04 em 1996/1997). A concentração de renda apresentou uma diminuição no Nordeste e um ligeiro aumento no Sudeste, implicando diminuição das diferenças na concentração de renda.

Ao se analisarem as variações geográficas nas taxas de utilização de serviços de saúde padronizadas por idade e sexo, observou-se uma posição desfavorável para o Nordeste (13,01 por 100 habitantes), em 1989, com o Sudeste apresentando uma maior taxa de utilização de serviços de saúde de 19,49 por 100 habitantes. Em 1996/1997 as diferenças nas regiões deixaram de ser estatisticamente significativas. Porém, quando se recalcularam as taxas de utilização mencionadas para os grupos com e sem morbidade (restrição de atividades), observaram-se marcadas diferenças entre as regiões, estatisticamente significativas e sempre desfavoráveis para o Nordeste, no ano de 1989, em particular.

As taxas de utilização dos serviços de saúde foram calculadas a partir do uso dos serviços de saúde, variável dicotômica, em que se indicou se o indivíduo foi ou não atendido em serviço de saúde em um período determinado. Na PNSN, correspondeu aos 15 dias que antecederam a entrevista; na PPV, correspondeu a 30 dias. A estrutura do consumo foi analisada através do uso segundo o tipo de estabelecimento. As taxas de utilização dos indivíduos com morbidade foram sistematicamente maiores do que as taxas dos indivíduos sem morbidade, confirmando a existência de associação positiva entre uso de serviços de saúde e presença de problemas de saúde. As variações sociais na utilização de serviços de saúde demonstraram que condições sociais desfavoráveis tendem a reduzir as

chances de uso de serviços. O efeito do aumento da renda no consumo de serviços de saúde, controlado por idade, sexo e morbidade (restrição de atividades) estava presente em ambas as regiões e em ambas as pesquisas.

Em relação à estrutura de consumo de serviços de saúde em 1989 perceberam-se importantes variações regionais: maior participação relativa de postos e centros de saúde no Nordeste (29,01% - Nordeste, 16,75% - Sudeste) contra maior participação relativa de clínicas e consultórios particulares no Sudeste (29,34% - Nordeste, 45,10% - Sudeste). Variou também a estrutura de consumo antes e após a implantação do SUS. O que chamou a atenção nesta variação foi o aumento expressivo da participação relativa do hospital no consumo de serviços de saúde, em ambas as regiões, tendência esta mais evidente no Nordeste.

Hospital, neste caso, representou não apenas internação, mas também atendimento em pronto-socorro e em ambulatório hospitalar. Segundo os dados das pesquisas analisadas neste trabalho, a variação da participação relativa ao Hospital observada no Nordeste pareceu refletir um aumento real no uso deste tipo de estabelecimento, pois as taxas de utilização de hospitais dobraram entre 1989 e 1996/1997 (3,53 e 7,13 por 100 habitantes respectivamente). Para o Sudeste o aumento verificado foi muito menos importante (4,59 e 5,58 por 100 habitantes respectivamente). No estudo foi levantada a hipótese da ocorrência deste fato estimulado, talvez pela introdução do pagamento por produtividade da atenção ambulatorial (Norma Operacional Básica 01/93), o que significou uma mudança na estrutura do consumo em uma direção mais ineficiente. Por outro lado, o uso inapropriado de hospitais – pronto socorro ou ambulatório hospitalar - poderia também estar relacionado a problemas de acesso.

Ao se analisar a estrutura de consumo de serviços entre os grupos de renda, observou-se também uma marcada variação em ambas as regiões: os grupos de mais alta renda consumiam mais serviços ambulatoriais e o consumo de serviços hospitalares tendia a aumentar à medida que a renda decrescia. Além disso, houve uma variação no tipo de serviço ambulatorial utilizado: os grupos de maior renda usaram predominantemente consultórios particulares e clínicas, ao passo que os de menor renda usaram mais postos e centros de saúde. Os dados da PNSN e da PPV também indicaram que os indivíduos mais pobres tiveram maior chance de adoecer, padrão verdadeiro para ambos os períodos e nas duas regiões. As desigualdades geográficas no consumo de serviços de saúde, desfavoráveis ao Nordeste em 1989,

tanto para as pessoas que referiram morbidade como para aquelas que não referiram, mantiveram-se mesmo após a implantação do SUS. Porém, os valores das taxas sugeriram uma redução nas diferenças regionais entre os períodos estudados.

Os resultados deste estudo evidenciaram a multiplicidade de fatores que interferiram no padrão de consumo de serviços de saúde e o embricamento perverso entre elas no Brasil, resultando em um quadro de desigualdades cumulativas que evidenciaram o quão distante encontrava-se o sistema de saúde do país dos princípios igualitários enunciados na sua formação.

Um estudo realizado no ano 2000 por Silva et al buscou identificar os grupos populacionais não alcançados pelo programa local de saúde materno-infantil, buscando caracterizar os possíveis pontos de exclusão, com vistas ao estudo de intervenções capazes de ampliar o acesso e a utilização das principais ações de saúde oferecidas pelo programa. A amostra foi composta por 465 menores de um ano residentes no município de Embu, São Paulo, Brasil.

A análise estatística, orientada pela hipótese que esperava maior disponibilidade de planos de saúde entre as famílias que não usavam o programa local de saúde infantil, consistiu em análises de associação estratificadas que buscaram detectar heterogeneidade entre os quatro estratos de famílias e no interior deles, definidos segundo diferentes padrões de condições de vida. Esses segmentos, considerados heterogêneos entre si, segundo o padrão de condições de vida, foram mantidos como grupos de comparação para o desenvolvimento da análise em busca da caracterização da população não alcançada pelo programa de saúde infantil.

O tipo de moradia, as condições de saneamento básico, a renda e a escolaridade dos chefes de família foram as variáveis consideradas para discriminar os quatro estratos resultantes. São eles: Estrato 1 concentrou a população residente em pequenas chácaras ou condomínios (mais homogêneo quanto à baixa densidade demográfica, melhores condições ambientais e melhor qualidade de vida) Estrato 2 e 3 (maior heterogeneidade interna – predominava chefes de família com renda de 2 a 5 salários mínimos e padrão de escolaridade não superior ao primeiro grau). No estrato 2 havia condições ambientais e de moradia menos precárias, localizado em grande parte no centro da cidade. Já o estrato 3 predominava a periferia. No estrato 4 reuniam-se as favelas (42% dos domicílios apresentavam esgoto a céu aberto e

25% dos chefes de família não tinham nenhum grau de escolaridade). Apesar de apenas 85,4% das crianças estudadas terem sido matriculadas nas unidades básicas de saúde, 91,2% eram assistidas pelas principais ações de saúde. No estrato 3, onde residiu a população periférica, estavam concentradas as crianças não alcançadas pelo programa. O estudo de diferenças dentro dos estratos revelou que também no estrato 3 encontrava-se a possibilidade de que algumas famílias estivessem usando convênios ou planos de saúde como alternativa ao programa local de saúde.

Os resultados apontaram ainda que a população com piores condições de vida (favelas) dispunha do sistema público do município como única alternativa para cuidar de sua saúde. Foi na população residente na periferia do município que se concentraram as crianças não assistidas pelo programa local de saúde infantil e existiu maior heterogeneidade entre as famílias quanto à disponibilidade de outros recursos para os cuidados de saúde de suas crianças.

O acesso ao programa de saúde infantil no município do Embu, apesar de ter ultrapassado o índice de 90%, não pôde ser considerado igual para todos os padrões de condições de vida. Além de viável, a estratégia metodológica deste estudo constituiu-se em instrumento eficaz para estudos das relações entre desigualdades sociais e situações de saúde, permitindo especificar grupos populacionais e suas necessidades visando à adoção de estratégias de intervenções.

Pinheiro et al (2002) fizeram um estudo "Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil" utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE, que, neste ano, incluiu um suplemento sobre acesso e utilização dos serviços de saúde. Uma análise descritiva do perfil demográfico, da morbidade referida, do acesso, da cobertura por planos de saúde, do padrão de procura e utilização de serviços de saúde para homens e mulheres residentes em áreas urbanas ou rurais foi desenvolvida.

Os indicadores foram desagregados por área de moradia (urbana e rural) e idade: 0 a 4 anos e 5 a 9 anos (crianças); 10 a 14 anos (pré-adolescentes); 15 a 24 anos (adolescentes e adultos jovens); 25 a 49 anos (adultos em fase reprodutiva); 50 a 64 anos (adultos) e 65 anos ou mais (idosos). O acesso a serviços de saúde foi analisado a partir dos seguintes indicadores: 1) percentual de pessoas que

procuraram um mesmo serviço de saúde quando necessitaram de atendimento e 2) frequência de consulta ao médico e ao dentista nos 12 meses que antecederam à entrevista. Foram também investigadas as informações sobre cobertura por planos de saúde, dada pela percentagem de pessoas que tinham um ou mais plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público. O padrão de procura e utilização de serviços de saúde foi analisado a partir dos seguintes indicadores: percentagem de pessoas que procuraram serviços de saúde nos últimos 15 dias que antecederam a pesquisa; distribuição de frequência do motivo da procura e do tipo de serviço procurado; taxa de utilização de serviços de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista (número de pessoas que procuraram serviços de saúde e foram atendidos por 100 habitantes); taxa de utilização de serviços de saúde nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista, segundo morbidade (restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde); prevalência de atendimento (número de pessoas que foram atendidas por um serviço de saúde para cada 100 pessoas que procuraram serviços) e taxa de internação hospitalar nos últimos 12 meses (número de pessoas que referiram pelo menos uma internação hospitalar no período de referência por 100 habitantes).

Analisaram-se também a distribuição de frequência dos motivos da não procura, motivos do não atendimento e fonte de financiamento do uso de serviços de saúde. A amostra (n) foi de 344.975 pessoas (a partir de 110 mil domicílios), representativa da população de cada estado da federação. Obteve-se 281.695 residentes em áreas urbanas e 63.280 em áreas rurais. Foi encontrado um maior percentual de mulheres que utilizavam um serviço de saúde de forma regular (73,6%) em relação aos homens (68,7%). Este percentual manteve-se mais elevado para as mulheres, tanto na região urbana, como rural, mas o uso regular de serviços foi de 10% maior na região urbana para os dois sexos. Um percentual bem maior de mulheres (62,3%) em relação aos homens (46,7%) referiu ter realizado consultas médicas ao longo dos 12 meses que antecederam a entrevista.

Em relação à consulta ao dentista, o percentual encontrado foi baixíssimo, tanto para as mulheres, como para os homens, mas o percentual delas (35,3%) permaneceu um pouco maior que o deles (30,9%). As taxas mais elevadas (entre 40% e 48%) foram observadas nos indivíduos em idade escolar, decrescendo a partir dos 15 anos. Em relação àqueles que nunca foram ao dentista 20,5% eram homens e 17,1% mulheres e este percentual decresceu com a idade. Em ambas as

regiões, as diferenças foram desfavoráveis aos homens, tendo sido o percentual da área rural o dobro do da área urbana, onde os diferenciais de sexo foram pequenos.

As taxas de procura por serviços de saúde nos 15 dias que antecederam à entrevista foram maiores para as mulheres (15,8%), do que para os homens (10,1%). Mulheres e homens residentes nas áreas urbanas procuraram com maior frequência serviços de saúde do que os residentes nas áreas rurais. As mulheres buscaram mais serviços para realização de exames de rotina e prevenção (40,3% mulheres e 28,4% de homens), enquanto os homens procuraram serviços de saúde predominantemente por motivo de doença (36,3% homens e 33,4% mulheres). Dentre os homens, destacou-se maior proporção de procura motivada por problemas odontológicos, acidente ou lesão. O diferencial de gênero não se manteve na área rural, onde o principal motivo de procura entre homens e mulheres foi a presença de doença.

O serviço de saúde mais procurado por ambos os sexos foi o posto ou centro de saúde (32,6% nas mulheres e 30,2% nos homens), seguido do consultório particular (29,3% nas mulheres e 28,6% nos homens) e do hospital (19,5% nas mulheres e 20,0% nos homens), apenas no hospital a frequência é um pouco maior para os homens. A procura ao pronto-socorro, farmácia e ambulatório de sindicato prevaleceu entre os homens, enquanto os ambulatórios de clínicas (especializados) foram mais procurados pelas mulheres.

Os principais motivos do não atendimento apontados nas duas regiões foram: não ter conseguido vaga ou senha e não haver médico atendendo. As pessoas alegaram diferentes motivos para não terem procurado serviços de saúde (excluídos aquelas que disseram não ter tido necessidade no período da pesquisa). Em 20% dos casos o motivo não pôde ser identificado, dentre as opções fornecidas pelo questionário da PNAD/98. A proporção de respostas na categoria "outros motivos" foi maior para os homens e nas áreas urbanas. Nas duas regiões, a principal razão alegada foi falta de dinheiro, principalmente na região rural. Na área urbana, também foram mencionados motivos relacionados com horário incompatível e atendimento demorado, enquanto na área rural a dificuldade de transporte e a distância apareceram como as razões mais frequentes.

Um estudo qualitativo foi realizado no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, por Ramos e Lima (2003) que procuraram abordar a visão dos usuários de uma Unidade de Saúde, relativos a acesso e acolhimento. Os dados,

coletados através de entrevista semi-estruturada e observação participante, foram tratados mediante análise temática. Ao todo foram realizadas 17 entrevistas. Para delimitar a suficiência dos dados utilizou-se o critério de saturação.

Os resultados desta pesquisa mostraram facilidades e dificuldades de acesso geográfico, econômico e funcional. A dificuldade de acesso à consulta odontológica foi um dos problemas levantados por 5 (cinco) dos 17 (dezessete) usuários entrevistados. Houve o relato de que há 19 ou 20 anos não havia tanta dificuldade para obtenção do atendimento. Houve um aumento da procura por estes serviços em virtude do alto custo desse tipo de tratamento, pelo empobrecimento da população, pela qualificação do serviço prestado na rede pública, pela política de saúde bucal da cidade que garante o tratamento completo, permitindo inclusive o acesso à periodontia e endodontia. Principalmente em unidades de saúde que dispõem do serviço de raio X odontológico, o que aumenta o poder de resolutividade, há uma alta demanda reprimida e uma grande disputa pelo acesso aos serviços, como em toda cidade. Em função desses fatores, os usuários precisam permanecer em filas desde a madrugada para ingressar no atendimento, exceção feita aos escolares da região que têm prioridade de consulta. A organização do serviço e a competência profissional determinaram facilidades com relação ao acolhimento, levando à satisfação dos usuários. Má recepção e desempenho profissional insatisfatório foram dificuldades identificadas.

Concluiu-se pela necessidade de aumento de profissionais, capacitação para o acolhimento, implantação de modalidade complementar de atendimento odontológico, antecipação da abertura do prédio para marcação de consultas e priorização de atendimento aos moradores da área de atuação (territorialização).

Com o objetivo de identificar os fatores que levam uma pessoa a consultar o médico no Brasil e avaliar as diferenças entre grupos socioeconômicos, foi realizado um estudo transversal com 1.260 pessoas de 15 anos ou mais, no sul do Brasil, por Mendoza-Sassi; Béria e Barros (2003). Foram analisados dados demográficos, socioeconômicos, de necessidade em saúde e de fonte definida para consulta quanto à visita ao médico nos últimos dois meses. Foram calculadas as razões ajustadas de prevalência (RP) e os Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%), utilizando a regressão de Poisson.

As RP ajustadas mostraram que mulher, eventos estressantes, seguro de saúde e médico de referência aumentaram a probabilidade de utilização de serviços

e acesso aos serviços. Foi encontrada uma relação tipo dose-resposta com auto-avaliação do estado de saúde, e a probabilidade de consultar aumentou à medida que a necessidade em saúde também aumentou. A análise no grupo com doença crônica evidenciou que o grupo de menor renda e sem escolaridade teve uma redução de 62% na probabilidade de visitar o médico em comparação com o grupo de maior renda e sem estudo. Contudo, como ocorreu interação significativa entre renda e educação, o tempo de estudo melhorou a utilização nesse grupo. Os resultados sugeriram a existência de iniquidade no grupo mais pobre que pôde ser modificada pela educação. Medidas específicas reforçando a importância de ter um médico de referência puderam também melhorar o acesso dos mais pobres.

Um outro estudo qualitativo foi conduzido por Assis, Villa e Nascimento (2003) sobre o acesso dos usuários às unidades básicas de Feira de Santana, Bahia, Brasil, com o objetivo de analisar a percepção dos usuários quanto às características dos serviços utilizados no sistema local de saúde, articulando teoria à prática com vistas a uma possibilidade a ser construída como direito de cidadania. O referencial teórico foi baseado em autores que analisam as dimensões explicativas do acesso (política, econômica, técnica e simbólica), articuladas com o modelo teórico da representação social. A dimensão política considera as relações que se estabelecem entre as políticas de saúde que envolve a possibilidade de desenvolver a consciência sanitária e a organização social; a econômica se refere à relação entre oferta e demanda; a técnica exprime, por um lado, a utilização e as dificuldades do usuário para concretizar o atendimento pretendido e, por outro, a oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento, a sua organização (que recursos dispõem), o fluxo, a qualidade e a resolutividade do serviço produzido; a dimensão simbólica é relativa às representações sociais acerca do processo saúde – doença e da forma como o sistema se organiza para atender às necessidades dos usuários.

Os dados empíricos foram a observação do acesso em dois centros de saúde e a entrevista com 25 usuários atendidos nos referidos centros. A análise buscou um encontro com a realidade empírica. Os resultados mostraram que o acesso aos serviços foi focalizado (ao restringir o atendimento público a determinados serviços ou programas) e seletivo para responder a uma determinada queixa (se refere à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário), tecnologicamente atrasado e discriminatório,

dirigido ao usuário de baixa renda que tem menor qualificação no setor formal da economia e à população excluída socialmente.

Estudo conduzido por Castro, Travassos e Carvalho foi realizado no ano de 2005 com o objetivo de analisar o uso de serviços hospitalares no Brasil, incorporando informações sobre a oferta de serviços de saúde. Foram analisados dados da PNAD em 1998 e também de outras fontes. Foram utilizados modelos hierárquicos, sendo a pessoa o primeiro nível e a unidade da federação de residência, o segundo. Dois modelos foram ajustados separadamente para adultos e crianças: regressão logística, para modelar ter ou não ter tido uma admissão, e regressão de Poisson, para modelar o número das admissões, sendo que o último modelo considerou apenas pessoas que tiveram pelo menos uma admissão.

O principal fator associado às admissões hospitalares foi necessidade de saúde. As pessoas de menor renda tiveram maior chance de serem internadas, quando controlado por necessidade de saúde e fatores capacitantes (cobertura por seguro da saúde e existência de serviços de saúde de uso regular). Somente de 1 a 3% da variação da utilização das admissões hospitalares foi atribuído às diferenças na oferta de serviços de saúde no nível da unidade da federação. Nos modelos logísticos, o número de leitos hospitalares foi positivamente associado e o de médicos per capita negativamente associado à chance de admissão. Nos modelos de Poisson, nenhuma das variáveis de oferta foi associada à chance de admissão. Os resultados sugeriram a existência de efeito de demanda induzida pela oferta no caso dos leitos hospitalares. A associação inversa das admissões hospitalares com o número de médicos indica a influência do cuidado ambulatorial no uso do hospital.

2.4 EVIDÊNCIA EMPÍRICA RECENTE NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

2.4.1 Estados Unidos

Dados de utilização de serviços dentários têm sido colhidos nos estudos nacionais nas últimas cinco décadas nos Estados Unidos. Estes dados mostram que, entre os últimos anos 50 e 70, a proporção da população dos Estados Unidos

que visitou o dentista no último ano cresceu de 40% para 50%. A mais recente informação no padrão de utilização e tendências foi dada em 1983, 1986 e 1989 (BLOOM, 1992). Estes dados mostram que a proporção dos indivíduos nos EUA que visitaram um dentista durante o ano anterior foi 55% em 1983, 56% em 1986 e 58% em 1989 (NCHS, 1991). Ter baixo status socioeconômico, ser negro, criança ou pessoa idosa são variáveis consistentes identificadas como independentes e fator de risco negativo para visitas dentárias.

Davis (1991) revisou os principais desenvolvimentos nas últimas duas décadas na literatura de investigação em serviços de saúde, sobre iniquidade e acesso a serviços de atenção à saúde. Aponta um importante fator na sustentação de políticas de saúde nos Estados Unidos que visavam à expansão de programas de cuidado à saúde para a pobreza e outros grupos populacionais vulneráveis nos anos 60 e 70: o reconhecimento de que a situação de saúde e a utilização de serviços variam significativamente dependendo da renda pessoal, raça e localização geográfica.

As análises iniciais do impacto que programas como “Medicare”, “Medicaid” e centros de saúde comunitários tiveram no incremento do acesso a serviços de saúde, para o pobre e o idoso, reafirmaram a importância desses programas. Destacam-se entre os tipos de estudo desse período: exames de conexão entre status sócio-econômico e mortalidade; inquéritos abordando diferenças sócio-econômicas na utilização de serviços de atenção à saúde; métodos econométricos para análise da utilização de serviços de atenção à saúde e investigações de impacto do programa sobre os beneficiários. Davis (1991) também menciona estudos de utilização de serviços de saúde através de análise multivariada dos fatores que afetam o uso de cuidado ambulatorial e hospitalizações de curto prazo, baseados em entrevistas realizadas com pacientes. Outro tipo de estudo utilizado foi a investigação da relação entre situação de saúde e utilização de serviços, comparando beneficiários desses programas com outros pacientes.

2.4.2 Canadá

O padrão de utilização dos serviços dentários no Canadá é similar ao dos Estados Unidos. Três pesquisas, conduzidas em Quebec em 1971, 1985 e 1988

(BRODEUR, 1990) avaliaram o crescimento da “mão de obra” e demanda por cuidados dentários. Estas pesquisas mostram que o percentual da população que usava os serviços dentários era de 47% em 1988, comparado com 51% em 1985. Foram realizadas, em média, duas visitas ao dentista no ano.

Além do fato do número de dentistas em atividade ter crescido com o tempo, a demanda por cuidados orais de saúde parece ter chegado a um outro patamar. Uma específica comparação com os Estados Unidos mostrou que a proporção de adultos que visitou o dentista em Quebec nos últimos 12 meses variou entre 30% e 63%, comparado com 41% e 61% dos adultos nos Estados Unidos. Uma estabilização da demanda foi observada entre as crianças.

2.4.3 Reino Unido

A pesquisa de saúde dental em adultos do Reino Unido de 1978 (TODD, 1982) revelou que duas vezes mais as pessoas da classe social I, II e III tiveram atendimento regular para avaliações dentais comparadas com aqueles nas classes sociais IV e V. Estes achados foram confirmados por outra pesquisa em adultos, conduzida por Ritchie et al (1981), que mostraram que 70% das pessoas em classes sociais I e II compareceram a visitas regulares ao dentista, apenas 27% o fizeram na classe social V. A diferença nas visitas não foi devido a diferenciações na apreciação dos cuidados dentários. Pessoas de classes sociais mais baixas apreciam a necessidade de atendimentos dentários regulares, 75% dos não atendidos acreditam que eles necessitam ir ao dentista com maior freqüência, e não havia quase diferenças sociais nestes aspectos.

A pesquisa de saúde dentária em adultos mostrou pequena diferença entre atendimentos regulares e irregulares em relação ao total de experiência no adoecer (TODD, 1982). Os escores de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) de pessoas atendidas regularmente foram marginalmente mais altos que aqueles com atendimentos irregulares, possuindo uma média muito mais alta de dentes restaurados. Sheiham et al (1985) também examinaram a relação entre padrões de atendimento dentário e variações no status dentário. Neste estudo com uma amostra de empregados de duas indústrias no nordeste da Inglaterra, a análise da regressão mostrou que uma maior freqüência a visitas dentárias estava associada com uma

redução da taxa de dentes perdidos e pouco número de dentes com atividade de cárie, mas uma alta média de números de restaurações. Houve diferença significativa, contudo, entre trabalhadores “braçais” e “não-braçais” os primeiros estando mais propensos a perdas dentárias e os últimos a ter seus dentes restaurados, relacionando-se a idade e freqüência de ida ao dentista. Contudo, quanto mais freqüente os atendimentos dentários, tem-se um maior número de dentes funcionais, restaurações e outro procedimento que eleva o número de dentes tratados, mas houve experiência de doença. Estes resultados sugerem que, apesar da freqüente ida ao dentista, prorroga-se (adia) a perda e mantém o dente em função, mas não ajuda a prevenir doenças futuras.

2.4.4 América do Sul

Na América do Sul nenhuma pesquisa sistemática sobre utilização de serviços dentários foi identificada na literatura, com exceção dos estudos realizados no Brasil. As respostas do Ministério da Saúde no Brasil mostram que a proporção de visitas ao dentista nos últimos 12 meses foi de 53% para idades de 6-9 anos, 48% de 10-12 anos, 68% de 15-19 anos, 44% de 35-44 e 31% de 50-59 anos. Aproximadamente 1/3 das visitas foram por razões sintomáticas, refletindo a pobre condição de saúde oral no país (BRASIL, 1988).

Pesquisas realizadas pelo IBGE têm acrescido um módulo sobre as condições de saúde da população brasileira, que atualmente engloba questões sobre acesso e utilização de serviços dentários. Tem sido uma parceria com o Ministério da Saúde e foram realizadas nos anos de 1998, 2003 e 2004, constando como PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). A coleta sistemática e com periodicidade definida de informações como as do suplemento saúde da PNAD constitui-se em instrumento importante para subsidiar a formulação e avaliação de políticas de saúde, como é realizado em diversos países desenvolvidos (NCHS, 1998).

2.4.4.1 Brasil

Um estudo seccional/transversal foi desenvolvido na cidade de Bambuí, Minas Gerais, Brasil (MATOS et al, 2001), com o objetivo de identificar fatores associados ao uso regular de serviços odontológicos entre adultos. Os participantes foram entrevistados usando um formulário estruturado e questões previamente validadas. Um total de 999/1.221 (81,8%) indivíduos com idade ≥ 18 anos selecionados aleatoriamente participaram do inquérito de saúde bucal. Destes, 654 entre 656 que possuíam pelo menos um dente natural e haviam visitado o dentista pelo menos uma vez na vida participaram do presente trabalho.

Resultados ajustados pela regressão logística múltipla mostraram que o uso regular de serviços odontológicos foi significativamente associado a ter ≥ 8 anos e 4-7 anos de escolaridade (OR= 9,90; IC 95%= 2,90-33,77 e OR= 3,87; IC95%= 1,11-13,51, respectivamente), ter preferência para tratamento dentário restaurador em comparação à extração (OR= 4,91; IC 95%= 2,23-10,79), não ter necessidade atual de tratamento dentário (OR= 4,87; IC95%= 3,17-7,49) e acreditar que ir ao dentista previne a cárie e a doença na gengiva (OR= 1,73; IC 95%= 1,13-2,65). Os resultados mostraram que o uso regular de serviços odontológicos na população estudada foi explicado nas diferentes dimensões do modelo elaborado por Andersen e Newman (1973).

Partindo do princípio de que um dos objetivos dos serviços odontológicos públicos é reduzir os efeitos das desigualdades sociais sobre a saúde bucal, Matos et al (2002) investigaram se essas desigualdades estavam presentes entre usuários dos serviços odontológicos públicos, privados e de sindicato. A população estudada partiu de uma amostra representativa de adultos residentes na cidade de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. Os participantes foram entrevistados por meio de um questionário estruturado. Dos 1.664 moradores amostrados, 1.382 (83,1%) participaram do inquérito de saúde bucal. Destes, 656 preencheram os critérios de inclusão (idade ≥ 18 anos, presença de pelo menos um dente natural e visita ao dentista pelo menos uma vez na vida) e fizeram parte do estudo.

Os usuários dos serviços privados estavam mais satisfeitos com a aparência dos dentes (ORaj= 3,03; IC 95%= 1,70-5,39) e com a mastigação (ORaj= 2,27; IC 95%= 1,17-4,40) do que os usuários de serviços públicos. Aqueles também percebiam menos necessidade atual de tratamento odontológico (ORaj= 0,39; IC

95%= 0,18-0,86) e receberam com mais frequência tratamento restaurador (ORaj= 9,57; IC 95%= 4,72-19,43) ou preventivo (ORaj= 5,57; IC 95%= 2,31-13,40) na última visita ao dentista. Aqueles que usaram os serviços do sindicato também receberam mais tratamentos restauradores (ORaj= 8,51; IC 95%= 2,80-25,92) e preventivos (ORaj= 11,42; IC 95%= 3,49-37,43) na última visita ao dentista do que os usuários de serviços públicos.

As pessoas que utilizaram os serviços privados ou do sindicato, em comparação àqueles que utilizaram o serviço público, tinham mais chance de receber tratamento restaurador ou preventivo, enquanto os que utilizaram o serviço público tinham mais chance de receber tratamento cirúrgico (extração dentária). Esses achados foram independentes de sexo, faixa etária, escolaridade ou nível socioeconômico dos participantes e confirmaram estudos semelhantes realizados em países desenvolvidos.

Nenhuma diferença foi encontrada em relação à satisfação com aparência dos dentes, à capacidade de mastigação e à percepção de necessidades de tratamento odontológico. Os usuários de serviços públicos estavam em grande desvantagem em relação aos atendidos nos serviços privados e ligeiramente em desvantagem em relação aos usuários do serviço do sindicato. Esse achado é preocupante, uma vez que um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é a redução das desigualdades, propiciando melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde para os indivíduos com menor nível socioeconômico, que são mais vulneráveis às doenças bucais. Os serviços públicos odontológicos, com base no estudo da comunidade local, aparentemente não têm conseguido reduzir as desigualdades sociais com referência à saúde bucal.

Buscando avaliar a situação de utilização e acesso aos serviços de odontologia no Brasil e estudar diferenciais entre os estratos socioeconômicos, Barros e Bertoldi (2002) utilizaram os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE.

A análise, que levou em conta o desenho amostral, indicou um nível baixo de utilização de serviços odontológicos. Setenta e sete por cento (77%) das crianças de 0 – 6 anos e 4% dos adultos de 20 – 49 anos nunca haviam consultado um dentista. Entre estes adultos, comparando-se os 20% mais pobres com os 20% mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os primeiros. No grupo de 0 – 6 anos, as crianças ricas consultaram o dentista cinco vezes mais

do que os pobres no ano anterior à entrevista. Cerca de 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram 8% dos quais entre os mais pobres e 1% entre os mais ricos.

A maioria (68%) dos atendimentos do grupo mais pobre foi financiada pelo SUS, enquanto 63% deles foram pagos pelos mais ricos. As maiores desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos foram encontradas, exatamente, nos grupos de menor acesso ou utilização. A participação do SUS nos atendimentos odontológicos foi muito mais baixa do que na atenção médica. As diferenças entre o modo de financiamento de atendimentos odontológicos e não odontológicos foram observadas quando, do total de atendimentos, 52% não odontológicos foram realizados pelo SUS, ao passo que, apenas 24% dos atendimentos odontológicos foram financiados pelo Sistema Único. Com relação ao pagamento pelo atendimento, notou-se que este é muito mais freqüente para os atendimentos odontológicos, tanto entre os mais pobres, como entre os mais ricos.

Albuquerque, Abegg e Rodrigues (2004) realizaram um estudo que teve como objetivo identificar e analisar qualitativamente barreiras individuais ao atendimento odontológico de gestantes cadastradas no Programa Saúde da Família (PSF) do Cabo de Santo Agostinho, Pernambuco, Brasil. Trabalhou-se com três grupos focais compostos por quatro a nove gestantes. Os dados foram analisados usando a técnica de análise de conteúdo.

As principais barreiras concernentes ao indivíduo observadas foram: crenças populares que desaconselham a busca do atendimento odontológico na gravidez, baixa percepção de necessidade e medo de sentir dor. As gestantes participantes dos grupos focais citaram o alto custo financeiro do tratamento odontológico privado e não dispor de plano de saúde como barreiras ao atendimento odontológico. Apontaram ainda a existência de dificuldades de agendamento, de transporte, de dinheiro para o transporte, de fazer perguntas em novos e desconhecidos ambientes, falta de tempo, tempo tomado ao trabalho remunerado, falta de informação e além dos fatores já citados relataram a dificuldade de sair de casa de madrugada para marcar a consulta, salientando a questão social da violência urbana, um aspecto das barreiras ao serviço odontológico que não havia sido mencionado anteriormente na literatura.

O estudo possibilitou desvendar com clareza alguns pontos a ser melhorados na relação dentista – usuário dos serviços, no planejamento e prestação de serviços

em saúde, na necessidade de educação continuada dirigida aos profissionais em exercício.

Um estudo realizado por Andrade et al (2004), no município de Camaragibe, Pernambuco, Brasil, buscou investigar o acesso à atenção a saúde bucal, a partir da utilização dos indicadores específicos propostos no Pacto da Atenção Básica. A população estudada correspondeu a nove áreas de abrangência do Programa Saúde da Família, que incluíram equipes de saúde bucal. Estas áreas cobriam 24,33% da população total de 33.516 habitantes. Estudo do tipo quantitativo utilizou a base de dados registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) como fonte de informações para avaliação do acesso à atenção à saúde bucal em Camaragibe. O desempenho foi estudado nos anos 2002 e 2003.

Os resultados apresentaram uma baixa cobertura de consultas iniciais em todas as áreas estudadas e ainda o acesso inicial ao tratamento odontológico, medido através do indicador cobertura de primeira consulta, foi mais baixo nas áreas do PSF com equipe de saúde bucal do que no restante da rede. O indicador apresentou os piores desempenhos nas áreas onde a equipe de saúde bucal prestava atendimento a três áreas do PSF. O acesso às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais na faixa etária de 5-14 anos parece bastante satisfatório, chegando a alcançar os limites máximos de cobertura em algumas áreas de abrangência do PSF. Esta pesquisa indicou que algumas pequenas mudanças no SIA/SUS e no manejo dos indicadores estudados devem ser realizadas, afim de que os mesmos sejam utilizados de forma mais apropriada para medir acesso à atenção à saúde bucal. A pesquisa indicou também um déficit claro de oferta de serviços odontológicos, comparados às necessidades.

2.5 A GARANTIA LEGAL DO ACESSO AOS SERVIÇOS: O CASO BRASILEIRO

Com a constatação da crise nos serviços de saúde, intensificada por crises econômicas mundiais e o aumento dos custos da medicina moderna tem-se estimulado o debate acerca de alternativas à melhoria dos serviços de saúde em várias partes do mundo, inclusive no Brasil (ANDRADE et al, 2004).

Um marco inicial deste debate foi a Conferência Internacional de Saúde de Alma-Ata (URSS) em 1978, que analisou a gravidade da situação de saúde de países em desenvolvimento, e propôs estratégias de superação, baseadas na atenção básica à saúde. Os pontos chave desta estratégia previam o incentivo a participação comunitária, utilização de tecnologia apropriada e intersetorialidade. Neste contexto a Organização Mundial da Saúde estabeleceu também em seu documento "Saúde Para todos, no ano 2000", estratégias de acesso universal aos cuidados básicos de saúde (OMS, 1978).

Matos et al (2002) descrevem a partir de várias pesquisas um crescimento intenso das desigualdades sociais a partir da distribuição mundial da renda, medido pelo coeficiente de Gini, aumentando de 0,63, em 1988, para 0,66, em 1993 (um valor igual a zero representa igualdade total, e um valor igual a 1, desigualdade total). Tais padrões são verificados em vários países tidos como desenvolvidos, sendo mais acentuados nos países em desenvolvimento, caso do Brasil, com crescente desigualdade, 0.57 em 1992 e 0,59 em 1996, superado apenas pela Nicarágua (0,60), baseado em estudo sobre desigualdades sociais realizado na década de 90 em 15 países da América Latina.

As desigualdades sociais caracterizadas pelo empobrecimento de muitos em benefício de poucos e associadas ao processo de exclusão social têm grande impacto sobre a saúde das populações. Qualquer que seja o indicador de posição socioeconômica usado – renda, classe social, escolaridade ou ocupação –, o resultado será que países com nível socioeconômico mais baixo apresentarão mais problemas de saúde (FIGUEIREDO, 2001; MATOS et al, 2002).

As desigualdades em saúde revelam um caráter regional em nosso país, particularmente à Região Nordeste do Brasil, mas que, na realidade, refletem um fenômeno universal e contemporâneo, identificado mesmo naqueles países possuidores de sistemas de saúde mais equânimes e de uma melhor distribuição da riqueza social como Inglaterra, Canadá e Suécia. O fenômeno vem sendo registrado em quase todos os países industrializados, constituindo-se hoje em prioridade da Organização Mundial da Saúde (OMS), que vem desenvolvendo uma iniciativa global com o objetivo de promover e apoiar políticas e pesquisas voltadas para reduzir as diferenças sociais em saúde (SILVA, 2000).

Historicamente devido a fatores sócio-político-econômicos e culturais, observamos uma extrema desigualdade na oferta e no acesso aos serviços de

saúde, quer quando consideramos regiões, áreas urbanas ou rurais, áreas ricas e pobres das cidades, nas diferentes populações (BUSS, 1995). Desigualdades existentes também em relação ao acesso dos serviços odontológicos, implicam em diferenças no estado de saúde bucal das populações das distintas regiões e áreas geográficas. Não existindo dados sobre a região Nordeste (FIGUEIREDO, 2001).

Além do efeito das desigualdades socioeconômicas observadas na saúde geral (mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde), existem fortes evidências de que esse fenômeno se estende à saúde bucal (WATT, SHEIHAM, 1999). Apesar de pouco estudadas nos países em desenvolvimento, as influências da situação socioeconômica na saúde bucal têm sido descritas como semelhantes às relatadas nos países desenvolvidos. Patussi et al (2001) em um estudo realizado em Brasília, mostraram que comunidades caracterizadas por grande desigualdade social apresentam mais problemas de saúde bucal que aquelas nas quais a desigualdade é menor, independentemente da riqueza da comunidade como um todo, indicando que apesar de os coeficientes indicarem diminuição do nível das doenças bucais na população como um todo, as desigualdades sociais na saúde bucal estão se ampliando conforme ocorre, indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos quando comparados a indivíduos com maior renda, resultando em uma relação desproporcional de doenças bucais não tratadas e tipo de tratamento recebido.

Matos et al (2001) afirmaram que o uso dos serviços de saúde pode ser explicado pela predisposição, facilitação e necessidade dos usuários, características avaliadas nas diferentes dimensões segundo modelo elaborado por Andersen e Newman (1973).

Considerando o debate nacional e internacional sobre o tema, o governo brasileiro vem tentando priorizar a organização de um novo modelo de assistência, baseado na atenção básica à saúde.

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) com base na institucionalização da universalidade da cobertura e do atendimento. O sistema foi implementado em 1990 e pode ser traduzido como igualdade de oportunidade de acesso aos serviços de saúde para necessidades iguais (TRAVASSOS et al, 2000).

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil tem propiciado um contínuo re-pensar por parte dos gestores dos Serviços de Saúde (TANAKA et al., 1999). Neste sentido a mudança proposta pelo Sistema Único de Saúde (SUS) refere-se, principalmente, à definição de responsabilidades dos órgãos gestores municipais e da população local visando à busca de soluções adequadas à resolução dos problemas relacionados ao acesso e a efetividade da atenção prestada, além da preocupação com o impacto das ações de saúde sobre os níveis de saúde da população (FERNANDES, 2002).

A ênfase na atenção básica justifica-se pela resolutividade que proporciona, pois é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde da população, e pelo impacto que produz no ordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema de saúde.

Algumas decisões tomadas nesta direção incluem a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), a organização e ampliação do financiamento deste nível de atenção e o acompanhamento e avaliação centrados em indicadores de resultados discutidos e pactuados pelos gestores das três esferas de governo.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, pelo Ministério da Saúde em 1994 como estratégia concebida dentro dos princípios do SUS e que envolve um conjunto de ações individuais e coletivas que se propõem à reorganização da atenção básica e o reordenamento dos demais níveis do Sistema de Saúde (RONCALLI, 2003).

O Programa Saúde da Família está inserido em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Representa um movimento de “reforma da reforma”, no contexto de reforma do setor saúde no Brasil. Considerado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, o PSF tem demonstrado potencial para provocar um importante movimento de reordenamento do modelo vigente de atenção. Suas diretrizes apontam para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde, possibilitando maior racionalidade na utilização dos níveis de maior complexidade assistencial e resultados favoráveis nos indicadores de saúde da população assistida (BRASIL, 2002b).

Um dos princípios operacionais do PSF, a adscrição de clientela, proporciona vínculo dos profissionais com a população, o que tem possibilitado o resgate da

relação de compromisso e de co-responsabilidade entre estes atores. Esse vínculo tem se constituído como o grande diferencial em relação ao modelo tradicional de prestação de serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

Avaliando a situação de utilização e acesso aos serviços de odontologia no Brasil e estudando diferenciais entre estratos socioeconômicos, Barros e Bertoldi (2002) utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE constatando um baixo nível de utilização de serviços odontológicos, tendo sido verificado que 77% das crianças de 0-6 anos e 4% dos adultos de 20-49 anos nunca haviam consultado um dentista. Entre estes adultos, comparando-se os 20% mais pobres com os 20% mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os primeiros. No grupo de 0-6 anos, as crianças ricas consultaram o dentista cinco vezes mais do que as pobres no ano anterior à entrevista. Quase um quinto (18,7%) da população brasileira nunca consultou um dentista. As maiores proporções de pessoas desassistidas estão entre as crianças menores de quatro anos (85,6%), nos homens (20,5%) e na população residente em áreas rurais (32,0%) (IBGE, 2000a).

Apesar do perfil epidemiológico das doenças bucais estar mudando, principalmente com a redução na prevalência e severidade da cárie aos 12 anos de idade, fato verificado nos países ditos desenvolvidos (ORCA, 1996; THOMAS et al, 1997; NADANOVSKY, 2000), países em desenvolvimento, como o Brasil (OLIVEIRA, 1998; MARCENES, BÖNECKER, 2000), bem como, no Município do Recife (SORIANO et al, 1998) durante as décadas de 80-90, é evidenciado que tal fato não ocorre de forma equânime na população, ou seja, as desigualdades sociais presentes, implicam em desigualdades nos padrões de doenças e também no padrão de utilização dos serviços, com prejuízo aquelas de maior risco social, também válido aos agravos em saúde bucal (WATT, SHEIHAM, 1999; FIGUEIREDO, 2001; PATUSSI et al, 2001; MATOS et al, 2002; BRASIL MS, 2004).

A maioria das doenças bucais não ameaça a vida diretamente, porém são problemas importantes de saúde pública. As razões de sua importância estão na sua alta prevalência, demanda pública elevada aos serviços, impacto sobre a vida dos indivíduos e sociedade em termos de dor, desconforto, limitação e deficiência social e funcional interferindo sobre a qualidade de vida (BALDISSEROTTO, 1995).

A Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) de janeiro de 2001, reconhece a importância da saúde bucal na

atenção básica, quando normatiza que, para os municípios se habilitarem na forma mais simples de gestão, isto é, Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), define como requisitos mínimos à atuação nas seguintes áreas estratégicas: Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Controle da Hipertensão Arterial, Controle da Diabete Mellitus, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde Bucal. Consta no Anexo 1 da NOAS, que estas normas devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, fazendo parte do elenco mínimo de procedimentos oferecidos pelos serviços de saúde (BRASIL, MS 2001a).

Ante os resultados do perfil da assistência odontológica vigente, os dados de pesquisas sobre o padrão epidemiológico das doenças bucais no país e os dados da PNAD de 1998 e ainda, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir os investimentos na área curativa em procedimentos odontológicos, o Ministério da Saúde, com a portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, MS 2000), estabelece incentivo financeiro, para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios pela inclusão de Equipes de Saúde Bucal - ESB no Programa Saúde da Família – PSF, com isto as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na estratégia do Saúde da Família. Tal instrumento foi regulamentado pela portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001 (BRASIL, MS 2001d). Os objetivos são melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e ampliar o acesso da população brasileira às ações de saúde bucal; ampliar o acesso da população brasileira as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. As equipes de saúde bucal atuam mais próximas da realidade, identificando fatores de risco, famílias em situação de risco, priorizando demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades (BRASIL, 2002a).

Os modelos assistenciais em saúde bucal que ora se estruturam no País devem começar a trabalhar exatamente a partir deste ponto: reordenamento da prática odontológica, com mudanças sensíveis na abordagem do processo saúde – doença bucal. O SUS proporciona uma base filosófica e programática que norteia esta mudança de concepção (OLIVEIRA et al, 1999). O modelo integral de atenção à saúde, cujo foco principal deve ser a promoção de saúde deve substituir o paradigma curativo restaurador (MOYSÉS et al, 1992).

Desta forma, são objetivos do plano de reorganização das ações da saúde bucal na atenção básica: melhorar as condições de saúde bucal da população

brasileira; orientar as práticas de atenção à saúde bucal consoante ao preconizado pelo PSF; assegurar o acesso progressivo de todas as famílias as ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras; capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e as de serviço do SUS; avaliar os padrões de qualidade e o impacto da saúde bucal desenvolvida de acordo com os princípios do PSF.

Na busca da ampliação do acesso, ou melhor, a sua avaliação, no que se refere à atenção básica, a portaria do Ministério da Saúde nº 3925 de 13 de novembro de 1998 (BRASIL, MS 1998), institui o Pacto da Atenção Básica, que é um instrumento nacional de monitoramento e avaliação normatizado pelo Ministério da Saúde, que permite analisar as ações de serviços de saúde referentes a esta atenção, onde todos os municípios brasileiros pactuam com os Estados e este com o Ministério da Saúde, de acordo com seu perfil epidemiológico, o cumprimento de metas a serem alcançadas anualmente. Os indicadores do Pacto para monitoração e avaliação das ações e serviços de atenção à saúde bucal são: Cobertura de primeira consulta odontológica (Indicador 29); Razão entre procedimentos coletivos e a população de 0 a 14 anos (Indicador 30) e Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais (Indicador 31) (BRASIL, MS 2003).

No ano de 2005, uma nova portaria foi emitida, a de nº 21 de 5 de janeiro do mesmo ano, na qual há uma atualização da relação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica. Os indicadores de Saúde Bucal não sofreram alteração (BRASIL, 2005).

A pressão por saúde bucal na sociedade brasileira é difusa e quase sempre se restringe à reivindicação de acesso ao dentista. Há tempos, tem-se discutido se a saúde bucal é realmente uma necessidade sentida pela população. Dados consolidados do processo de Orçamento Participativo da Prefeitura Municipal de São Paulo para o ano de 2002 apontavam que a saúde bucal foi a segunda especialidade mais demandada, só sendo superada pelo Programa de Saúde da Família (MANFREDINI, 2003).

O acesso a serviços odontológicos também foi avaliado no último levantamento epidemiológico nacional: SB BRASIL – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 (BRASIL, 2004h). Cerca de 14% dos adolescentes nunca foram ao dentista. Existem diferenças regionais marcantes, menos de 6%

foram da Região Sul contrastando com 22% da Região Nordeste. Quanto aos adultos cerca de 3% nunca foram ao dentista, tendo prejuízo maior aos da Região Nordeste (5%) se comparado aos da Região Sul e Centro-Oeste (1,5%). Análise entre os idosos segue a mesma tendência, no grupo total cerca de 6% nunca foram ao dentista, 11% aos da Região Nordeste em relação aos da Região Sul 4%.

A questão do acesso à atenção básica à saúde ainda é um grande desafio, para o país. De acordo com dados do Ministério da Saúde 80,9% dos municípios brasileiros estão cobertos com PSF, e 92,6% estão cobertos pelo PACS. Atingindo 90,1% da população brasileira coberta pelo PSF/PACS. Destes, apenas 50,6%, dos municípios incluíram o dentista e auxiliares odontológicos em suas equipes, com uma cobertura de 20,9% da população (BRASIL, 2004j).

Dados recentes (BRASIL, 2006b) mostram um crescimento relativo em relação ao ano de 2004, há atualmente 91,3% dos municípios brasileiros cobertos com equipes de saúde da família. O total da população coberta por PSF e acompanhada pelas ESF no país é de 44,9%, em relação à Saúde Bucal 72,9% dos municípios brasileiros dispõem de ESB, sendo apenas 31,8% da população do país coberta e acompanhada por equipes de saúde bucal. O número de ESB, totalizado em junho de 2006, era de 13.707 equipes, enquanto que as ESF totalizam 25.964, quase o dobro.

O desafio está posto no sentido de que seja de fato garantida à consolidação do modelo de atenção que vise ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde, estimulando desta forma a reorganização das ações de Saúde Bucal a partir da Atenção Básica, porém com vistas à integralidade da atenção com investimentos em outros níveis, principalmente às especialidades odontológicas.

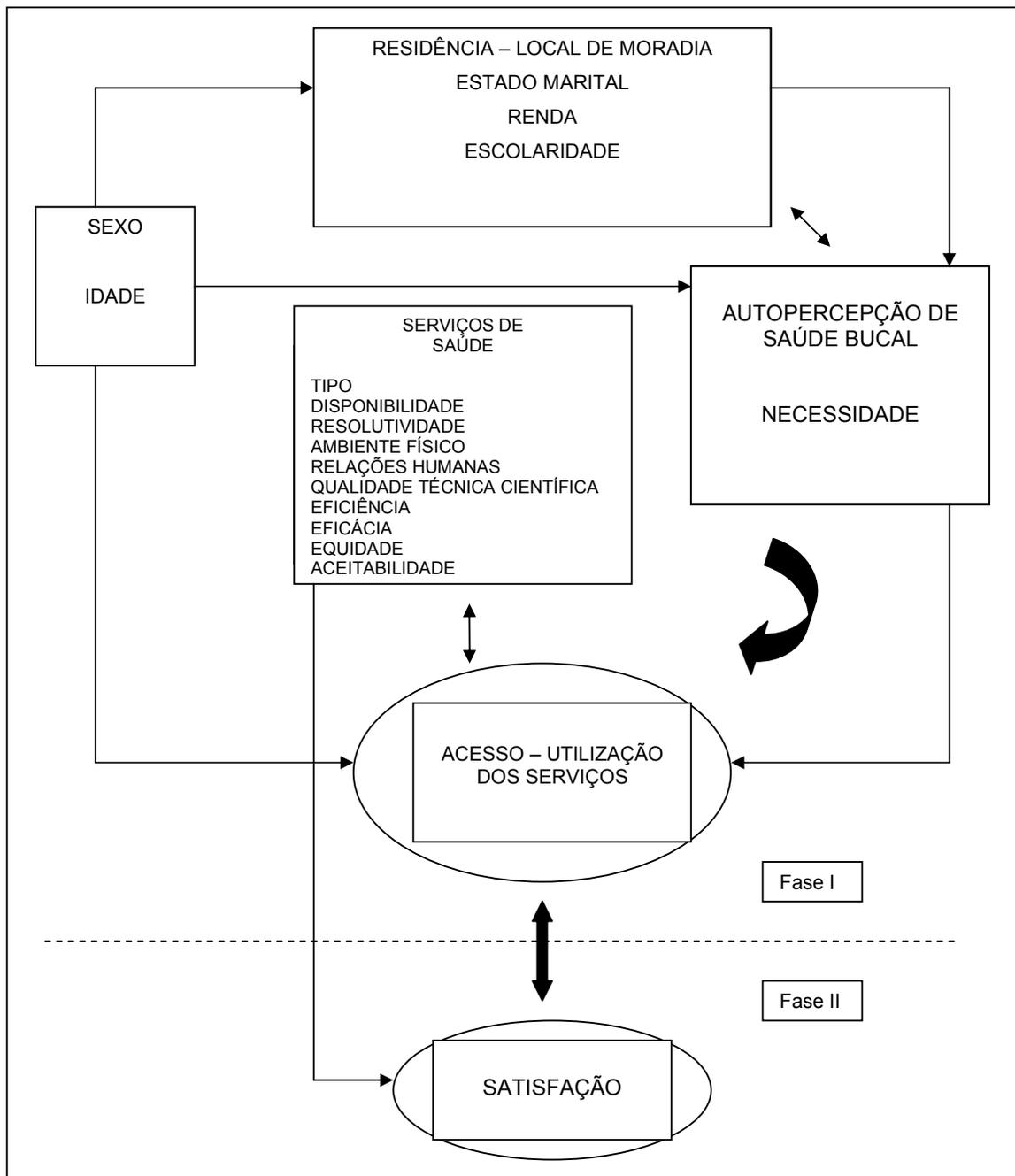
Pautado nos resultados do SB Brasil – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (BRASIL, 2004h) a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente está possibilitando a operacionalização de ações que visam o cumprimento dos objetivos propostos. No que se refere à atenção básica, investimentos à ampliação e qualificação da atenção foram instituídos através das portarias 74/GM – 2004, 1434/GM e 366/GM – 2004 (BRASIL, 2004g; a; f). No nível da atenção secundária, os Centros de Especialidade Odontológica (CEOs) estão sendo implantados ao atendimento clínico especializado, sendo instituídos pelas portarias 1570, 1571 e 1572/GM – 2004 (BRASIL, 2004). Sessenta e quatro já

tenham sido implantadas em diversas cidades do Brasil até outubro de 2004 (BRASIL, 2004b; c; d). Outras ações estão sendo previstas nos diferentes níveis de atenção em saúde bucal, seja primário, secundário e terciário.

No Brasil, apesar dos avanços recentes, gerados por políticas públicas implementadas nos últimos anos, tais como a inclusão da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família, implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b; e), ainda são necessários esforços para que seja efetivada uma política ampla capaz de reduzir desigualdades sociais no acesso, no processo do cuidado e na avaliação dos resultados epidemiológicos da área de saúde bucal.

Considerando os escassos estudos que demonstrem como o acesso aos serviços de Saúde Bucal tem sido efetivado nos cenários após a implantação das ESB no PSF e quais os fatores que interferem neste processo é que a presente pesquisa tem como objetivo identificar os fatores que interferem no acesso/utilização dos serviços de saúde bucal na cidade de Campina Grande – PB, bem como verificar se comunidades assistidas por equipes do PSF que incluem profissionais e técnicos de Saúde Bucal têm um maior acesso aos serviços de saúde bucal que as comunidades assistidas por unidades tradicionais. O Modelo apresentado por Andersen e Newman (1973) foi utilizado como a base conceitual neste estudo, por ser um modelo bastante conhecido e exaustivamente utilizado pelos estudiosos da utilização de serviços de saúde, no entanto, é proposto neste trabalho um modelo próprio que estará sendo testado. A seguir vê-se o modelo proposto na Figura 01 para apreciação.

2.6 MODELO DO ESTUDO



Fonte: Pesquisa direta

Figura 1 – Modelo do Estudo

2.7 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O entendimento de que a saúde das populações e das pessoas, individualmente, é determinada pelo que acontece no dia a dia da vida, e que esse dia a dia é fortemente determinado pelas relações sociais e econômicas, tem sido amplamente discutido (ACKERMAN, NADANOVSK, 1992). A literatura especializada apresenta fortes evidências que dão suporte a esta compreensão. Por exemplo, McKeown (1979) mostrou, convincentemente, que a diminuição da mortalidade decorrente de doenças infecciosas, a partir do século XX, foi, fundamentalmente, fruto da melhoria das condições de habitação e alimentação, independente de qualquer medida médica efetiva. McKinlay et al. (1989) estimaram que o recente declínio da mortalidade decorrente de doenças crônicas, particularmente doenças cardiovasculares (principal causa de morte prematura nos EUA), também não pode ter sido, primordialmente, fruto das ações médicas. Entretanto, desde meados do século XX, vem sendo disseminada, agressivamente, a idéia de que a saúde é fortemente determinada pela ação da "Medicina Moderna". A popularidade desta idéia poderia ser atribuída, primeiro, ao extensivo *marketing* disseminado pelos interesses da indústria de insumos e tecnologia da área da saúde, bem como à corporação dos profissionais da saúde, e, segundo, a algumas ações desta área que são obviamente eficazes e, portanto, genuinamente desejadas. O fato de que o processo saúde-doença estaria determinado pelas relações sociais e econômicas e que a "Medicina Moderna" não estaria equipada para atuar nessa esfera não impedem que, ainda assim, haja responsabilidade social, por parte do serviço de saúde, em se equipar apropriadamente para passar a atuar, de forma sistemática, nas decisões e implementações de políticas sociais e econômicas e, ao mesmo tempo, oferecer atenção médica especializada.

Apesar dos estudos que apontam que os determinantes da saúde estão fora do sistema de saúde propriamente dito, a exemplo da melhoria da situação socioeconômica geral de um país e como esta não é uma medida de fácil implementação, a decisão tomada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) foi a de implantar o sistema de cuidados em saúde, nos diversos países. A caracterização desta decisão da OMS foi efetivada a partir da sua Constituição de 1988, quando determinou, que a saúde é um direito humano básico e que os países membros, portanto, têm a obrigação de organizar sistemas de cuidados de saúde e

disponibilizá-los à população (World Health Organization - WHO, 1998). Em mensagem declarada pela Diretora Geral da OMS em 2000, ela chama atenção para o fato de que a saúde da população deve ser uma prioridade das Nações, sendo responsabilidade direta dos governos de forma contínua e permanente (WHO, 2000).

Aceitando-se, pois, as evidências de que a melhoria da qualidade de vida das populações e a redução da mortalidade de várias doenças não estariam relacionadas primordialmente à operacionalização destes serviços diretos de atendimento, teríamos, a princípio, que nos conformar com o restrito impacto social destes serviços. Entretanto, os serviços diretos de atendimento, tanto nos países de capitalismo central quanto em países periféricos, apresentam algumas características que lhes conferem papel de relevância no seio de suas respectivas sociedades (ACKERMAN; NADANOVSK, 1992).

A fim de superar a polêmica relacionada ao papel desempenhado pelos serviços de saúde, nos níveis de saúde da população (CONTANDRIOPOULOS 1990), propõe um modelo ampliado onde interagem duas vertentes: o que determina o estado de saúde e o que determina o sistema de cuidados. Assim, segundo o mesmo autor são cinco os principais determinantes do estado de saúde da população: a biologia humana, os hábitos de vida, o desenvolvimento físico e social e os **serviços de saúde**.

Abandonando a tradicional idéia de cura como tarefa primordial destes serviços, McKeown (1979) e Vuori (1989) vão mais além, incluindo outras tarefas como tranquilizar, aliviar e confortar, bem como lidar com condições emergenciais em que a vida esteja ameaçada. Seria o que Vuori propõe como avançar o processo avaliativo, tradicionalmente centrado na "cura" (medicina como ciência), para outras áreas de atendimento direto (a arte do cuidado).

2.7.1 Considerações sobre avaliação, qualidade em serviços de saúde e satisfação na ótica do usuário

Entendendo-se que o principal objetivo das unidades de atendimento direto seria oferecer serviços da melhor qualidade possível, torna-se necessário discutir as dimensões do atributo **qualidade**, de forma que o estabelecimento de indicadores

que meçam este atributo possa ser compreendido. O termo "qualidade" estaria relacionado a um vasto espectro de características desejáveis na prestação do cuidado (VUORI, 1989), tais como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade. Vuori alerta que, ao se abordar a dimensão "qualidade", seria necessário especificar qual aspecto da qualidade deseja-se levar em conta, quem define qualidade e quem seria o beneficiário desta qualidade.

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga. Atualmente verifica-se uma vigorosa retomada do tema. Relatos demonstram que desde o século passado avaliam-se serviços de modo mais ou menos sistemático (MAGALHÃES, 1983; RUELAS-BARAJAS; VIDAL- PINEDA, 1990). Nas últimas décadas, a maior parte da literatura sobre o assunto tem se concentrado em medições clínicas. A maioria destes trabalhos provém de países desenvolvidos (GOMES, 1989).

Na opinião de Donabedian (1966), existe uma grande dificuldade de definir a qualidade da atenção. Os critérios de qualidade seriam juízos de valor que podem ser aplicados a distintos aspectos, propriedades, componentes ou alcance de um processo denominado atenção médica. Diversos enfoques têm sido dados à avaliação, refletindo as diferentes concepções sobre a qualidade da atenção à saúde. Atualmente reconhece-se essa diversidade conceitual como decorrente das diferentes posições que os atores ocupam no sistema de atenção à saúde, sejam eles os profissionais, as organizações de assistência, os compradores de serviços, os usuários etc (BLUMENTHAL, 1996). Exemplificando, planejadores poderiam estar interessados em enfatizar aspectos relativos à equidade na distribuição dos serviços; administradores procurariam formas eficientes de provisão; profissionais de saúde (provedores) estariam interessados nos resultados das suas condutas; e usuários dariam atenção a aspectos ligados ao acesso ao cuidado e ao tratamento por parte dos profissionais de saúde. Seria difícil negar a legitimidade de cada um destes interesses e, mais ainda, negar que cada interesse esteja associado a uma forma de ver o mundo, do lugar social em que se encontra cada ator, já que avaliar é nada mais nada menos que "determinar a valia ou o valor de" (FERREIRA, 1988). Uma fórmula ideal poderia ser a conjugação dos diversos interesses na direção de um processo de avaliação holística, o que possibilitaria uma visão global do atributo "qualidade". No entanto, muitas vezes estes interesses podem ser irreconciliáveis. Gilson (1988) aponta, em seu trabalho, que algumas políticas de financiamento do

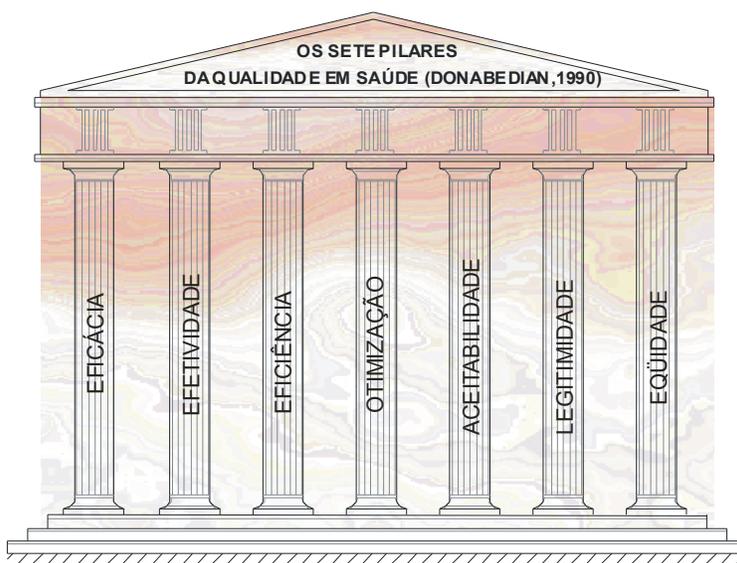
setor saúde propostas pelo Banco Mundial enfatizam aspectos relativos à eficiência, mas, por outro lado, sacrificam a implementação de uma distribuição equânime dos serviços.

A maioria dos autores situa os objetivos da avaliação dentro do âmbito técnico e racionalizador, ou seja, o de criar normas ou procedimentos, modificar políticas, estabelecer prioridades, visando aumentar a efetividade e a eficácia da atenção, possibilitando a mais adequada alocação de recursos, segundo critérios técnicos (HORWITZ, 1978; GEYNDT, 1986; ESCUDERO, 1989). Outros autores não perdem de vista o objetivo educativo existente na avaliação, que propicia material de ensino para a educação contínua dos profissionais de saúde e define a função e responsabilidade do paciente no processo de atenção (GEYNDT, 1986). Recentemente, em alguns países, têm surgido iniciativas tanto governamentais, quanto da sociedade, exigindo maiores responsabilidades dos prestadores de serviços, com o intuito de proteger os consumidores. O número crescente de leis, normas e regulamentações evidencia este fato (GEYNDT, 1986) e decorre, daí, um outro objetivo da avaliação: reconhecer os direitos de cidadania dos consumidores de serviços de saúde. Avaliar é, portanto, um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde.

Donabedian, já citado anteriormente, vem trabalhando há vários anos com avaliação da atenção em saúde, particularmente em seus aspectos qualitativos. Utiliza três categorias de análise denominadas de **estrutura, processo e resultado**. Afirma que “no coração da investigação da qualidade está o esclarecimento da relação entre processo e resultado e entre a estrutura e o processo” (DONABEDIAN, 1986). O termo *estrutura* refere-se aos atributos materiais e organizacionais relativamente estáveis nos locais onde se proporciona a atenção (DONABEDIAN, 1990a). Na abordagem estrutural, descrevem-se os recursos em termos de força de trabalho em saúde, instalações e equipamentos, e se comparam com critérios e padrões estabelecidos (VUORI, 1988). O termo *processo* refere-se à atenção que os provedores dispensam aos pacientes, assim como a habilidade com que efetuam essa atenção. Também se inclui aqui o que os pacientes fazem por si mesmos (DONABEDIAN, 1990a). *Resultados* expressam as conseqüências da atenção (ou da falta dela) na saúde de quem a recebe (ou deixa de receber) (DONABEDIAN, 1986). O termo *resultado* refere-se ao que se obtém para o paciente e supõe uma alteração no estado de saúde que possa ser atribuída à atenção sob avaliação. Os

resultados também incluem outras conseqüências da atenção, como, por exemplo, conhecimento sobre a enfermidade, mudanças na conduta e a satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1990a).

Em outro artigo mais recente, Donabedian (1990b) considera que a qualidade do cuidado é um conceito que tem muitos componentes, os quais podem ser agrupados sob sete eixos (**sete pilares**): a) **eficácia**, b) **efetividade**, c) **eficiência**, d) **otimização**, e) **aceitabilidade**, f) **legitimidade**, h) **eqüidade**. Conforme a figura a seguir:



Fonte: (FERNANDES, 2002).

Figura 2 – Os sete pilares da qualidade em saúde, sugeridos por Donabedian (1990).

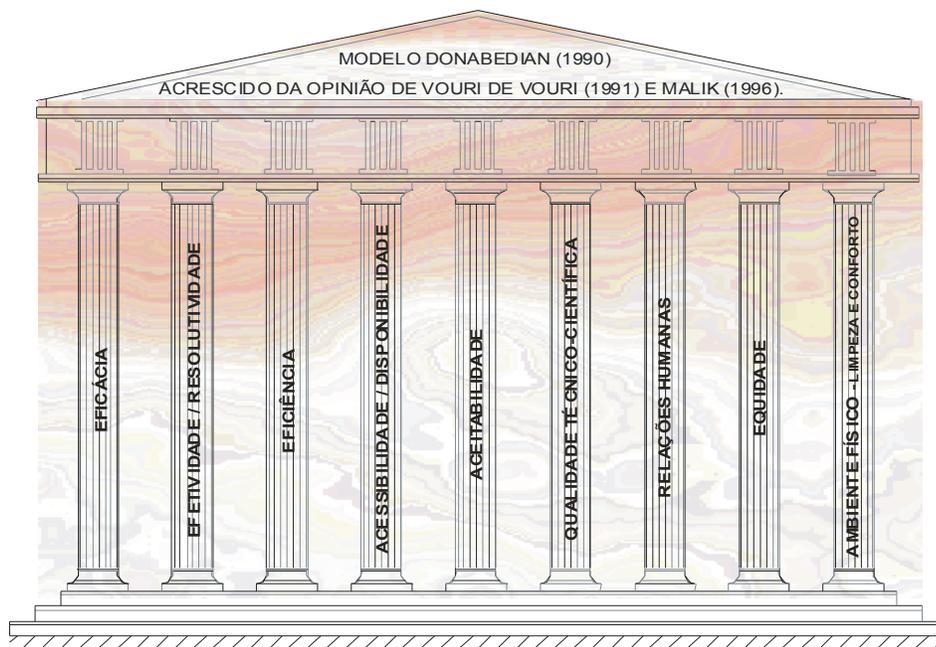
A *eficácia* é a capacidade da ciência e da arte do cuidado à saúde produzirem melhorias na saúde e bem-estar. A *efetividade* é a melhoria na saúde que se consegue, ou pode-se esperar conseguir, sob as circunstâncias rotineiras da prática diária. A *eficiência* é uma medida do custo para o qual qualquer melhoria de saúde é conseguida, enquanto que a *otimização* significa valorizar os efeitos do cuidado relacionados ao seu custo. A *aceitabilidade* é entendida como uma adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Em grande parte, a aceitabilidade depende das valorizações subjetivas do paciente referentes à efetividade, eficiência e otimização – mas não inteiramente. Alguns outros elementos entram no quadro: a **acessibilidade do cuidado**, os atributos da **relação profissional-paciente** e as **características do local de prestação do cuidado**. A acessibilidade, que já foi detalhada e definida anteriormente, é tida por

este autor como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. É um importante determinante na qualidade. A *legitimidade* pode ser entendida como a aceitabilidade do cuidado para a comunidade ou a sociedade em geral. *Eqüidade* é o princípio através do qual se determina o que é justo ou satisfatório na distribuição do cuidado e seus benefícios entre os membros da população. Como um dos pilares da qualidade, inclui-se também: o que indivíduos consideram satisfatório; o que a sociedade considera satisfatório; a distribuição do acesso ao cuidado e a distribuição da qualidade do cuidado subsequente e de suas conseqüências.

Na visão de Donabedian (1990b), a qualidade do cuidado é julgada pela sua conformidade com um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três fontes: a) a ciência do cuidado à saúde que determina a eficácia; b) os valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade e c) valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade. Por conseqüência, a qualidade não pode ser inteiramente julgada em termos técnicos por profissionais de saúde isoladamente; as preferências de pacientes e da sociedade como um todo também devem ser levadas em conta.

Vuori (1988) também aponta contribuições relevantes com relação ao tema ao enfatizar que, quando falamos sobre qualidade, é necessário especificar os aspectos da qualidade, qualidade definida por quem, e qualidade para quem. Assim, grupos portadores de diferentes interesses – planejadores de saúde, administradores, prestadores de serviço e os consumidores – podem expressar diferentes concepções do que constitui a melhor qualidade ou enfatizar diferentes aspectos da qualidade. De modo semelhante à abordagem desenvolvida por Donabedian (1990b), Vuori destaca como componentes desejáveis do cuidado: a efetividade, a eficácia, a eficiência, a eqüidade, a acessibilidade, a adequação, a aceitabilidade e a qualidade técnico-científica do cuidado. A avaliação de qualidade de serviços de saúde requer a pré-seleção de seus componentes e, por conseqüência, de seus valores de julgamento. A seleção dos componentes condiciona e determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios. O produto da avaliação variará em função do número de dimensões e da precisão com a qual seu desempenho será explorado.

Logo abaixo estão as dimensões de Vuori (1991) e Malik (1996) adaptadas ao estudo de Donabedian (1990b):



Fonte: (FERNANDES, 2002).

Figura 3 – Dimensões contempladas, tomando como base os sete pilares da qualidade em saúde de Donabedian (1990), acrescido da opinião de Vuori (1991) e Malik (1996).

Com base no conceito de "qualidade" como adequação ao uso. Somente o homem com a sua capacidade de pensar é capaz de tomar decisões para a adequação do uso com qualidade. Para sua melhoria é imprescindível se obter informações do cliente/usuário, com o objetivo de contemplar uma diversidade significativa de aspectos, para que haja, de fato, mudanças nos serviços e, como consequência, melhoria na qualidade de vida (LOBOS, 1991).

Assim, a avaliação da qualidade deve ser realizada considerando um elemento fundamental: determinando o nível de satisfação do cliente, o que significa aferir o ajuste do produto ou serviço à demanda, além de detectar, também, em que medida o mesmo produto ou serviço atende às expectativas do cliente. Esse tipo de avaliação é, sem dúvida, altamente relevante, sendo possível verificar se a organização está ou não alcançando seus objetivos básicos (VUORI, 1991).

Fica claro, até então, que não se pode ter um serviço de alta qualidade quando o alvo deste serviço - o usuário - não estiver satisfeito. Assim, a definição de indicadores de qualidade deve também passar pela utilização de medidas que levem em conta a satisfação dos pacientes com os serviços (ACKERMAN; NADANOVSK, 1992).

A satisfação dos usuários de serviços de saúde tem sido enfocada cada vez mais na literatura (VELÁZQUEZ, 1978; MORERA, 1981; SOMMERS, 1983; AGUIRRE-GAS, 1990; CHÀVEZ et al., 1990; JESSEE, 1990; DONABEDIAN, 1992; NOGUEIRA, 1994), como indicador de qualidade da atenção.

No que se refere às dimensões da satisfação dos pacientes, variam de acordo com os pontos de vistas dos autores. Segundo Ware; Snyder, (1975) são oito as dimensões para pesquisar a satisfação do paciente com a qualidade em saúde: a) a arte da atenção; b) a qualidade técnica da atenção; c) a acessibilidade; d) as finanças; e) o ambiente físico; f) a disponibilidade; g) a continuidade e h) a eficácia/resultado da atenção.

Vem crescendo a importância do reconhecimento técnico sobre a perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade de serviços de saúde. O seu papel como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento. É necessário considerar, porém, os limites inerentes a estudos baseados na percepção do usuário, cujo olhar deve ser complementar ao do técnico (RAMOS, LIMA, 2003).

No que se refere ao valor dos estudos da qualidade em saúde na ótica do usuário Mezomo (1993), afirma que: “A informação a respeito da satisfação do paciente é tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desempenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde”.

O autor acrescenta, ainda, que as percepções dos pacientes são vitais para a avaliação da qualidade e, em função disso, esse tipo de pesquisa deve ser realizado com instrumentos adequados.

Na avaliação da qualidade dos serviços sob a ótica do usuário, os autores como Cleary e McNeill (1988), afirmaram que o atestado definitivo da qualidade da assistência à saúde é a satisfação demonstrada pelo usuário dos serviços. Acrescentam, ainda, que se todos os envolvidos nesse processo aceitam a comunicação com o paciente e sua participação no diagnóstico e tratamento, com certeza o nível de satisfação integrará definitivamente o conjunto de indicadores capazes de avaliar a qualidade dos serviços.

Donabedian (1988) reconhece que embora a satisfação do cliente informe melhor acerca da relação interpessoal do que sobre os aspectos técnicos do cuidado, mesmo assim, assume que “este é um recurso que deveria ser utilizado na determinação da qualidade, no planejamento e administração dos serviços de saúde”. Alerta, no entanto, para o cuidado que se deve ter na condução desses tipos de estudo, no sentido de controlar os vieses de pesquisa.

Para Silva et al (1994), os principais atributos utilizados em avaliação estão relacionados: a) a disponibilidade e a distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) ao efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto); c) aos custos das ações (eficiência); d) a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica); e) a percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade).

Avaliação, contudo, não é considerada um fim em si mesma, mas um processo onde um julgamento explícito é elaborado, e a partir daí será desencadeado um movimento de transformação na direção da qualidade previamente desejada.

Em um trabalho de revisão dos estudos de avaliação qualitativa dos serviços de saúde, Campos et al. (1990) apontam a existência de duas vertentes principais que se baseiam na acessibilidade como metodologia de avaliação da qualidade do cuidado. A primeira delas relaciona a equidade do acesso com as características da população (renda familiar, cobertura previdenciária, atitudes frente ao cuidado médico) ou do sistema de saúde (distribuição e organização dos serviços, relações de poder etc.). A segunda vertente relaciona a avaliação do acesso aos indicadores de resultado da passagem do indivíduo pelo sistema (padrões de utilização e de satisfação). Pesquisadores desta última vertente afirmam que esta metodologia permite “validações externas” da importância do sistema e das características individuais.

Em estudo realizado por Campbell; Roland; Buetow, (2000), os autores definiram qualidade de saúde na ótica do usuário e informaram que são duas as principais dimensões, que devem ser avaliadas pelo usuário do serviço de saúde. As dimensões a que os autores se referem são: **acesso e efetividade**, sendo que, na dimensão efetividade os autores incluem dois componentes chaves – efetividade de

cuidados clínicos e efetividade de cuidados interpessoais. Os autores ainda lembram que a equidade deve ser um aspecto sempre lembrado pelos provedores de saúde.

Embora durante muitos anos os esforços tenham sido dirigidos primordialmente para o desenvolvimento de metodologias para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, a inclusão de considerações sobre o acesso a eles é fato recente.

Acesso e acolhimento, conforme estudo realizado por Ramos e Lima (2003), são elementos essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois contribuem para a procura pelo usuário. A conjugação de fatores facilitadores do acesso e/ou acolhimento propicia a satisfação do usuário com o atendimento, determinando a escolha do serviço e estabelecendo, freqüentemente, um bom vínculo, expresso através de um longo tempo de uso. Confirma-se através de estudos a necessidade de uma atuação que busque a construção de um vínculo entre usuários e trabalhadores, com garantia de acesso a ações de saúde pelos usuários, bem como acolhimento humanizado nos serviços.

Na área da Saúde Bucal existe uma lacuna relativa à avaliação dos serviços públicos que oferecem tratamentos odontológicos. Este tipo de avaliação tem sido alvo de esforços no sentido de desenvolver instrumentos válidos para este fim (FERNANDES, 2002).

Considerando a limitação constatada e a inexistência de instrumentos de pesquisa validados que contemplem a avaliação da qualidade dos serviços públicos de saúde bucal, sob a ótica do usuário, Fernandes (2002) em sua tese de doutorado elaborou e validou um instrumento de avaliação da qualidade dos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde com a pretensão de contribuir na melhoria da atenção prestada por estes serviços.

No ano de 2004, Fernandes realizou estudo com a finalidade de verificar a satisfação dos usuários com o atendimento odontológico prestado nos serviços da rede pública de saúde da Zona Urbana de Natal/RN, assim como, os fatores associados à qualidade desses serviços, utilizando o instrumento: Questionário de Avaliação dos Serviços de Saúde Bucal – (QASSaB) já validado anteriormente por Fernandes (2002).

Mais recentemente, (2006) Santos realizou um estudo com objetivo de avaliar o nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da Cidade do Recife, descrevendo seus fatores sócio-epidemiológicos e testando as diferenças entre os

níveis de satisfação, através de um modelo quantitativo, epidemiológico, prospectivo dos pacientes que demandaram às urgências. Os dados também foram coletados através da aplicação do QASSaB (FERNANDES, 2002) nos pacientes que demandavam aos serviços. Na análise descritiva foram apresentadas as distribuições de freqüências com 95% de Intervalo de Confiança, as médias e desvio padrão das variáveis analisadas. Na fase analítica foram analisadas as diferenças entre as proporções e médias de procedimento utilizando o qui-quadrado e o teste T para diferenças de médias. Fizeram parte deste estudo pacientes das três urgências odontológicas municipais. O perfil predominante dos 108 entrevistados pôde ser caracterizado como sendo a maioria do sexo feminino (58,3%), solteiras (45,4%), 83,4% reportaram dor de dente nos últimos seis meses e 62,8% classificou a sua saúde bucal de ótima a regular. Os usuários que participaram destes estudos foram predominantemente de unidades de saúde da família (70,4%), sendo que destas apenas 29% tinha equipe de saúde bucal. Pôde-se concluir que a dor de dente foi o fator determinante pela procura dos serviços de urgência odontológica, os serviços de urgência odontológica satisfizeram à população do Recife que demandaram a este tipo de serviço, com relação às características sócio-demográficas o perfil do usuário mais satisfeito com os serviços de urgência são as mulheres, solteiras, desempregadas e com menos de sete anos de estudo e que os usuários que tinham a presença das equipes de saúde bucal nas unidades de saúde da família se constituíram em minoria. Apesar da presença da equipe de saúde bucal parecer inibir a busca dos serviços de urgência, estes serviços parecem ser essenciais para a reorientação do modelo de atenção tendo como porta de entrada do sistema o PSF – Programa Saúde da Família.

Para Narvai (1996) a avaliação das ações e serviços constitui desafio permanente aos administradores e às autoridades de saúde. No interior do setor saúde, a área da saúde bucal se apresenta como verdadeira “caixa preta”. Tudo é aparentemente muito difícil e complexo, requerendo sempre a participação de especialistas e, muitas vezes, parece não bastar que sejam cirurgiões-dentistas: têm de ser sanitaristas ou especialistas em administração. Sem negar a relativa complexidade da avaliação em saúde bucal, deve-se reconhecer que esse trabalho, indispensável para que não se desperdice recursos e para que não se perca o rumo dos objetivos a alcançar, não é nem mais fácil nem mais difícil do que avaliar ações de saúde em qualquer outra área.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os fatores associados ao acesso aos serviços de Saúde Bucal na cidade de Campina Grande - PB.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sócio-econômicas e sócio-demográficas da população estudada;
- Testar a associação entre as variáveis sócio-econômicas e sócio-demográficas e da autopercepção da condição de Saúde Bucal com o acesso aos serviços de Saúde Bucal;
- Verificar se existe relação entre acesso aos serviços de saúde em comunidades assistidas ou não pelo PSF;
- Identificar a satisfação dos usuários dos serviços públicos de Saúde Bucal;
- Testar o acesso efetivo dos serviços públicos de saúde bucal;

3.3 HIPÓTESE DO ESTUDO

Existe uma maior proporção de acesso aos serviços de Saúde Bucal entre os usuários que residem em áreas cobertas pelo PSF, quando comparados aos usuários que residem em áreas não cobertas.

Existe um maior grau de acesso efetivo entre os usuários dos serviços de Saúde Bucal do PSF, em relação aos usuários dos outros serviços públicos de Saúde Bucal.

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo e analítico com um desenho do tipo transversal, com base populacional. A “causa” e “efeito” são analisados simultaneamente (PEREIRA, 2000). Também conhecido como seccional, nesse tipo de estudo os indivíduos são observados apenas uma vez. Baseado em Pereira (2000), pode-se dizer que esse estudo apresenta como conveniência a simplicidade e baixo custo, a rapidez, a objetividade na coleta dos dados (se referem ao momento do contato examinador-examinado) e não há necessidade de seguimento de pessoas.

4.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido com uma amostra representativa da população dos setores censitários urbanos que incluíam Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Campina Grande – PB.

Situada no Estado da Paraíba – mesorregião do Agreste Paraibano, zona oriental e trecho mais escarpado do Planalto da Serra da Borborema – a cidade de Campina Grande encontra-se em localização bastante privilegiada, eqüidistante em relação aos principais centros e capitais do Nordeste.

Além de sua sede, o Município de Campina Grande compõe-se dos Distritos de Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista, totalizando uma área de 621 Km² (IBGE, 2005). O Quadro 1 mostra a distribuição da área total do Município, em suas zonas urbana e rural.

Zona	Área (Km ²)
Urbana	98
Rural	420
Total	518

Fonte: <http://www.citybrazil.com.br/pb/campinagrande/geral.htm>

Quadro1 – Áreas do Município de Campina Grande-PB



Fonte: <http://www2.uol.com.br/guiacampina/>

Figura 4 – Mapa do Brasil, com recorte do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Campina Grande

Seu clima é equatorial semi-árido, sua temperatura média é de 22°C e a umidade relativa do ar chega a 67%.

Campina Grande possui uma população de 376.132 habitantes (IBGE, 2005) e o município é Gestor Pleno do Sistema de Saúde desde 14 de maio de 1998, sendo sede de uma das quatro macro-regiões do estado que congrega mais de 900.000 habitantes. Dentro do desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) a cidade constitui-se como sede de uma das 12 micro-regiões, ou seja, o município é Pólo de saúde para o estado da Paraíba e a sua rede de serviços é constituída de 01 hospital público, 08 hospitais privados, 02 hospitais filantrópicos e 01 hospital privado sem fins lucrativos que pertence ao SAS (Sistema de Assistência Social e de Saúde), 07 Centros de Saúde, sendo 01 Centro de Saúde situado no Distrito de São José da Mata, 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 48 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) (PMCG/SMSCG, 2006). A Secretaria Municipal de Saúde trabalha com uma divisão territorial que organiza os serviços em seis (06) Distritos Sanitários, que constituem a rede municipal, possuindo a seguinte conformação:

Distr. San.	Centro de Saúde do Distrito	População Urbana
I	Francisco Pinto	44.966
II	Bela Vista	69.007
III	Palmeira	36.050
IV	Catolé	71.638
V	Liberdade	70.906
VI	Malvinas	64.351
	Sem especificação	5.339

Fonte: Gerência de planejamento e regulação – SMS-CG (2002).

Quadro 2 – Relação dos Distritos Sanitários e seus respectivos centros de saúde e populações.

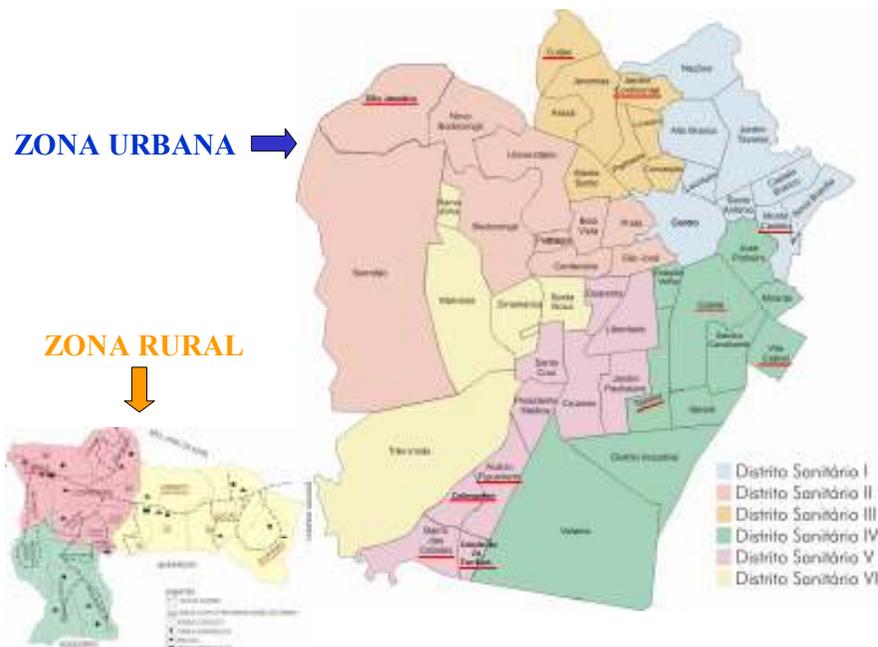
O PSF foi implantado em Campina Grande em 1994 e no ano de 2003 contava com 50 equipes em 40 Unidades principais, em 24 bairros e nos três distritos rurais do município, totalizando 94 comunidades. Estavam cadastradas 31.108 famílias que representavam 124.432 pessoas com a cobertura de 34,3% da população, sendo na zona rural uma cobertura de 100%.

Em março de 2003, foram implantadas dez Equipes de Saúde Bucal (ESB) com cobertura de 14.804 famílias em 16 comunidades, alcançando a cobertura de 16,3% da população do município. Foram definidas as áreas para a inclusão das ESB em função, principalmente, da existência de equipamentos odontológicos, e da necessidade de racionalizar tempo e recursos. Definiram-se vinte áreas, onde atuariam dez ESB compostas de Cirurgião Dentista e Assistente de Consultório Dentário, na proporção de uma ESB para duas Equipes de Saúde da Família (ESF), (FARIAS; DINIZ, 2004). Em 2004 houve a inserção de uma nova equipe, somando-se as dez que existiam.

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de fevereiro de 2006 mostram que o município de Campina Grande conta atualmente com 24 Equipes de Saúde Bucal qualificadas na modalidade tipo I (Cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário), constando no SIAB apenas 10 e implantadas 10, a população coberta neste período era de 69.000 pessoas (18,3%) da população do município, com proporção de 1:2 (uma equipe de saúde bucal para duas equipes de saúde da família), tendo cobertura de equipes de saúde bucal abaixo da média esperada. Há potencial para implantação de mais 23 equipes. Quanto aos dados

das Equipes de Saúde da Família, no sistema de informação, consta que 100 estão qualificadas, 33 são identificadas no SIAB, 33 implantadas, perfazendo um total de 113.850 pessoas cobertas, ou seja, 30,2% de cobertura de PSF no município (BRASIL, 2006b).

No TABWIN do DATASUS, constam como dados do município de Campina Grande, no mês de julho de 2006, um número de 31.749 famílias cadastradas no modelo PSF, sendo 124.557 pessoas cobertas pelo programa. Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde do município de Campina Grande, da Diretoria da Atenção à Saúde e do Setor de Planejamento, Regulação e Auditoria, havia no mês de Outubro de 2006 um total de 65 equipes de PSF, sendo 16 com Equipes de Saúde Bucal na modalidade I, não existindo no município ESB na modalidade tipo II, algumas se encontram na proporção 1:1 (total de 06) e outras na proporção 1:2 (total de 10). Há 53.913 famílias cadastradas, o que significa uma cobertura de 210.987 pessoas no modelo do PSF no município. Existem ainda 10 equipes do PACS.



Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/imagem:campina_grande_bairros.jpg

Figura 5 – Mapa da cidade de Campina Grande com divisão em cores por distritos sanitários (ver legenda).

4.3 POPULAÇÃO

Pessoas acima de 18 anos residentes na cidade de Campina Grande – PB.

4.4 TAMANHO E SELEÇÃO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizada a fórmula de comparação de duas proporções, com um poder de 80% para detectar diferenças quando produzir uma Odds Ratio de 1.5, com um erro de 2,0%.

Foram utilizadas como parâmetros para este cálculo a prevalência de acesso encontrada em estudo anterior de (35,3%) para mulheres e (30,9%) para os homens e satisfação com os serviços (48,0%) para as mulheres e (49,5%) para os homens, segundo estudos de PINHEIRO; VIACAVA; TRAVASSOS; BRITO (2002) e FERNANDES, (2004) respectivamente. Tendo sido obtida através desta fórmula uma amostra mínima de 626 indivíduos, no entanto, a este número foram acrescidos 20% para dar conta das perdas e potencializar o efeito do estudo, assim, o total da amostra (n) desta pesquisa foi de 827 indivíduos, portanto caracterizando amostra superior à necessária para os objetivos deste trabalho.

Denominamos de amostra por conglomerado, pois é necessário escolher grupos ou áreas geográficas, o que chamamos de conglomerados, nesse caso pode-se dividir a cidade em microrregiões e em seguida selecionar algumas microrregiões ao acaso. Ou seja, faz-se a divisão do universo em conglomerados que não se superponham; depois, selecionam-se alguns conglomerados, ao acaso; somente os conglomerados sorteados compõem a amostra (PEREIRA, 2002). Foram utilizados os setores censitários, com base nas informações do CD-ROM (IBGE, 2002) do município de Campina Grande e o programa Estatcart versão 2.0 (IBGE, 2003), com resultados do universo do censo demográfico 2000. A técnica de seleção da amostra foi em múltiplo estágio, seguindo o seguinte fluxo (município → bairros → setores censitários → ruas → domicílios → indivíduos). Segundo Pereira (2002) o procedimento em etapas é em geral adotado na amostragem por conglomerados, por vezes identificado como “Amostragem por conglomerados em etapas múltiplas ou em múltiplo estágio”.

A técnica de amostragem empregada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi utilizada. O IBGE utiliza um método de etapas múltiplas na realização das suas Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD), com a seguinte seqüência:

1. a área do município é dividida em setores;
2. alguns setores são escolhidos por sorteio;
3. os setores selecionados são visitados e são preparadas as listas dos domicílios, que constituem o marco da amostragem;
4. a partir das listas, os domicílios são sorteados por processo aleatório simples ou sistemático, para compor a amostra de domicílios a serem visitados na fase de coleta de dados.

Na PNAD de 2005, última realizada no Brasil, com dados ainda não divulgados, foram utilizados 14 setores censitários do município de Campina Grande, como representação de todo o município para compor a amostra da Pesquisa Nacional naquele ano. Com base nas informações obtidas, optou-se pelo sorteio de 10 setores censitários dos 342 existentes na cidade de Campina Grande para compor a amostra deste estudo, sendo 05 destes setores considerados cobertos pelo PSF e 05 não cobertos pelo PSF. Um estudo piloto foi realizado para estimar, além de outros fatores, que serão esclarecidos no item 4.11 "ESTUDO PILOTO", também a média de indivíduos por domicílios e ser possível o cálculo do valor aproximado da quantidade provável de domicílios a serem visitados, bem como a quantidade de domicílios por setor. Nesta pesquisa foram visitados 369 domicílios, média aproximada de 36 domicílios por setor. Depois de realizada uma entrevista, sistematicamente saltava-se uma casa, antes da próxima.

4.5 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Ter idade igual ou superior a 18 anos e não se recusar a participar da pesquisa.

4.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Indivíduos portadores de necessidades especiais. Considerando-se, no caso deste trabalho, os indivíduos com limitações sensitivas com diagnóstico (ex: deficientes visuais e auditivos), motoras, cognitivas, psíquicas, portadores de síndromes e acamados.

4.7 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados no período de 10 de Março de 2006 a 18 de Maio de 2006, a partir da entrevista dos indivíduos residentes nos domicílios, determinados por amostra aleatória sistemática (alternados – sim/não), das ruas que foram sorteadas previamente (quarteirão), pertencentes aos setores censitários incluídos na amostra, tendo estes últimos, Unidades de Saúde pertencentes ao SUS em sua delimitação, que fossem considerados cobertos ou não pelo PSF.

4.8 ABORDAGEM AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Todos os indivíduos selecionados para fazer parte do estudo foram indagados se gostariam de participar da pesquisa. Em caso positivo, assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) que seguiu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, permitindo sua inclusão na amostra. Foi garantido sigilo em relação à identificação do mesmo, 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.

Em todo momento da pesquisa foi utilizado pela pesquisadora crachá de identificação (APÊNDICE A) junto aos informantes, possibilitando assim, maior segurança para os participantes da pesquisa de estar tratando com uma pessoa credenciada para realizar o trabalho e facilitar a entrada da pesquisadora no domicílio. Durante todos os momentos do estudo (estudo piloto e pesquisa propriamente dita) os dados foram colhidos por uma única pesquisadora

(R.A.C.P.R.). Em todos os bairros onde a investigação foi realizada, um contato prévio com lideranças locais (ex: presidentes de Clubes de mães, presidentes de Sociedades de Amigos de Bairro (SAB) e/ou Agentes Comunitários de Saúde (ACS'S)) foi realizado, no intuito de apresentação do trabalho proposto, reconhecimento da área a ser investigada e disponibilizar o acesso da entrevistadora no local da pesquisa.

4.9 TÉCNICA UTILIZADA

A técnica foi a de observação direta intensiva através de formulário (entrevista padronizada ou estruturada), em que a autora foi a entrevistadora. Optou-se pela entrevista e o uso do formulário pela vantagem de ser utilizado com todos os segmentos da população: alfabetizados ou não (LAKATOS; MARCONI, 1996). 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 e satisfação em relação aos serviços de saúde no grupo em questão (pessoas com idade acima de 18 anos).

4.10 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através do formulário deste estudo, a partir da agregação de formulários previamente validados: PNAD- 2003 (IBGE, 2005), QASSaB (FERNANDES, 2002) e outro instrumento utilizado por (GOES, 2001), que são apresentados em anexo (ANEXO A).

4.11 ESTUDO PILOTO

Foi realizado um estudo piloto (no período de 13 a 21 de fevereiro de 2006) com o objetivo de estabelecer a calibração intra-examinador 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 reproductibilidade (re-teste), que tem por finalidade medir o grau de correlação e concordância das respostas dadas em dois momentos diferentes e validade dos dados coletados. Para realizar esta avaliação 27 indivíduos foram re-entrevistados, no prazo entre dois dias (48h) até no máximo uma semana (01 semana) após aplicação do primeiro formulário, utilizando-se para isto as correlações de Spearman e Pearson, para variáveis ordinais, tendo os valores variado de 0,7 a 0,9 e a aplicação do teste Kappa, para variáveis dicotômicas, tendo sido obtido o valor de 0,7, que segundo LANDIS; KOCH (1977) é uma concordância substancial.

Nesta etapa foram utilizados dois (02) setores censitários, sorteados aleatoriamente para compor o estudo-piloto, sendo um (01) com Unidade do PSF e outro sem Unidade do PSF, dez (10) domicílios foram visitados, perfazendo um total de 27 indivíduos. Segundo o estudo piloto realizado, a média obtida de indivíduos por domicílio foi de $2,7 \approx 3$ indivíduos por domicílio, média abaixo da estimada nacionalmente que é de 4 a 5 indivíduos por domicílio. Assim, com base na amostra mínima calculada para esta pesquisa (626), já mencionada anteriormente no item 4.4 e a média obtida de indivíduos por domicílio, com base no estudo-piloto, estimou-se um total de $231,8 \approx 232$ domicílios. Ou seja, cerca de $23,2 \approx 23$ domicílios por setor censitário.

4.12 ELENCO DAS VARIÁVEIS

4.12.1 Variáveis Dependentes

a) Acesso à Saúde Bucal;

Considerando o tempo de implantação das Equipes de Saúde Bucal nos últimos dois anos, foi criada a variável acesso aos serviços de saúde, sendo considerado positivo quando houvesse uma afirmativa de ter consultado o dentista nos últimos dois (02) anos.

b) Acesso Efetivo;

Foi avaliado a partir da comparação do grau de satisfação dos usuários dependentes do serviço público, que utilizaram os mesmos nos últimos dois anos, tempo de referência para o estudo.

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Acesso ao serviço de saúde.	Entrada do usuário ao serviço de saúde.	Instrumento utilizado na PNAD 2003 e por (GOES, 2001).
Satisfação do usuário com o serviço público de saúde.	Opinião relatada pelo usuário com relação aos serviços públicos de saúde oferecidos.	(QASSaB) Questionário de Avaliação da Satisfação dos Usuários com serviços públicos de Saúde Bucal.

Fonte: Pesquisa direta.

Quadro 3 – Variáveis dependentes, definição e operacionalização.

4.12.2 Variáveis Independentes

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Sexo	Distinção dos seres vivos em relação à função reprodutora	1 – Masculino 2 – Feminino
Idade	Anos completos no período do estudo.	A ser categorizada após a obtenção dos dados
Estado Marital	De acordo com a legislação pertinente do código civil brasileiro vigente.	1 - Solteiro (não mora com ninguém) 2 - Casado (mora com alguém) 3 - Divorciado/ separado 4 - Viúvo
Renda*	Proventos recebidos.	A ser categorizada após a obtenção dos dados
Escolaridade	Grau de instrução no período.	1 – Não sabe ler ou escrever (analfabeto) 2 – 1º grau incompleto 3 – 1º grau completo 4 – 2º grau incompleto 5 – 2º grau completo 6 – Universidade incompleta 7 – Universidade completa 8 – Pós-graduação 9 – Não sei

* Salário mínimo R\$300,00.

Fonte: Pesquisa direta

Quadro 4 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.

(Continuação do Quadro 4)

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Residência/Distrito Sanitário	Distrito Sanitário da residência do entrevistado.	Distrito I Distrito II Distrito III Distrito IV Distrito V
Reside em área coberta pelo PSF	O local de moradia do indivíduo está situado em área de cobertura do PSF.	1-Sim 2-Não
Tipo de serviço	Classificação do serviço ofertado.	1- Particular 2- Plano de Saúde/ Convênio 3- Público (no PSF-USF) 4- Público (no Centro de Saúde) 5- Público (na UBS) 6- Público (na Faculdade de Odontologia) 7- Público no Hospital Universitário 8- Público (outros: carro móvel, campanhas políticas) 9- Não sei, não lembro.
Indivíduos livres de dor de dente nos últimos 06 meses (prevalência de dor de dente).	Prevalência de dor de dente nos últimos seis meses.	Será operacionalizado a partir de dois métodos: Formulário que fornecerá informações (dados pessoais, história progressa de dor...): 1 = leve; 2 = estressante; 3 = intolerável; 4 = desconfortável; 5 = horrível.
Autopercepção de saúde bucal	Condição referida pelo indivíduo em relação à sua saúde bucal	1-Excelente 2-Muito Boa 3 - Boa 4- Mais ou menos 5- Ruim

* Salário mínimo R\$300,00.

Fonte: Pesquisa direta

Quadro 4 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.

4.13 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 11.0, tendo ocorrido em duas etapas: uma descritiva e outra analítica.

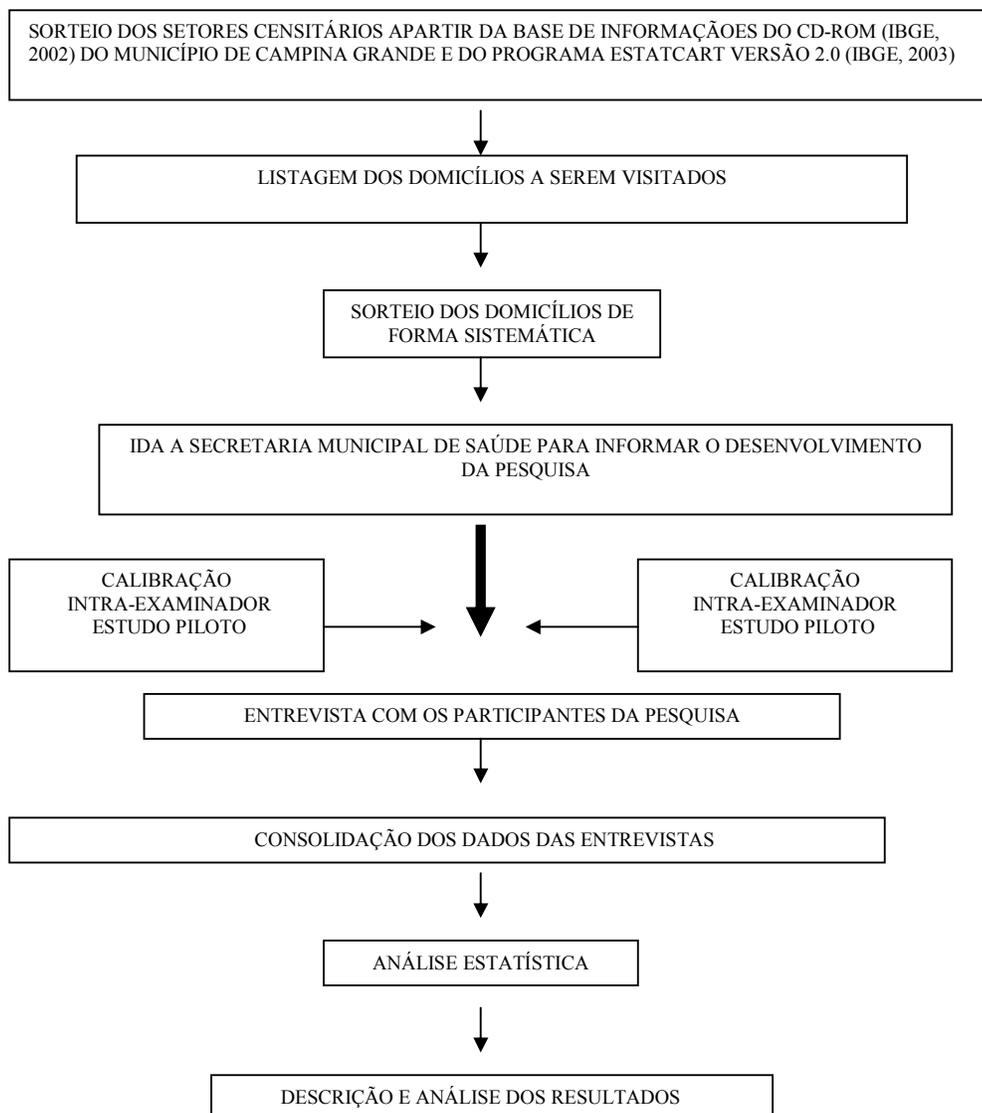
- Estatística Descritiva

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.

- Estatística Analítica/Inferencial

Esta etapa foi dividida em dois momentos: primeiro foram testadas as associações, utilizando-se o χ^2 de Pearson. No segundo momento, as variáveis que foram consideradas estatisticamente significantes, foram levadas para uma análise de regressão logística múltipla, método ENTER (em blocos), seguindo o modelo proposto pelo estudo (FIGURA 1). Para análise do acesso efetivo foi utilizado o teste T. Para todas as análises foi considerado como significativo o nível de 5%.

4.14 FLUXOGRAMA DO ESTUDO



Fonte: Pesquisa direta

Figura 6 – Fluxograma do estudo

4.15 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Pernambuco (UPE) com a finalidade de obtenção de um parecer

favorável ao desenvolvimento do estudo em questão. O parecer concedido à pesquisa, sob o nº 002/2006, consta no (ANEXO C) para apreciação.

Segundo Pereira (2003), normalmente, os levantamentos se enquadram na modalidade de risco mínimo de acordo com a Resolução CNS 196/96 (Ministério da Saúde, 1999), havendo a necessidade de se obter um termo de consentimento por parte do sujeito ou responsável. Esta recomendação foi executada, conforme descrito, durante a abordagem ao usuário. Os participantes do estudo foram entrevistados, garantindo o sigilo da informação e tendo sido desautorizada qualquer forma de coação ou pressão pela participação voluntária por parte desse indivíduo.

5 RESULTADOS

5.1 FASE DESCRITIVA

5.1.1 Descrição das Variáveis Independentes

Após análise da amostra estudada, foi observado que 413 indivíduos (49,9%) estavam em área coberta pelo PSF, enquanto que 414 (50,1%) pertenciam à área não coberta pelo PSF, ou seja, dispunham de pelo menos alguma Unidade de Saúde vinculada ao SUS em seu bairro, seja ela uma Unidade Básica de Saúde ou Centro de Saúde. Em relação ao sexo 342 pessoas eram do sexo masculino (41,4%) enquanto que 485 pertenciam ao sexo feminino (58,6%).

Quanto à idade foi visto que, a idade média dos respondentes foi de 41 anos (mediana= 39,00, desvio padrão= 17,79, valor mínimo= 18 anos e valor máximo= 91 anos), apesar da média de idade ter sido igual a 41,99 e a mediana igual a 39,00, aplicando-se o teste Kolmogorov - Smirnov constatou-se que esta é uma distribuição considerada normal $p > 0,01$ e $Z = 3,1$.

Levando-se em consideração a divisão do município de Campina Grande - PB nos seis (06) Distritos Sanitários ou Zonas Administrativas, como já abordado no capítulo da metodologia, (ver Quadro 2; Figura 5), fizeram parte da pesquisa cinco (05), dos seis (06) existentes, pois o distrito VI abrange área de zona rural, que não foi abordada neste estudo. Buscou-se de forma intencional fazer o sorteio dos setores censitários, nos referidos distritos, de maneira uniforme, ou seja, que houvesse a representação de cada um dos cinco de maneira homogênea, fato já abordado na metodologia. O percentual obtido dos entrevistados ficou distribuído com cerca de aproximadamente 20% do total da amostra em cada Distrito Sanitário (DS I: 173 respondentes (20,9%); DS II: 160 respondentes (19,3%); DS III: 160 respondentes (19,3%); DS IV: 160 respondentes (19,3%) e DS V: 174 respondentes (21%) do total da amostra).

Com relação ao estado civil (marital) dos entrevistados, obteve-se um total de 511 (61,8%) casados ou com "união estável", somando-se os solteiros, divorciados/separados ou desquitados e viúvos obteve-se 316 (38,2%).

Em relação aos indicadores sócio-econômicos de renda, observou-se que a amostra é predominantemente de baixa renda, ou seja, ao se avaliar a renda familiar por completo, quase metade da amostra (48,2%) apresentou rendimento familiar de até (01) um salário mínimo. Quando a renda foi investigada individualmente, isto é, apenas a renda do respondente, é que se percebeu como a situação (diagnóstico) é alarmante, 82,3% da população estudada apresenta renda individual de até (01) salário mínimo, e apenas 3,8% dos entrevistados apresentam renda superior a (05) salários.

O nível de escolaridade em sua maioria (58,9%) é formado por pessoas sem escolaridade (analfabetas) e com menos de sete (07) anos de estudo (Ensino Fundamental/ 1º Grau incompleto). Apenas 10,8% faz Universidade ou possui Pós-Graduação. No que se refere à moradia 71,8% possui casa própria. (ver Tabela 1)

Tabela 1 – Freqüência e percentual das variáveis independentes (Indivíduos com cobertura do PSF, Sexo, Idade, Residência/Distrito Sanitário/Local de moradia, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Casa/Tipo de Moradia, Escolaridade) Campina Grande/PB – 2006.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
✓ Indivíduos com cobertura do PSF		
1- Sim	413	49,9
2- Não	414	50,1
TOTAL	827	100
✓ Sexo		
1- Masculino	342	41,4
2- Feminino	485	58,6
TOTAL	827	100%
✓ Idade categorizada (PINHEIRO et al, 2002)		
1- Adolescentes e adultos jovens (18 a 24 anos)	168	20,3
2- Adultos em fase reprodutiva (25 a 49 anos)	382	46,2
3- Adultos (50 a 64 anos)	126	15,2
4- Idosos (65 anos ou mais)	151	18,3
TOTAL	827	100 %
✓ Residência/ Distrito Sanitário/ Local de moradia		
1- Distrito I	173	20,92
2- Distrito II	160	19,35
3- Distrito III	160	19,35
4- Distrito IV	160	19,35
5- Distrito V	174	21,03
TOTAL	827	100%
✓ Estado Marital		
1- Solteiro (não mora com ninguém)	193	23,3
2- Casado (mora com alguém)	511	61,8
3- Divorciado/separado	62	7,5
4- Viúvo	61	7,4
TOTAL	827	100 %
✓ Renda do respondente categorizada		
1- menos de 1 SM*	357	43,2
2- 1 SM*	323	39,1
3- 2 a 4 SM*	115	13,9
4- 5 ou mais SM*	32	3,8
TOTAL	827	100%
✓ Renda familiar categorizada		
1- menos de 1 SM*	77	9,3
2- 1 SM*	322	38,9
3- 2 a 4 SM*	308	37,2
4- 5 ou mais SM*	120	14,5
TOTAL	827	100%
✓ Casa/ Tipo de Moradia		
1- Alugada	136	16,444
2- Emprestada	24	2,902
3- Cedida	62	7,500
4- Própria	594	71,825
5- Própria/financiada	11	1,330
TOTAL	827	100%
✓ Escolaridade categorizada		
1 – Não sabe ler ou escrever/ analfabeto	487	58,9
2 – 1º grau completo	121	14,6
3 – 2º grau completo	130	15,7
4 – Universitário ou Pós-graduação	89	10,8
TOTAL	827	100%

*SM = SALÁRIO MÍNIMO no período da pesquisa R\$ 300,00

Fonte: Pesquisa Direta

Quando perguntado pela saúde dos dentes e da boca, ou seja, a autopercepção da saúde bucal, os indivíduos responderam, em um percentual elevado 422 (51%), que esta saúde bucal estava comprometida, isto é, apresentava-

se "mais ou menos" ou "ruim". Em relação à satisfação com a aparência dos dentes 426 (51,5%) consideram "aceitável" ou "insatisfeito" com esta aparência. Quanto ao fato de sentir dor de dente alguma vez na vida, apenas 16,3% não teve nenhum episódio de dor de dente na vida. A grande maioria já sentiu dor de dente alguma vez na vida e dentre estas que já sentiram dor, 24% (166 pessoas) sentiu nos últimos seis (06) meses. O grau de severidade desta dor ficou nos dois opostos "leve" (41 pessoas – 24,7%) e "horrrível" (37 pessoas – 22,3%).

Tabela 2 – Frequência e percentual das variáveis independentes (Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção da saúde bucal, Satisfação com aparência dos dentes, Dor de dente na vida, Dor de dente nos últimos seis (06) meses, Severidade da dor) Campina Grande/PB – 2006.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
✓ Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção		
1- Excelente	44	5,3
2- Muito boa	48	5,8
3- Boa	313	37,8
4- Mais ou menos	285	34,5
5- Ruim	137	16,6
TOTAL	827	100%
✓ Satisfação com a aparência dos dentes		
1- Muito satisfeito	22	2,7
2- Satisfeito	379	45,8
3- Aceitável	233	28,2
4- Insatisfeito	193	23,3
TOTAL	827	100%
✓ Dor de dente na vida		
1- Sim	692	83,7
2- Não	135	16,3
TOTAL	827	100%
✓ Dor de dente nos últimos seis meses		
1- Sim	166	24,0
2- Não	526	76,0
TOTAL	692	100%
✓ Severidade da dor		
1- Leve	41	24,7
2- Estressante	26	15,6
3- Intolerável	23	13,9
4- Desconfortável	39	23,5
5- Horrrível	37	22,3
TOTAL	166	100%

Fonte: Pesquisa Direta

5.1.2 Descrição da demanda aos serviços de Saúde Geral

Dos entrevistados 669 (80,9%) procuram o mesmo lugar ou serviço de saúde. Destes, 409 (61%) costumam procurar o posto ou centro de saúde, 182 (27,2%) vão a consultórios particulares, 44 (6,6%) buscam ambulatório de hospital, sendo os

demais usuários de pronto-socorro/emergência, ambulatório de sindicato/ empresa, ambulatório/consultório de clínica e farmácias.

Também foram investigados os indivíduos que buscaram no período das duas (02) últimas semanas, algum serviço de saúde. Um percentual de 24,4% (202 pessoas) demandou aos serviços, segundo estes, os atendimentos em sua maioria foram considerados muito bons ou bons 87,6% (177 pessoas). Daqueles que não buscaram os serviços 576 (92,2%) afirmaram que não o fizeram por não haver necessidade. O segundo maior motivo para não procurar os serviços de saúde, além da ausência de necessidade, segundo os entrevistados, foi o horário incompatível (2,6%). (ver Tabela 3)

Tabela 3 – Frequência e percentual das variáveis independentes (Procura pelo mesmo serviço de saúde, Tipo de serviço de saúde procurado, Procura de serviços nas últimas duas (02) semanas, Avaliação do atendimento recebido, Motivo para não procurar o serviço) Campina Grande/PB – 2006.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	TOTAL	
	N	%
✓ Procura pelo mesmo serviço de saúde		
1- Sim	669	80,9
2- Não	158	19,1
TOTAL	827	100%
✓ Tipo de serviço de saúde procurado		
1- Farmácia	1	0,1
2- Posto ou Centro de saúde	409	61,1
3- Consultório particular	182	27,2
4- Ambulatório/consultório de empresa/sindicato	13	2,0
5- Ambulatório/consultório de clínica	6	0,9
6- Ambulatório de hospital (Público ou Privado)	44	6,6
7- Pronto socorro ou emergência	14	2,1
TOTAL	669	100%
✓ Procura de serviço nas últimas duas semanas		
1- Sim	202	24,4
2- Não	625	75,6
TOTAL	827	100%
✓ Avaliação do atendimento recebido		
1- Muito bom	75	37,1
2- Bom	102	50,5
3- Regular	18	8,9
4- Ruim	6	3,0
5- Muito ruim	1	0,5
TOTAL	202	100%
✓ Motivo para não procurar o serviço		
1- Não houve necessidade	576	92,1
2- Não tinha dinheiro	4	0,6
3- Local distante/difícil acesso	2	0,3
4- Dificuldade de transporte	2	0,3
5- Horário incompatível	16	2,6
6- Atendimento muito demorado	3	0,5
7- Não possuía especialista	5	0,8
8- Não tinha quem acompanhasse	1	0,2
9- Não gostava dos profissionais	1	0,2
10- Outro motivo	15	2,4
TOTAL	625	100%

Fonte: Pesquisa Direta

5.1.3 Descrição da demanda aos serviços de Saúde Bucal

Um número de 336 pessoas (40,6%) só visitou o dentista há três (03) ou mais anos e 2,3% da amostra, 19 pessoas, nunca foi ao dentista. Em relação ao tipo de serviço (dentista que geralmente usa) o percentual de indivíduos que procura dentistas do serviço público 279 (34,5%) ficou bem aquém daqueles que procuram dentistas particulares ou de convênios/planos de saúde 519 (64,3%). Daqueles que utilizam o serviço público apenas 6,8% (55 indivíduos) teve acesso ao dentista do PSF, enquanto que 224 (27,7%) usaram o serviço odontológico público de outros setores, como: Centros de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Faculdade de Odontologia, Hospital Universitário, carros móveis e campanhas políticas.

O percentual de indivíduos que teve acesso aos serviços de saúde bucal nos últimos (02) dois anos encontrado nesta pesquisa foi de 57,07%, percentual este que ao ser avaliado por tipo de serviços recebido, constatou-se que 64,3% desse acesso ocorreu no setor privado, mesmo com grau de severidade de dor elevada, como a encontrada na pesquisa, o setor público respondeu apenas pela metade deste acesso (34,52%) (ver tabela 4).

Tabela 4 – Frequência e percentual da variável dependente (Última visita ao dentista/Acesso à saúde bucal e Dentista que geralmente usa/ Tipo de serviço) Campina Grande/PB – 2006.

VARIÁVEL DEPENDENTE	TOTAL	
	N	%
✓ Última visita ao dentista/Acesso à saúde bucal		
1- Menos de 1 ano	284	34,34
2- 1 a 2 anos	188	22,73
3- 3 ou mais anos	336	40,63
4- Nunca foi ao dentista	19	2,3
TOTAL	827	100%
✓ Dentista que geralmente usa (tipo serviço)		
1- Particular ou Plano de saúde/convênio	519	64,232
2- Público no PSF	55	6,806
4- Público outros	224	27,722
9- Não sabe, não lembra	11	1,24
TOTAL	809	100%

Fonte: Pesquisa Direta

5.1.4 Grau de Satisfação do usuário com os serviços públicos de Saúde Bucal

O grau de satisfação do usuário, que caracteriza o acesso efetivo aos serviços públicos de saúde bucal, foi obtido através de uma sub-amostra, retirada daqueles que utilizaram os serviços públicos e o fizeram a menos de dois (02) anos, totalizando nesta sub-amostra 125 respondentes, desta forma os seguintes resultados foram observados na dimensão disponibilidade:

Em relação à obtenção de uma ficha ou vaga para o atendimento o percentual foi igual (40,8%) 51 indivíduos que acharam "fácil" ou "muito fácil" e os que acharam "difícil" ou "muito difícil" também (38,4%) 48 pessoas e (20,8%) opinaram por "nem difícil nem fácil" (26 indivíduos). No que se refere ao intervalo de marcações de consulta 53 pessoas (42,4%) responderam que é "longo" ou "muito longo" e em 10,4% dos casos esta pergunta não se aplicava, pois eles decidiam o tempo e quando queriam retornar. Perguntados quanto ao tempo de espera 41 (32,8%) respondentes afirmaram ser "longo" ou "muito longo" e 46 (36,8%) disseram ser "curto" ou "muito curto". (ver tabela 5 a seguir)

Tabela 5 – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Disponibilidade destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 1: Disponibilidade dos serviços	TOTAL	
	N	%
✓ Obtenção de vagas/ficha		
1- Muito difícil	10	8,0
2- Difícil	38	30,4
3- Nem difícil nem fácil	26	20,8
4- Fácil	49	39,2
5- Muito fácil	2	1,6
TOTAL	125	100%
✓ Intervalo de marcações de consultas		
0- Não se aplica	13	10,4
1- Muito longo	19	15,2
2- Longo	34	27,2
3- Nem longo nem curto	37	29,6
4- Curto	18	14,4
5- Muito curto	4	3,2
TOTAL	125	100%
✓ Tempo de espera		
1- Muito longo	11	8,8
2- Longo	30	24,0
3- Nem longo nem curto	38	30,4
4- Curto	43	34,4
5- Muito curto	3	2,4
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

Com relação à dimensão resolutividade as seguintes características foram observadas:

No que se refere ao grau de resolutividade foi identificado que 82 indivíduos (65,6%) consideraram "resolvido" ou "muito bem resolvido" o seu problema. Em relação ao tratamento recebido nos dentes anteriores, a satisfação com a aparência destes dentes foi relatada como "satisfeito", "muito satisfeito" ou "totalmente satisfeito" por 84 usuários (67,2%), estes também se mostraram "satisfeito", "muito satisfeito" ou "totalmente satisfeito" com o tratamento dos dentes posteriores, no que diz respeito à capacidade de mastigação em 44,8% (56 respondentes). Um percentual de 36,8% (46) não realizou este tipo de procedimento, portanto para estes indivíduos não se aplicava esta situação avaliada (tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de dois (02) anos, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Resolutividade destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 2: Resolutividade	TOTAL	
	N	%
✓ Resolução do problema		
1- Não resolvido	10	7,7
2- Mal resolvido	6	4,6
3- Mais ou menos resolvido	27	20,8
4- Resolvido	52	43,8
5- Muito bem resolvido	30	23,1
TOTAL	125	100%
✓ Aparência dos dentes (Anteriores)		
0- Não se aplica	10	8,0
1- Insatisfeito	9	7,2
2- Um pouco satisfeito	22	17,6
3- Satisfeito	76	60,8
4- Muito satisfeito	7	5,6
5- Totalmente satisfeito	1	0,8
TOTAL	125	100%
✓ Capacidade de mastigação (posteriores)		
0- Não se aplica	46	36,8
1- Insatisfeito	9	7,2
2- Um pouco satisfeito	14	11,2
3- Satisfeito	52	41,6
4- Muito satisfeito	1	0,8
5- Totalmente satisfeito	3	2,4
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

Ao ser avaliada a dimensão Ambiente físico e serviço de limpeza percebeu-se que, no que se refere à limpeza da recepção ou sala de espera destes serviços este ambiente apresentava-se com higiene boa ou excelente para 107 usuários (85,6%), o consultório também foi considerado bom ou excelente para 109 pessoas (87,2%), já os banheiros não foram utilizados pela maioria dos usuários, estes alegaram

evitar o uso de banheiros dos serviços públicos, usam apenas em casos extremos. Daqueles que chegaram a utilizá-los (31,2%) consideraram com boa limpeza e (10,4%) regular. No aspecto conforto ou bem estar nos serviços de saúde (61,6%) considerou "confortável", "muito confortável" ou "totalmente confortável". (ver tabela 7)

Tabela 7 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de um (01) ano, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a limpeza e conforto dos ambientes destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 3: Ambiente físico e serviço de limpeza	TOTAL	
	N	%
✓ Limpeza da recepção/Sala de espera		
1- Regular	18	14,4
2- Boa	82	65,6
3- Excelente	25	20,0
TOTAL	125	100%
✓ Limpeza do consultório/clínica		
1- Ruim	2	1,6
2- Regular	14	11,2
3- Boa	80	64,0
4- Excelente	29	23,2
TOTAL	125	100%
✓ Limpeza dos banheiros		
0- Não se aplica	58	46,4
1- Péssima	2	1,6
2- Ruim	2	1,6
3- Regular	13	10,4
4- Boa	39	31,2
5- Excelente	11	8,8
TOTAL	125	100%
✓ Conforto neste serviço		
1- Desconfortável	17	13,6
2- Um pouco confortável	31	24,8
3- Confortável	71	56,8
4- Muito confortável	3	2,4
5- Totalmente confortável	3	2,4
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

Uma dimensão muito importante e que também foi avaliada na pesquisa é a relação estabelecida entre os profissionais que trabalham nestes serviços (incluindo-se médicos, enfermeiros, auxiliares, assistentes sociais, psicólogos, recepcionistas) e os usuários (ver tabela 8). Nesta dimensão os índices de satisfação foram bastante favoráveis, como pode ser visto a seguir: a atenção recebida pela recepção dos serviços foi considerada boa e excelente por 76% dos usuários. A atenção recebida pelos demais profissionais (médicos, enfermeiros,...) foi avaliada como boa ou excelente por 85,6% dos entrevistados. A qualidade das informações recebidas foi identificada como boa ou excelente por 76% das pessoas que participaram do estudo.

Tabela 8 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de um (01) ano, os serviços públicos de saúde bucal, segundo as Relações humanas dos Profissionais/Usuários destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 4: Relações humanas (Profissionais de saúde/Usuários)	TOTAL	
	N	%
✓ Atenção recebida da recepção do serviço		
1- Péssima	4	3,2
2- Ruim	2	1,6
3- Regular	24	19,2
4- Boa	71	56,8
5- Excelente	24	19,2
TOTAL	125	100%
✓ Atenção recebida de outros profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais)		
0- Não se aplica	3	2,4
1- Péssimo	1	0,8
2- Regular	14	11,2
3- Boa	80	64,0
4- Excelente	27	21,6
TOTAL	125	100%
✓ Qualidade das informações recebidas		
0- Não se aplica	5	4,0
1- Péssima	8	6,4
2- Ruim	4	3,2
3- Regular	13	10,4
4- Boa	74	59,2
5- Excelente	21	16,8
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

Ainda na dimensão Relações humanas, só que avaliada na interação Cirurgião Dentista e usuários (ver tabela 9), a resposta destes usuários foi (88,8%), 111 pessoas consideraram tal relação boa ou excelente. O nível de confiança no profissional foi bom para 59,2% dos usuários (74).

Tabela 9 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de um (01) ano, os serviços públicos de saúde bucal, segundo as Relações humanas do Cirurgião Dentista/Usuários destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 5: Relações humanas (Cirurgião dentista/Usuários)	TOTAL	
	N	%
✓ Atenção/tratamento recebido pelo dentista		
1- Péssima	2	1,6
2- Ruim	3	2,4
3- Regular	9	7,2
4- Boa	68	54,4
5- Excelente	43	34,4
TOTAL	125	100%
✓ Grau de confiança no profissional		
1- Péssimo	3	2,4
2- Ruim	3	2,4
3- Regular	14	11,2
4- Bom	74	59,2
5- Excelente	31	24,8
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

Quando a dimensão Atualização/Qualidade técnico-científica dos equipamentos foi analisada, (44,8%) 56 indivíduos afirmaram ser "ultrapassados", "desatualizados" ou "nem uma coisa nem outra". Já a manutenção/conservação dos equipamentos odontológicos foi considerada "boa" por 60,8% (76 pessoas). (Tabela 10)

Tabela 10 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de um (01) ano, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Qualidade técnico-científica dos equipamentos destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 6: Qualidade Técnico-científica	TOTAL	
	N	%
✓ Atualização tecnológica dos equipamentos		
1- Ultrapassados	4	3,2
2- Desatualizados	9	7,2
3- Nem uma coisa nem outra	43	34,4
4- Modernos	69	55,2
TOTAL	125	100%
✓ Conservação/manutenção dos equipamentos odontológicos		
0- Não se aplica	1	0,8
1- Ruim	5	4,0
2- Regular	19	15,2
3- Boa	76	60,8
4- Excelente	24	19,2
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

A eficiência dos serviços de saúde foi analisada no que se refere à dificuldade para a realização do tratamento em função dos recursos gastos com transporte, taxas, medicações... Em relação à qualidade do tratamento recebido, 37,6% (47 indivíduos) afirmaram "valeu mais ou menos" e 52,8% (66) que "valeu muito" ou "valeu até demais" (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da frequência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de um (01) ano, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Eficiência do tratamento destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 7: Eficiência	TOTAL	
	N	%
✓ Valeu a pena (mesmo com gastos em transportes...)		
1- Não valeu a pena	7	5,6
2- Pouquíssimo	5	4,0
3- Mais ou menos	47	37,6
4- Muito	39	31,2
5- Até demais	27	21,6
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

Os fatores avaliados na dimensão Eficácia foram: Uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) pelos Dentistas, tendo como resultado 119 pessoas (95,2%) citando que estes equipamentos "sempre" eram usados por este profissional durante os atendimentos. A maioria dos usuários afirma que os Dentistas fazem uso das medidas de biossegurança.

No item Desconforto durante a extração/exodontia, 43,2% declarou (54 pessoas) não ter sentido nada. Um percentual relativamente elevado 38,4% (48 pessoas) afirmou não ter realizado este tipo de procedimento ao utilizar o serviço de saúde. Este fato vem demonstrar uma mudança na prática da Odontologia, anteriormente tão "intervencionista", no sentido da não conservação/preservação do elemento dental, este é um fato positivo que pode indicar a conscientização do Profissional (Dentista) em fazer a extração dentária apenas quando realmente indicado ou exclusivamente quando necessário. Mas, não apenas do Profissional em informar a necessidade de conservação/manutenção do elemento dentário, como também do usuário em tentar recuperá-lo. Ainda pode ser um reflexo da referência alcançada para outros serviços de maior complexidade, a exemplo da endodontia, que preserva por mais tempo o elemento dental, sendo considerada uma outra opção/alternativa de tratamento conservador.

O grau de desconforto sentido nos demais tratamentos (restaurações, raspagens...) foi verificado como "senti muito pouco desconforto" e "não senti nada" em 55,2% dos usuários (69). Foi investigado também se depois de realizada alguma restauração, se esta veio a ficar alta ou arranhando e 49,6% (62) "não sentiu nada" ou "senti muito pouco desconforto". Quanto ao fato do Dentista ensinar a prevenir doenças bucais o percentual de respostas para as afirmativas "sempre", "quase sempre" e "às vezes" foi de 61,6% (77), porém deve-se fazer uma ressalva que um percentual ainda elevado foi encontrado em relação aos profissionais que "nunca" ou "raramente" fazem referência durante a consulta (horário de atendimento) sobre a temática prevenção de doenças bucais, tendo sido encontrado neste estudo um total de 48 indivíduos (38,4%) dos usuários a citar tal fato (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de um (01) ano, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Eficácia do tratamento destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 8: Eficácia	TOTAL	
	N	%
✓ Uso de Equipamentos de proteção individuais (EPI's) pelo dentista		
1- Às vezes	4	3,2
2- Não me lembro	2	1,6
3- Sempre	119	95,2
TOTAL	125	100%
✓ Desconforto durante extração		
0- Não se aplica	48	38,4
1- Senti total desconforto	2	1,6
2- Senti muito desconforto	5	4,0
3- Senti desconforto	4	3,2
4- Senti muito pouco desconforto	12	9,6
5- Não senti nada	54	43,2
TOTAL	125	100%
✓ Desconforto durante restauração e/ou raspagem		
0- Não se aplica	44	35,2
1- Senti total desconforto	2	1,6
2- Senti muito desconforto	3	2,4
3- Senti desconforto	7	5,6
4- Senti muito pouco desconforto	15	12,0
5- Não senti nada	54	43,2
TOTAL	125	100%
✓ Após restauração sentiu desconforto		
0- Não se aplica	54	43,2
1- Senti total desconforto	1	0,8
2- Senti desconforto	8	6,4
3- Senti muito pouco desconforto	7	5,6
4- Não senti nada	55	44,0
TOTAL	125	100%
✓ Dentista ensina prevenir doenças bucais		
1- Nunca	46	43,2
2- Raramente	2	0,8
3- Às vezes	5	6,4
4- Quase sempre	2	5,6
5- Sempre	70	44,0
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

Em relação à dimensão Equidade, os usuários afirmaram que suas necessidades de Saúde Bucal são "igualmente atendidas" em 80,8% dos entrevistados (101 usuários). Uma pessoa afirmou "não é atendida" de forma igualitária e 15 (12,0%) disseram que são "diferentemente atendidas" (ver tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de um (01) ano, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Eqüidade do tratamento destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 9: Eqüidade	TOTAL	
	N	%
✓ Eqüidade do Atendimento (necessidades de saúde bucal igualmente atendida)		
0- Não se aplica	1	0,8
1- Não são atendidas	1	0,8
2- Diferentemente atendidas	15	12,0
3- Não me lembro	7	5,6
4- Igualmente atendidas	101	80,8
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

Na dimensão Aceitabilidade investigou-se o fato do profissional explicar ao usuário qual o tratamento mais adequado e mais correto a ser indicado em seu tratamento ou procedimento e se este profissional busca saber a opinião do usuário quanto ao melhor horário para a realização do seu tratamento (conveniência do indivíduo), assim, esta dimensão busca avaliar a aceitabilidade do usuário quanto ao tratamento indicado, se ele participa/ opina durante a realização dos procedimentos e como se dá esta interação com o profissional. No caso desta pesquisa, foi verificado que 92 indivíduos (73,6%) afirmaram que o profissional "sempre explica tudo" e "na maioria das vezes explica". Mas, no que diz respeito à opinião do horário, 73,6% (92 pessoas) nunca tem sua opinião consultada sobre o melhor horário ou conveniência para o atendimento (Tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição da freqüência de respostas dos pesquisados, que utilizaram, a menos de um (01) ano, os serviços públicos de saúde bucal, segundo a Aceitabilidade dos usuários destes serviços. Campina Grande/PB – 2006.

DIMENSÃO 10: Aceitabilidade	TOTAL	
	N	%
✓ Explicações sobre tratamento mais adequado		
1- Nunca me explica nada	29	23,2
2- Raras vezes me explica	3	2,4
3- Não me lembro	1	0,8
4- Na maioria das vezes me explica	6	4,8
5- Sempre me explica tudo	86	68,8
TOTAL	125	100%
✓ Profissional pede opinião sobre melhor horário		
1- Nunca pede minha opinião	92	73,6
3- Não me lembro	2	1,6
4- Na maioria das vezes pede minha opinião	2	1,6
5- Sempre pede minha opinião	29	23,2
TOTAL	125	100%

Fonte: Pesquisa Direta

5.2 FASE ANALÍTICA

5.2.1 Associação Bi-variada entre as variáveis sócio-econômico-demográficas, percepção de saúde bucal e dor com o Acesso aos serviços de Saúde Bucal

Para testar a associação entre as variáveis independentes e a variável dependente deste estudo, utilizou-se o Qui-quadrado de Pearson (χ^2). Em todas as análises considerou-se como significativo o nível de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

O Modelo de estudo proposto e a ser testado mostrou que as variáveis "Indivíduos que têm cobertura de PSF"; "Distrito Sanitário ao qual o indivíduo reside/Local de residência"; "Renda do respondente" e a "Renda familiar", que se enquadram nas variáveis de facilitação, dentro do modelo de estudo, apresentaram associação positiva e estatisticamente significativa com o acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal.

Vale salientar que as variáveis independentes: "Cobertura de PSF" e "Distrito Sanitário" são variáveis que demonstram as características demográficas e as variáveis "Renda do Respondente" e "Renda Familiar" são da categoria Sócio Econômica. Além destas, as variáveis "Idade"; "Estado marital/Estado civil" e "Escolaridade" que pertencem à categoria das variáveis de predisposição ao uso e acesso aos Serviços de Saúde, no modelo de estudo deste trabalho, também se mostraram associadas. As duas primeiras fazem parte das variáveis demográficas, enquanto a última é uma variável sócio-econômica. Ver Tabela 15 a seguir.

Tabela 15 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (Cobertura de PSF, Sexo, Idade, Distrito Sanitário, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Moradia, Escolaridade) em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal. Campina Grande/PB – 2006.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	ACESSO						
	SIM		NÃO		TOTAL		X ²
	n	%	n	%	n	%	X ² p value
✓ Cobertura de PSF							
1- Sim	215	52,1	198	47,9	413	100	8.47
2- Não	257	62,1	157	37,9	414	100	0,004*
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Sexo							
1- Masculino	185	54,1	157	45,9	342	100	2.11
2- Feminino	287	59,2	198	40,8	485	100	0,146
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Idade categorizada - Pinheiro et al (2002)							
1-Adolescentes e adultos jovens (18 a 24 anos)	122	72,6	46	27,4	168	100	81.11
2- Adultos em fase reprodutiva (25 a 49 anos)	251	65,7	131	34,3	382	100	<0,001*
3- Adultos (50 a 64 anos)	50	39,7	76	60,3	126	100	
4- Idosos (65 anos ou mais)	49	32,5	102	67,5	151	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Residência/ Distrito Sanitário							
1- Distrito I	125	72,3	48	27,7	173	100	33.18
2- Distrito II	73	45,6	87	54,4	160	100	<0,001*
3- Distrito III	98	61,3	62	38,8	160	100	
4- Distrito IV	94	58,8	66	41,3	160	100	
5- Distrito V	82	47,1	92	52,9	174	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Estado Marital							
1- Solteiro	138	71,5	55	28,5	193	100	37.48
2- Casado	286	56,0	225	44,0	511	100	<0,001*
3- Divorciado/ separado	30	48,4	32	51,6	62	100	
4- Viúvo	18	29,5	43	70,5	61	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Renda do respondente categorizada							
1- menos de 1 SM*	210	58,8	147	41,2	357	100	36.75
2- 1 SM*	152	47,1	171	52,9	323	100	<0,001*
3- 2 a 4 SM*	81	70,4	34	29,6	115	100	
4- 5 ou mais SM*	29	90,6	3	9,4	32	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Renda familiar categorizada							
1- menos de 1 SM*	43	55,8	34	44,2	77	100	33.06
2- 1 SM*	160	49,7	162	50,3	322	100	<0,001*
3- 2 a 4 SM*	173	56,2	135	43,8	308	100	
4- 5 ou mais SM*	96	80,0	24	20,0	120	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Casa/ Moradia							
1- Alugada	80	58,8	56	41,2	136	100	3.62
2- Emprestada	10	41,7	14	58,3	24	100	0,459
3- Cedida	36	58,1	26	41,9	62	100	
4- Própria	338	56,9	256	43,1	594	100	
5- Própria/financiada	8	72,7	3	27,3	11	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Escolaridade categorizada							
1 – Não sabe ler ou escrever/analfabeto	208	42,7	279	57,3	487	100	108.32
2 – 1º grau completo	83	68,6	38	31,4	121	100	<0,001*
3 – 2º grau completo	102	78,5	28	21,5	130	100	
4-Universitário ou Pós-graduação	79	88,8	10	11,2	89	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	

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

Fonte: Pesquisa Direta

Avaliando o fator autopercepção da saúde bucal, ou seja, o quanto o indivíduo percebe a saúde de seus dentes e de sua boca como saudável ou não, este também se mostrou associado ao Acesso aos Serviços de Saúde Bucal. Ainda no grupo das variáveis ligadas a condição de saúde, a dor nos últimos seis (06) meses também se mostrou associada. Estas duas variáveis pertencem ao grupo relacionado às necessidades em saúde.

Dentro do modelo proposto, ainda foi encontrada uma outra variável estatisticamente significativa em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal, que foi o Tipo de serviço utilizado/ Dentista que geralmente os indivíduos usam, variável esta diretamente relacionada aos fatores de organização dos serviços, tidos como fatores que se enquadram nas características de facilitação do acesso/ utilização dos serviços de saúde. Ver tabela que segue.

Tabela 16 – Frequência, percentual e valor de p das variáveis independentes (Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção da saúde bucal, Satisfação com aparência dos dentes, Dor de dente na vida, Dor de dente nos últimos seis (06) meses, Dentista que geralmente usa/ tipo do serviço) em relação ao Acesso obtido aos Serviços Públicos de Saúde Bucal. Campina Grande/PB – 2006.

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	ACESSO						
	SIM		NÃO		TOTAL		X ²
	n	%	n	%	n	%	p value
✓ Saúde dos dentes e da boca/ autopercepção							
1- Excelente	30	68,2	14	31,8	44	100	24,09
2- Muito boa	35	72,9	13	27,1	48	100	<0,001*
3- Boa	164	52,4	149	47,6	313	100	
4- Mais ou menos	182	63,9	103	36,1	285	100	
5- Ruim	61	44,5	76	55,5	137	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Satisfação com a aparência dos dentes							
1- Muito satisfeito	15	68,2	7	31,8	22	100	6,27
2- Satisfeito	210	55,4	169	44,6	379	100	0,099
3- Aceitável	146	62,7	87	37,3	233	100	
4- Insatisfeito	101	52,3	92	47,7	193	100	
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Dor de dente na vida							
1- Sim	399	57,7	293	42,3	692	100	0,59
2- Não	73	54,1	62	45,9	135	100	0,441
TOTAL	472	(57,1)	355	(42,9)	827	(100)	
✓ Dor de dente nos últimos seis meses							
1- Sim	114	68,7	52	31,3	166	100	10,85
2- Não	285	54,2	241	45,8	526	100	0,001*
TOTAL	399	(57,7)	293	(42,3)	692	(100)	
✓ Dentista que geralmente usa (tipo serviço) categorizado							
1- Particular ou Plano de saúde/convênio	341	65,7	178	34,3	519	100	83,15
2- Público no PSF	48	87,3	7	12,7	55	100	<0,001*
3- Público outros	81	36,2	143	63,8	224	100	
4- Não sabe, não lembra	2	18,2	9	81,8	11	100	
TOTAL	472	(58,3)	337	(41,7)	809	(100)	

Fonte: Pesquisa Direta

5.2.2 Análise de Regressão Múltipla para o acesso aos serviços de Saúde Bucal

A Regressão Logística múltipla foi realizada de acordo com o modelo proposto para o estudo. Os indivíduos que residiam em áreas não cobertas pelo PSF obtiveram 1.5 vezes mais chance de ter acesso (OR=1.5; IC 95%=1.1-1.9; $p=0,004^*$) aos serviços de saúde bucal que os que residiam. Esta probabilidade praticamente desapareceu (OR=1.1; IC 95%=0.8-1.6; $p=0,337$) após ser ajustado para sexo, idade, renda individual, escolaridade e autopercepção de saúde. Os resultados finais desta análise demonstraram que o acesso à saúde bucal está fortemente associado ao sexo feminino (OR= 1.6; IC 95%=1.1-2.3; $p=0,004^*$); menor idade – adolescentes (OR= 5.9; IC95%=3.3-10.7; $p<0,001^*$); renda individual igual ou maior a 2 salários (OR= 2.8; IC 95%=1.5-5.2; $p=0,001^*$) e escolaridade equivalente ao 2º Grau completo (OR= 2.6; IC 95%=1.6-4.3; $p<0,001$) como segue na Tabela 17.

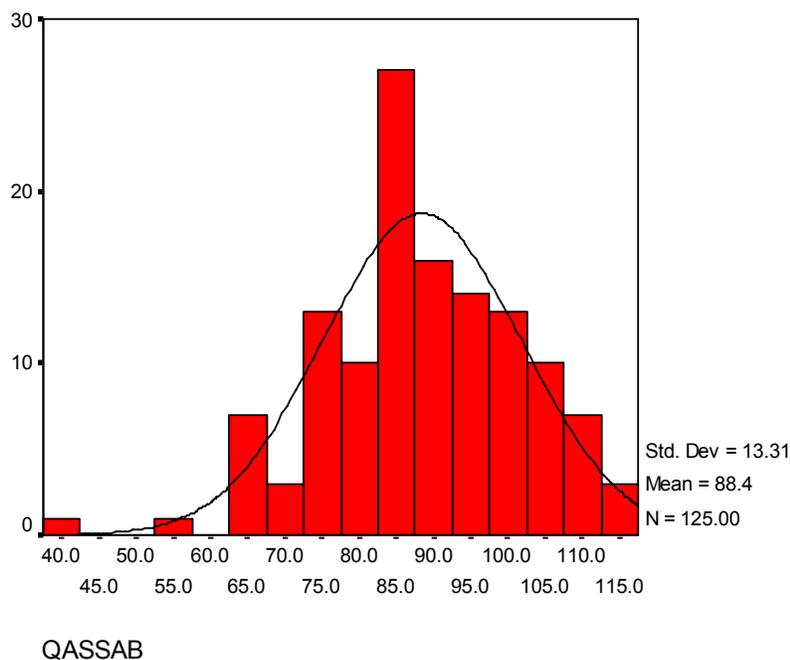
Tabela 17 – Resultado da Regressão Logística Múltipla do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal, Campina Grande/2006

Variáveis	Não ajustado		Ajust. ¹		Ajust. ²		Ajust. ³		Valor de P	
	OR	P	OR	95%IC	OR	95% IC	OR	95% IC	OR	P
Cobertura do PSF										
Sim	1		1		1		1		1	
Não	1.5 (1.1 – 1.9)	0,004 *	1.9 (1.4-2.5)	<0,001 *	1.1 (0.3-1.1)	0,334	1.1 (0.8-1.6)	0,337		
Sexo										
Masculino	1		1		1		1		1	
Feminino	1.2 (0.9-1.6)	0,146	1.4 (1.0-1.9)	0,029 *	1.6 (1.1-2.3)	0,003 *	1.6 (1.1-2.3)	0,004 *		
Idade										
Adol. e Ad. jovens	5.5 (3.4-8.9)	<0,001 *	6.2 (3.6-10.2)	<0,001 *	6.2 (3.4-11.1)	<0,001 *	5.9 (3.3-10.7)	<0,001 *		
Ad. fase reprod.	3.9 (2.6-5.9)	<0,001 *	4.7 (3.1-7.1)	<0,001 *	4.8 (2.8-7.5)	<0,001 *	4.5 (2.7-7.6)	<0,001 *		
Adultos	1.3 (0.8-2.2)	0,212	1.4 (0.9-2.4)	0,119	1.1 (0.6-2.0)	0,612	1.1 (0.6-2.0)	0,568		
Idosos	1		1		1		1			
Renda Individual										
Menos de 1 SM	1		1		1		1		1	
1 SM	0.6 (0.4 – 0.8)	0,002 *	1.1 (0.7-1.6)	0,440	1.1 (0.7-1.7)	0,420	1.1 (0.8-1.7)	0,420		
2 a 4 SM	1.6 (1.0 – 2.6)	0,027 *	2.9 (1.5-5.3)	0,001 *	2.9 (1.5-5.3)	0,001 *	2.8 (1.5-5.2)	0,001 *		
Mais de 5 SM	6.7 (2.0 – 22.4)	0,002 *	6.3 (1.6-24.4)	0,007	6.3 (1.6-24.4)	0,007	6.3 (1.6-24.5)	0,007		
Escolaridade										
Analfabeto	1		1		1		1		1	
1º grau completo	2.9 (1.9 – 4.4)	<0,001 *	2.0 (1.3-3.2)	0,002 *	2.0 (1.3-3.2)	0,002 *	2.0 (1.2-3.2)	0,002 *		
2º grau completo	4.8 (3.1 – 7.7)	<0,001 *	2.7 (1.6-4.4)	<0,001 *	2.7 (1.6-4.4)	<0,001 *	2.6 (1.6-4.3)	<0,001 *		
Univ. e Pós-grad.	10.5 (5.3 – 20.8)	<0,001 *	5.9 (2.8-12.7)	<0,001 *	5.9 (2.8-12.7)	<0,001 *	5.8 (2.7-12.5)	<0,001 *		
Auto percepção										
Excelente	2.6 (1.3-5.4)	0,007					1.3 (0.5-3.0)	0,507		
Muito boa	3.3 (1.6-6.8)	0,001 *					1.8 (0.8-4.3)	0,137		
Boa	1.3 (0.9-2.0)	0,125					1.3 (0.8-2.1)	0,180		
Mais ou menos	2.2 (1.4-3.3)	<0,001 *					1.9 (1.2-3.0)	0,006		
Ruim	1						1			

Ajust. ¹ Modelo ajustado por sexo e idade Ajust. ² Modelo ajustado por renda e escolaridade Ajust. ³ Modelo ajustado por auto percepção de saúde

5.2.3 Avaliação do Acesso Efetivo nos Serviços Públicos de Saúde Bucal em Campina Grande-PB

Considerando a proposição da metodologia, foi realizada a transformação das dimensões do Questionário de Avaliação da Satisfação com os Serviços Públicos de Saúde Bucal para compor uma variável contínua de satisfação do usuário para avaliar o **Acesso Efetivo nos Serviços Públicos de Saúde Bucal**. Uma curva normal (Figura 07) foi obtida, a seguir (Tabela 18) é apresentada a média e desvio padrão. Foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa maior entre os usuários que utilizam unidades de saúde associadas ao PSF, que os demais serviços públicos de saúde. Para esta análise utilizou-se o teste T.



Fonte: Pesquisa direta.

Figura 07 - Comportamento da curva das medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão)

Tabela 18 - Freqüência, percentual, medidas de tendência central, de dispersão e valor de p da variável dependente Acesso Efetivo/ Grau de Satisfação em relação ao tipo de serviço público de Saúde Bucal (Público do PSF e Público de outros serviços). Campina Grande/ PB – 2006.

VARIÁVEL INDEPENDENTE	VARIÁVEL DEPENDENTE QASSaB (GRAU DE SATISFAÇÃO)				
	n	%	Média (\bar{x})	Desvio Padrão (DP)	Valor de p
✓ TIPO DE SERVIÇO					
1- Público do PSF	48	37,7	94,58	11,17	<0,001 *
2- Público de outros serviços	77	62,3	84,58	13,15	<0,001 *
TOTAL	125	100,0			

Fonte: Pesquisa Direta

6 DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta a discussão dos achados desta pesquisa e será dividido em três momentos: o primeiro deles será a discussão em relação ao acesso aos serviços de saúde bucal e ao acesso efetivo. O segundo momento será a discussão em relação às considerações metodológicas deste estudo e por fim as recomendações para a saúde pública.

Neste trabalho o conceito de acesso aos serviços de saúde foi considerado como sendo a entrada do usuário no serviço (ANDERSEN, 1995; HOUAISS, 2001; ANDRADE et al, 2004).

Assim como nos estudos de acesso aos serviços de Saúde Geral, (PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; TRAVASSOS et al, 2000; PINHEIRO et al, 2002; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002; MENDOZA-SASSI; BÉRIA; BARROS, 2003; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005) as variáveis de predisposição, facilitação/capacidade e necessidade contribuíram para explicar o acesso aos serviços de saúde bucal neste trabalho. As variáveis de predisposição compreendem aquelas que descrevem a propensão dos indivíduos utilizarem os serviços (idade, sexo, estado civil/estado marital, escolaridade), as de facilitação/capacidade se referem aos meios com que os indivíduos contam para utilizar os serviços (renda do respondente, renda familiar, existência de plano de saúde, acesso a fonte regular de cuidado) e as de necessidade referem-se ao nível de enfermidade, que são uma das principais causas imediatas da utilização e busca pelos serviços (percepção do indivíduo em relação a sua condição de saúde).

No entanto, não foi evidenciado pela presente pesquisa a associação entre residir em uma área coberta pelo PSF ou não coberta com o acesso aos serviços de Saúde Bucal. Porém, é importante ser observado que entre os fatores associados ao acesso a Saúde Bucal foram encontrados: sexo, idade, renda e escolaridade. Devendo ainda levar em consideração que, ao se analisar o acesso efetivo entre os usuários do serviço público, constatou-se um maior grau de satisfação nos usuários do PSF.

As técnicas multivariadas de ajuste dos fatores de confusão, possibilitadas pelo emprego da regressão logística múltipla, permitiram demonstrar que a proporção de acesso maior nas áreas não cobertas pelo PSF, detectada na análise

bi-variada, deixou de sê-la, na medida em que, foram ajustadas por renda e escolaridade evidenciando, desta forma, que esse acesso supostamente maior nas áreas não cobertas pelo PSF, poderia ser fortemente explicado pelo sexo do indivíduo, renda e escolaridade e não uma limitação do Programa (Estratégia Saúde da Família) no acesso aos serviços de saúde bucal, caracterizada, seja pela oferta organizada/programada dos serviços, como pela recomendação do Tratamento Concluído Adequador ou Restaurador (TCA ou TCR).

Desta forma, se faz essencial, ao tratar o acesso aos serviços de saúde, focar nas iniquidades sociais em saúde. Segundo Margareth Whitehead (1992) as iniquidades em saúde entre os grupos e indivíduos, ou seja, as desigualdades de saúde, que além de sistemáticas e relevantes, são também evitáveis, injustas e desnecessárias. São um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil. Torna-se fundamental que as políticas de saúde se consolidem como políticas públicas voltadas a atender ao interesse público e à promoção da equidade (WHO, 2006).

Os dados sobre acesso aos serviços de Saúde Bucal no Brasil têm variado de estudo para estudo de acordo com a metodologia adotada, os dados disponíveis incluídos no SB Brasil, nos quais são analisados o tempo de referência dos últimos dois anos, mostram que para a idade de 35 a 44 anos os dados de acesso foram menores no SB Brasil (60,37%) em relação a este estudo (65,7%) e na idade de 65 a 74 anos no SB Brasil também foi menor (28,49%), enquanto que neste estudo foi de (32,5%). Porém, na idade de 15 a 19 anos praticamente o acesso foi o mesmo, com diferença de menos de 1% entre as duas pesquisas.

Com relação ao trabalho de Barros e Bertoldi (2002), que utilizou a mesma metodologia, mostra que o percentual de acesso (57,07%) do presente trabalho foi um pouco maior em relação ao daqueles autores (51,8%), com diferença de 5,27%.

No entanto, não podemos deixar de considerar o fato de que os serviços privados ainda respondem por boa parcela do acesso aos serviços de saúde bucal, como encontrado também em outros inquéritos populacionais, a exemplo das PNADS (1998; 2003), do SB Brasil (2003), o estudo de Bambuí (2001) e o de Barros e Bertoldi (2002).

Apesar dos esforços feitos pela inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família, de modo a ampliar o acesso aos serviços de Saúde a partir de 2001, indicadores utilizados para avaliar a efetividade desses serviços em

termos de acesso tem sido contraditórios, como mostra o trabalho de Andrade et al, (2004). O que demonstra que do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno. Os próprios dados da PNAD/1998 mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito mais alta de atendimentos financiados de próprio bolso, e muito menos atendimentos financiados pelo SUS (BARROS; BERTOLDI, 2002).

No Brasil, os estudos de acesso aos serviços de saúde geral têm mostrado a existência de iniquidades, apesar dos caminhos já percorridos com a consolidação do SUS. Costa e Facchini (1997), em Pelotas, no sul do Brasil, encontraram que as classes sociais mais baixas têm 25% menos chance de consultar (RR 0,74; IC 95% : 0,69-0,84). Da mesma forma, o estudo de Pinheiro e Travassos (1999), no Rio de Janeiro, encontraram que o ingresso familiar per capita se associou positivamente com a utilização dos serviços de saúde na população de 60 anos ou mais.

No estudo de Barros e Bertoldi (2002) foi verificado um diferencial surpreendente entre acesso aos serviços de Saúde Bucal e os diferentes grupos de renda, foi identificado que a proporção de atendimentos odontológicos pelo SUS foi 16 vezes maior entre os indivíduos de baixa renda, porém estes utilizaram três vezes menos os serviços do que os indivíduos de poder aquisitivo maior.

A forte associação entre "Renda do Respondente" e "Renda Familiar" encontradas neste estudo tem sido confirmada em vários outros estudos (MATOS et al, 2001; GILBERT et al, 1997; SWANK et al, 1986), bem como a utilização dos mesmos (GILBERT et al, 1993, SALBER et al, 1976), demonstrando uma associação positiva de que quanto maior a escolaridade, maior o acesso ou utilização dos serviços.

Um outro fator fortemente associado ao acesso aos serviços de saúde bucal, foi à idade, fato já evidenciado em outros estudos (EDDIE; DAVIES, 1985; MATOS et al, 2001; BARROS; BERTOLDI, 2002), reforçando a teoria de que, com o avançar da idade ocorre uma redução do acesso dessas pessoas aos serviços. Para Barros e Bertoldi (2002) este quadro pode ser justificado pela diferença no financiamento do atendimento, pois, enquanto nos grupos mais favorecidos uma idade maior propicia mais recurso para o pagamento do atendimento, no grupo mais pobre, esse avanço na idade acaba por reduzir a oportunidade de acesso ao sistema público. Fazendo

com que esta variável, ou seja, a idade, seja um importante fator de confusão entre a relação acesso aos serviços de Saúde Bucal e renda.

Outro fato que traz validade a este trabalho foi a ratificação da associação entre o acesso aos serviços de Saúde Bucal e o sexo feminino, o que está em consonância com outros trabalhos da literatura (BUCKET; CURTIS, 1986; BELAND; 1988; KRASNIK et al, 1997; COSTA; FACCHINI, 1997; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999).

Um outro fator importante nesta pesquisa foi destacado pelas variáveis "autopercepção de saúde" e "dor de dente nos últimos seis meses", ambas foram significativamente associadas ao acesso nos serviços de Saúde Bucal, o que corrobora com pesquisas anteriores que demonstram que aqueles que percebem melhor a sua saúde e aqueles que têm grandes enfermidades têm um melhor acesso aos serviços de saúde (MATOS et al, 2001; TENNSTEDT et al 1994; TRAVASSOS et al 2000; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999). Mais uma vez este trabalho demonstrou o forte papel influenciado pelas variáveis sócio econômicas. Na análise multivariada, essas variáveis ou não foram incluídas no modelo ou perderam seu poder significativo durante a análise onde foram ajustadas por outras variáveis, o que demonstrou também que elas sofrem uma grande influência da renda.

O presente estudo também buscou evidenciar, entre as diversas formas de organização dos serviços públicos, qual o grau de efetividade do acesso aos mesmos, compreendendo o acesso efetivo como a junção ou a intersecção dos conceitos do acesso e satisfação dos usuários com estes serviços.

Foi verificado que o setor privado e de planos de saúde/convênios responderam por 64,3% do acesso aos serviços de saúde bucal. O setor público considerado aqui pelas categorias: público dos PSFs, público dos Centros de Saúde, público das Unidades Básicas, público da Faculdade de Odontologia, público do Hospital Universitário totalizaram 34,5% dos acessos referidos na pesquisa. O PSF foi responsável por 6,8% deste total.

Tomando como referência as unidades públicas de saúde, os usuários do PSF apresentaram uma satisfação estatisticamente significativa maior em relação aos demais usuários dos serviços públicos ($\bar{x}=94,58$ e $p < 0,001$). Este dado é bastante importante, visto que são poucas as pesquisas que foram desenvolvidas após a incorporação da Saúde Bucal na estratégia do Saúde da Família.

A incorporação da Saúde Bucal na Estratégia do Saúde da Família tem sido avaliada com foco na sua implementação (BALDANI, 2005), onde são identificados obstáculos a serem transpostos, a exemplo das diversas modalidades possíveis de contratação do profissional para atuar no PSF (flexibilização das relações de trabalho, precarização do trabalho); recursos humanos (no que diz respeito à contratação/recrutamento, capacitação, motivação, supervisão e rotatividade dos profissionais); financiamento da Saúde Bucal (falta de envolvimento de gestores estaduais e municipais com a real implementação da saúde bucal no PSF); dificuldades em atender a demanda da população adscrita às equipes (relação dentista – população adscrita maior do que o máximo recomendado pelo Ministério da Saúde na portaria 1.444, bem como a relação equipe saúde bucal – equipe de saúde da família de 1:1 ainda não estabelecida); dificuldades decorrentes da formação profissional, entre outras, bem como as limitações de acesso (SZWARCOWALD, 2006).

É importante a incorporação da Saúde Bucal no PSF pela relevância que as variáveis sócio demográficas tiveram neste trabalho, ratificando que os grupos mais pobres, os quais têm uma maior carga de enfermidade, tendem a utilizar menos os serviços de saúde, e a acessibilidade ao sistema de saúde não é favorável, é importante reforçar a consolidação de sistemas universais como o SUS. Em países com sistemas onde a acessibilidade é universal, como Inglaterra e Canadá, as pessoas de classes mais baixas têm melhor acesso aos serviços (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001; TRAVASSOS et al, 2000).

A explicação para uma maior satisfação dos usuários neste estudo com o PSF, quando comparado a outras formas dos serviços públicos, pode ser explicada por algumas características intrínsecas que estão associadas à Estratégia Saúde da Família.

A exemplo da delimitação de área e população de abrangência para a oferta de serviços no PSF que representa um avanço programático, em relação ao padrão de “população aberta” adotado no modelo tradicional. Esta estratégia facilita a disponibilidade regular de unidades básicas de saúde à população, condição para o acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado, a maior produtividade médica no atendimento individual das UBS tradicionais não garantiu um melhor desempenho ao modelo. Enquanto as UBS tradicionais estavam mais focadas no atendimento à demanda, o PSF estava mais voltado a ações programáticas, atividades domiciliares

e, articulação com a comunidade (VIANNA; DAL POZ, 1998; FACCHINI et al, 2006; ELIAS et al, 2006).

A demanda em áreas não cobertas por PSF, é estritamente espontânea, ou seja, há exclusivamente o atendimento ambulatorial, sem horários ou programações para atividades de promoção à saúde ou relacionadas ao controle social, como também, não há uma oferta organizada de serviços, com horários determinados para as diversas clínicas, como ocorre na estratégia do Saúde da Família, em que os usuários dispõem de acompanhamento nos diversos "programas" (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal). Na estratégia do Saúde da família há ainda as programações junto à comunidade para atividades de educação em saúde, reuniões com o conselho local de saúde e horário de visitas domiciliares, momentos estes, em que o profissional se ausenta das atividades ambulatoriais, reduzindo em termos quantitativos o percentual do acesso em relação ao outro tipo de serviço (sem PSF). Mas, ao mesmo tempo em que realiza atividades como estas, extra-ambulatoriais, estabelecem parcerias com outros setores (educação, serviços urbanos, programas sociais), vindo a atingir e trabalhar outros determinantes do processo saúde-doença, ao passo que não só limita-se a "ações prescritivas", mas tem uma visão integral da forma como as pessoas vivem, relacionam-se no seu dia-a-dia, podendo desempenhar ações de "cuidar das pessoas", a exemplo dos grupos de apoio/suporte para determinados ciclos da vida (crianças, mulheres em idade fértil, idosos) ou patologias específicas (hipertensos, diabéticos, saúde mental) (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994; RABELLO; CORVINO; 2001; BALDANI, 2005).

Um outro fato a ser apontado é o fator Equipe/Profissional de Saúde definido pode ser considerado como um dos fatores mais importantes na determinação da utilização. As pessoas com esta característica utilizam de forma mais adequada os serviços de saúde, e sua presença, como em áreas cobertas pelo PSF, podem ser consideradas como um marcador da qualidade da atenção (MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2001).

Ter um profissional de saúde definido também pode ser considerado como um elemento da qualidade da atenção, vinculado à continuidade da assistência e da relação profissional – paciente, conforme explica Donabedian (1984).

O PSF representou um esforço bem-sucedido de promoção da equidade, pois normalmente sua presença foi maior em regiões mais pobres e com população mais

vulnerável. Seu melhor desempenho em contextos de maior iniquidade social e de saúde reforçou o efeito do PSF na melhoria da atenção básica à saúde no país. Apesar de suas limitações, comuns aos modelos de Atenção Básica à Saúde, o PSF fez mais para quem mais precisou (FACCHINI et al, 2006).

No entanto, a preocupação em avaliar a satisfação dos usuários com os serviços de Saúde Bucal é recente, a maioria dos estudos sequer estão publicados, principalmente no que se refere à avaliação da satisfação do usuário dos serviços públicos neste contexto. Na literatura temos como referência apenas os estudos de Fernandes (2002) que criou e validou o Instrumento/ Questionário de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços de Saúde Bucal; Fernandes (2003) que avaliou o nível de satisfação dos usuários do SUS de Unidades Básicas (tradicionais) na cidade de Natal-RN e Santos (2006) que utilizou o mesmo instrumento em usuários das urgências odontológicas do SUS na cidade do Recife-PE.

Neste estudo utilizou-se a variável Acesso Efetivo na perspectiva de comparar os serviços públicos de saúde (satisfação dos usuários com os serviços de PSF e satisfação dos usuários com outros tipos de serviços públicos).

Este estudo apesar de dar uma contribuição relevante ao modelo de atenção à Saúde Bucal do município de Campina Grande-PB, os seus resultados devem ser analisados considerando suas especificidades e limitações metodológicas.

Os estudos de utilização de serviços de base populacional apresentam vantagens, tendo em vista não só a possibilidade de se aferir à demanda espontânea real e a utilização dos serviços programados de forma organizada, como obter informações acerca daquele segmento que não é usuário dos serviços de saúde estudados (CARVALHO et al., 1988; CAMPOS, 1993).

A utilização de formulário e entrevista como forma de coleta de dados pode introduzir um viés de memória no estudo, para minimizar este viés foi utilizado como tempo de referência para os questionamentos de saúde geral, o período de duas semanas (15 dias), este tempo é o que vem sendo recomendado nos inquéritos de saúde, segundo Bruin et al (1996), períodos de referência maiores que duas semanas podem introduzir viés de memória, principalmente quando se trata de agravos à saúde agudos menos graves. Em relação à dor de origem dental, o período de referência utilizado foi maior (últimos seis meses), devido este indicador

de morbidade ser de maior relevância, mais grave e, portanto difícil de ser esquecido pelo respondente.

A auto-avaliação do estado de saúde é geralmente medida em escala com quatro categorias, como nos inquéritos ingleses sobre saúde e estilo de vida entre adultos – HALS (MACINTYRE et al, 1996), ou cinco categorias (NCHS, 1996; IBGE, 2000). No caso deste estudo foi utilizada uma escala com cinco categorias, ver (ANEXO A), para a auto-avaliação do estado da saúde bucal dos entrevistados, em relação à avaliação da satisfação com a aparência dos dentes utilizou-se uma escala com quatro categorias, no que se refere ao sintoma de dor de dente foi usada uma pergunta global. Apesar de seu caráter subjetivo, a auto-avaliação do estado de saúde é freqüentemente utilizada em inquéritos populacionais e tem especial relevância na explicação do uso de serviços de saúde (PINHEIRO et al, 2002).

Um problema que pode ocorrer quando se utiliza morbidade referida nos inquéritos domiciliares de saúde é a confiabilidade da informação, que depende da proporção de informantes secundários (SANTANA et al, 1997). O tamanho muito grande da amostra dificulta a volta do pesquisador ao domicílio e a avaliação acaba sendo feita por moradores presentes no momento da entrevista (PINHEIRO et al, 2002). Neste estudo foi feito um esforço maior no sentido de só em último caso ser utilizado o informante secundário, tendo a pesquisadora (R.A.C.P.R.) retornado em alguns domicílios em horários distintos ao da primeira visita, para que o próprio respondente referisse suas afirmativas aos instrumentos propostos.

6.1 RECOMENDAÇÕES PARA A SAÚDE PÚBLICA

Deve-se reforçar a estratégia do Programa Saúde da Família ampliando a cobertura do programa, no caso específico da Saúde Bucal deve ser perseguida a paridade de uma (01) Equipe de Saúde Bucal para uma (01) Equipe de Saúde da Família, como preconiza a portaria recente do ministério da saúde (n ° 673 de 03 de junho de 2003).

Devem ser consolidadas as atividades de Vigilância e Promoção à Saúde para ampliar o acesso das áreas já cobertas.

Reforçar a adoção pelos profissionais de Saúde Bucal da Política Nacional de Humanização da Saúde (Humaniza SUS), de modo a consolidar o acolhimento e efetividade das práticas de saúde.

Implantação de serviços de retaguarda para as equipes do PSF, entre as quais a urgência odontológica.

7 CONCLUSÃO

- ✓ Os fatores sócio-demográficos foram considerados os principais preditores do acesso aos serviços de Saúde Bucal em Campina Grande – PB, entre os quais estão: sexo, idade, renda e escolaridade.
- ✓ Não existiu diferença no acesso aos serviços de saúde bucal de residentes em áreas cobertas e não cobertas pelo PSF.
- ✓ Os usuários do PSF mostraram um maior grau de acesso efetivo aos serviços de Saúde Bucal, quando comparados aos demais serviços públicos de saúde.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, p. 233-242, 1996.

ADAY, L. A. Access to what and why? Toward a new generation of access indicators. **Proceedings of the Public Health Conference on Records and Statistics**, Washington, DC: Government Printing Office, 1993.

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. M. A Framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v.9, n.3, p.208-220, 1974.

_____. Equity to access to medical care: A conceptual and Empirical Overview. **Medical care**, v.19, p. 4-27, 1981.

ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. M.; FLEMING, G. V. **Health care in the U.S.:** Equitable for whom? Beverly Hills, CA: Sage, 1980.

ADAY, L. A.; BEGLEY, C. E.; LAIRSON, D. R.; SLATER, C. H. **Evaluating the medical care system: Effectiveness, Efficiency, and Equity**, Chicago: Health administration press, 1993.

AGUIRRE-GAS, H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. **Salud Pública de México**, v.32, p. 170-180, 1990.

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos services de saúde – avaliar o quê? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4 n. 8, p. 361-365, out/dez., 1992.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABBEG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.20, p. 789-796, 2004.

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

ANDERSEN, R.; ADAY, L. A. Access to medical care in the U.S.: Realized and potential. **Medical Care**, n.16, p. 533-546. 1978.

ANDERSEN, R. M. **Behavioral model of families: Use of health services.** Research series, n. 25, Chicago: Center for health administration studies, University of Chicago, 1968.

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

ANDRADE, J. J. C. et al. **Acesso à atenção em Saúde Bucal nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família em Camaragibe**, Camaragibe, 2004. 32p. Monografia (Especialização em Saúde da Família). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Pernambuco. 2004.

ANTOFT, P. Explorative study of the motives for non-utilization of the Danish Youth Care Scheme. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, n.11, p. 156-61, 1983.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n.8, p. 815-823, 2003.

BALDANI, M. H.; FADEL, C. B.; POSSAMAI, T.; QUEIROZ, M. G. S. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná – Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.4, n.21, p.1026-1035, 2005.

BALDISSEROTTO, J. Declaração de Berlim sobre Saúde Bucal para Comunidades Carentes. **Rev. Divulgação**, n.10, p. 57 – 63, 1995.

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

BECKER, M. Selected psycho-social models and correlates of individual health related behaviours. **Med. Care**, n.15, p.27-46, 1977.

BELAND, F. Utilization of health services as events: An exploratory study. **Health Services Research**, n. 23, p.295-310, 1988.

BERKI, S. E.; ASHCRAFT, M. On the analysis of ambulatory utilization: An investigation of the roles of need, access, and price as predictors of illness and preventive services. **Medical Care**, v.12, n.17, p.1163-1181, 1979.

BLOOM, B.; GIFT, H. C.; JACK, S. S. Dental services and oral health; United States, 1989. National Center for Health Statistics. **Vital Health Stat**, n.10, p. 183, 1992.

BLUMENTHAL, D. Quality of health care: What is it? **New England Journal of Medicine**, n. 335, p. 891- 894. 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal (Oral epidemiological data in Brazil). Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Pacto dos Indicadores da Atenção Básica. Portaria do GM nº 3925/1998. Brasília-DF. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 1.444/2000. Brasília-DF. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Regionalização da Assistência à Saúde:** Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. NOAS-SUS 01/01. Brasília-DF. 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de Saúde da Família.** Brasília, Ministério da Saúde, 2001b. 128p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 95/2001. Brasília-DF. 2001c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº. 267/2001 de 6 de março de 2001. Diário oficial da União, Brasília, 7/3/2001d.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal.** Sumé: [s.n.], 2001e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica. Reforma da reforma. In: **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n.4, p.2-3, Jan. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família:** Equipes de Saúde Bucal/Ministério da Saúde. Brasília, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto dos Indicadores da Atenção Básica.** Portaria n. 456 de 16 de abr. 2003. Brasília. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 1434/2004. Brasília-DF. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 1570/2004. Brasília-DF. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 1571/2004. Brasília-DF. 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 1572/2004. Brasília-DF. 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 2192/2004. Brasília-DF. 2004e.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 366/2004. Brasília-DF. 2004f.

_____. Ministério da Saúde. Portaria do GM nº 74/2004. Brasília-DF. 2004g.

_____. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 67p. 2004h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Subsecretaria de planejamento e orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: Um Pacto pela Saúde no Brasil.** Brasília: 2004i. 79p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica/SAS. DATASUS. Brasília. 2004j.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Constituição Federal (1988). Disponível em: <<http://dtr204.saude.gov.br/saudeaz/legislação/legislação.php>>. Acesso em: 03 de março de 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Saúde Bucal.** Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bucal>>. Acesso em 19/08/06b.

BRODEUR, J. M.; NACCACHE H.; SIMORD, P. L.; LUSSIER, J. P. Quebec dental manpower and demand for dental care from 1985-88. **Can. Dent. Assoc. J.** n.56, p. 773-6, 1990.

BROWN, L. J.; LAZAR, V. Dental care utilization: How saturated is the patient market? **Journal American Dental Association**, n.130, p.573-580, 1999.

BRUIN, A.; PICAUVET, H. S. J.; NOSSIKOV, A. **Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments.** WHO Regional Publications Europeans Series n. 58, 1996.

BUCKET, D.; CURTIS, S., Socio demographic variation in perceived illness and the use of primary care: The value of community survey data for primary care service planning. **Social Science and Medicine**, n.23, p.737-744, 1986.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças.** São Paulo: Hucitec, 1995. p. 61-101.

CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. **Soc. Sci. & Med.**, n. 51, p. 1611-625, 2000.

CAMPOS, C. E. A. Os inquéritos de saúde sob a perspectiva do planejamento. **Cad. Saúde Pública**, n.9, p.190-200,1993.

CAMPOS, F. E.; ACURCIO, F. A.; REIS, E. F. J. B.; SANTOS, F. P.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, n.6, p.50-61, 1990.

CARVALHO, F. M. et al. Morbidade referida e utilização de consulta médica em cinco populações do Estado da Bahia. **Ciência e Cultura**, n.40, p. 853-858, 1988.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M.S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.4, n.7, p. 795-811. 2002.

_____. Impact of health services delivery on hospital admission utilization in Brazil. **Rev. Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 27/07/2006.

_____. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.7, p. 795-811, 2002.

CHAVEZ, M. R. et al. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. **Salud Pública de México**, n.32, p. 156-169, 1990.

CHERRY-PEPPERS, G.; SINKFORD, J. C.; NEWMAN, E. S.; SANDERS, C. F.; KNIGHT, R. S. Primary oral health care in black americans: An assessment of current status and future needs. **Journal of the National Medical Association**, n.87, p. 136-140, 1995.

CHISICK, M. C.; POINDEXTER, F. R.; YORK, A. K. Factors influencing perceived need for dental care by active duty U.S. military personnel. **Military Medicine**, n.162, p. 586-589, 1997.

CLEARY, P. D.; McNEIL, B. J. Patient satisfaction as indicator of quality care. **Inquiry**, n. 25, p. 25-36, 1988.

COHEN, L. K. Converting unmet need for care to effective demand. **Int Dent J**, n.37, p.114-116, 1987.

COHN, A. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. 165p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196-96, de 10 de outubro de 1996. Brasília, 1996.

COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Rev. Saúde Pública**, v.4, n.31, p. 360-9, 1997.

DAVIS, K. Inequality and access to health care. **The Milbank Quartely**, n. 69, p. 253-273. 1991.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

_____. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Memorial Fund Quartely**, n.44, p.166-206, 1966.

_____. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Salud Publica de Mexico**, n.29, p.324-327, 1986.

_____. **Los Espacios de la Salud: Aspectos Fundamentales de la Organización de la Atención Médica. México**: Fondo de Cultura Económica, Biblioteca de la Salud (Serie Clásicos de la Salud). 1988.

_____. **Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica.** México D.F.: Ed. Instituto Nacional de Salud Publica. 1990a.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, n.114, p.1115-1118. 1990b.

_____. **Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Investigaciones sobre Servicios de Salud: Una Antología.** Washington: Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica, 534). 1992.

DOUGLAS, C. W. A socio-psychological view of health behavior for health services research. **Health Serv. Res.**, n.6, p.6-14, 1971.

DOUGLASS, C. W.; COLE, K. O., Utilization of dental services in the United States. **Journal of Dental Education**, n.43, p.223-238, 1979.

DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Soc Sci Med.**, n. 23, p.721-35, 1986.

EDDIE, S.; DAVIES, J. A. The effect of social class on attendance frequency and dental treatment received in the general dental service in Scotland. **British Dental Journal**, n.159, p. 370-372, 1985.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo, **Ciência e Saúde Coletiva**, v.3, n. 11, p.633-641, 2006.

ERIKSEN, M. H.; BJERTNESS, D. Concepts of health and disease and caries prediction: a literature review. **Scandinavian Journal Dental Research**, n. 99, p. 476-483, 1991.

ESCUDERO, P. **Bases para una Propuesta de Instrumentación que Permita Evaluar Condiciones de Eficiencia y Capacidad Resolutiva de Servicios de Salud.** Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1989.

EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing health, consuming health care. In: EVANS, R. G.; BARER, M. L.; MARMOR, T. R. editors. **Why are some people health and others not? the determinants of health of populations.** New York: Aldine DeGruyter; 1994. p. 27-64.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.3, n.11, p.669-681, 2006.

FARIAS, A. F. M. R.; DINIZ, A. C. Atenção à Saúde Bucal no Programa Saúde da Família de Campina Grande – PB. In: **Recursos Humanos e Programação em Odontologia no Estado da Paraíba**. Org. Padilha, W. W. N. João Pessoa, 2004. p.61-78.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde: **Desenvolvimento gerencial de Unidades Básicas de Saúde do distrito sanitário**: Projeto GERUS. Brasília, 1997. p. 177-184.

FERNANDES, L. M. A. G. **Validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos usuários, com os serviços públicos de saúde bucal – QASSaB**. Camaragibe. 2002, 181p. Tese (doutorado em Odontologia, Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. 2002.

FERNANDES, T. **Satisfação do usuário da rede pública de saúde da Zona Urbana de Natal-RN**. Camaragibe. 2004, 103p., Tese (Doutorado em Odontologia, Saúde Coletiva)- Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco. 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1988.

FIGUEIREDO, N. **Prevalência de cárie dentária em escolares aos 12 anos de idade, Moreno – PE/2000**. 2001, 127p., Monografia apresentada para Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco. 2001.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. S. Acesso a ambulatório pediátrico de um hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p. 352-60, 1998.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. **Salud Pública de México**, v. 27, n. 5, p. 438-453, 1985.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Saúde dentro de casa**: Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

GEYNDT, W., Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de la atención al paciente. **Salud Pública de México**, n. 28, p. 221-229, 1986.

GIBBARD, A. The prospective pareto principle and equity of access to health care. **Milbank mem. Fd Quart.** n. 60, p. 399-428, 1982.

GILBERT, H. G.; BRANCH, L. G.; LONGMATE, J. Dental care use by U.S. veterans eligible for VA care. **Social Sciences and Medicine**, n.33, p.361-370, 1993.

GILBERT, H. G.; DUNCAN, R. P.; HEFT, M. W.; COWARD, R. T. Dental health attitudes among dentate black and white adults. **Medical Care**, n. 35, p.255-271, 1997.

GILSON, L. **Government health care charges: is equity being abandoned?** London: London School of Hygiene and Tropical Medicine –Evaluation and Planning Centre for Health Care, publication number 15, Spring. 1988.

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.

GOLD, M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. **Health Services Research**, v.3, n.33, p.625-52, 1998.

GOMES, E. G., **Marco Conceptual y Consideraciones Metodológicas Preliminares Para el Desarrollo de un Protocolo de Investigación sobre Evaluación de la Calidad de la Atención de la Salud en un Grupo de Países Americanos.** Washington: Organización Panamericana de la Salud. 1989.

GREENLICK, M. R.; FREEBORN, D.K.; POPE, C. R. **Health care research in an HMO: Two decades of discovery**, Baltimore, MD: Johns Hopkins Press, 1997.

GRYTTE, J. The effect of supplier inducement on Norwegian dental services: some empirical findings based on a theoretical model. **Community Dent. Health**, n.8, p.221-31, 1991.

HOLST, D. **Third party payment in dentistry. An analysis of the effect of a third part payment system and of system determinants.** Oslo: University of Oslo, 1982.

HONKALA, E.; KUUSELA, S.; RIMPELÄ, A.; RIMPELÄ, M.; JOKELA, J., Dental services utilization between 1977 and 1995 by Finnish adolescents of different socioeconomic levels. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, n. 25, p.385-390, 1997.

HORWITZ, A. Por qué no evaluamos y por qué debemos hacerlo? **Salud Pública de México**, n.20, p. 171-176, 1978.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HULKA, B. S.; WHEAT, J. R. Patterns of utilization – the patient perspective. **Medical Care**, v.5, n.23, p. 438-460, 1985.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde**. PNAD 1998. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2000a. 90p.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> . Acesso em: 10 de agosto de 2000b.

_____. **Base de informações por setor censitário (Paraíba- Campina Grande) 2504009**. Rio de Janeiro: IBGE, n.1, 2002. CD-ROM.

_____. **Sistema de recuperação de informações georreferenciadas – Estatcart versão 2.0 ISBN 85-240-0876-8**. Rio de Janeiro: IBGE, n.1, 2003. CD-ROM.

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

JESSEE, W. F. Garantía de la calidad en los hospitales de Estados Unidos. **Salud Pública de México**, n.32, p.131-137, 1990.

KASL, S.; COBB, S. Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. **Arch Environ Health**, n.12, p.246-66, 1966.

KRASNIK, A.; SAWITZ, A.; KEIDING, N.; HANSEN, E. Determinants of general practice utilization in Denmark. **Danish Medical Bulletin**, n.44, p.542 – 546, 1997.

KRONENFELD, J. J. Providers variables and the utilization of ambulatory care services. **Journal of Health and Social Behavior**, n.19, p.68-76, 1978.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Variáveis. In: _____. **Fundamentos de metodologia científica**. 3.ed., rev e ampl. São Paulo: Atlas, 1996, cap 7, p. 137-54.

LANDIS, J.; KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v.33, p. 159-174, 1977.

LOBOS J. O que é qualidade? In: _____. **Qualidade! Através das pessoas**. 10 ed. São Paulo: J. Lobos, 1991a. p. 14-6.

LOCKER, D.; CLARKE, M., Geografic variations in dental services provided to older adults in Ontario, Canada. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, n.27, p.275-282, 1999.

MACINTYRE, S.; HUNT, K.; SWEETING, H. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? **Social Science and Medicine**, v. 4, n.42, p. 617-624, 1996.

MAGALHÃES, L. B. **Avaliação do Subprograma de Assistência à Saúde da Criança em Dois Postos de Saúde de Londrina, Paraná**. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 1983.

MALIK, A. M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. **Cad. FUNDAP**, n. 19, p. 7-24, jan./abr. 1996.

MANFREDINI, M. A. **Um olho no peixe, o outro no gato: planejando a promoção de saúde na Atenção Básica**. 2003. (mimeo).

MARCENES, Wagner e BÖNECKER, Marcelo J. S. Capt 4. Aspectos Epidemiológicos e Sociais das Doenças Bucais 73 – 98. In **EAP APCD Promoção de Saúde Bucal na Clínica Odontológica**. Artes Médicas, 2000. 359 p.

MARCUS, A. C.; SIEGEL, J. M. Sex differences in the use of physicians' services: a preliminary test of the fixed role hypotheses. **Journal of Health and Social Behavior**, n. 23, p.186-197, set. 1982.

MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. F.; GUERRA, H. L.; MARCENES, W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular dos serviços odontológicos em adultos. **Cad Saúde Pública**, n. 17, p.661-8, 2001.

MATOS, D. L., LIMA-COSTA, M. F., GUERRA, H L et al. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. **Rev. Saúde Pública**, v. 2, n.36, p. 237-243, 2002.

MATUMOTO, S. **O Acolhimento: Um Estudo Sobre seus Componentes e sua Produção em uma Unidade da Rede Básica de Serviços de Saúde**. 1998. Dissertação (Mestrado), Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1998.

McKEOWN, T. **The Role of Medicine**. Oxford: Basil Blackwell. 1979.

McKINLAY, J.; McKINLAY, S. M.; BEAGLEHOLE, R., A review of the evidence concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. **International Journal of Health Services**, n.19, p.181-208, 1989.

MENDOZA-SASSI, Raúl; BÉRIA, Jorge U.; BARROS, Aluísio J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, v. 3, n. 37, p. 372-378, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em:

MENDOZA-SASSI, Raúl; BÉRIA, Jorge Umberto. Health services utilization: a systematic review of related factors. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, n.17, p. 819-832, jul/ago., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 04/08/2006.

MEZOMO, J. C. Qualidade na relação hospital-paciente. **Administração e Saúde**, v. 17, n. 1, p. 17-21, jan./fev., 1993.

MOONEY G. What does equity in health means? **Rapp Trimest Stat Mond**, v.40, p.296-303, 1987.

MORERA, R. G. Enfoque metodológico de la investigación aplicada en los servicios de salud. **Educación Médica y Salud**, n.15, p.21-29, 1981.

MOYSÉS, S. J. Modelo da Integralidade substitui paradigma curativo-restaurador. **Divulgação em Saúde para Debate**, n.8, p.39-43. 1992.

NADANOVSKY, P. O Declínio da Cárie Dentária 341 – 351. In **Saúde Bucal Coletiva**. Santos Livraria Editora, cap. 12. 2000. 541 p.

NARVAI, P. C. Avaliação de ações de saúde bucal. In:_____. **Oficina Saúde Bucal no SUS**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 1996.

NCHS-National Center for Health Statistics. **Health, United States, 1990**. Hyattsville, Maryland: Public Health Service, 1991.

_____. Current estimates from the National Health Interview Survey. **Vital and Health Statistics, 1994**. Series 10, nº. 193. 1995.

_____. **Health, United States, 1995**. Public Health Service, Hyattsville, Maryland. 1996.

_____. **Health, United States, 1998: socioeconomic status and health chartbook**. Public Health Service, Hyattsville, Maryland. 1998.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora. 1994.

OJANUGA, D. N. e GILBERT, C. Women's access to health care in developing countries. **Social Science and Medicine**, v. 4, n.35, p.613-617, 1992.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; ARCIERI, R. M.; UNFER, B; COSTA, Í.; MORAES, E.; SALIBA, N. A. **Modelos Assistenciais em Saúde Bucal No Brasil: Tendências e Perspectivas**. Ação Coletiva: vol II, n.1, p.9-14, 1999.

OLIVEIRA, Ângelo G. R. C. **Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal no Brasil 1986-1996**. 1998. Disponível em: <<http://www.angelonline.cjb.net>>. Acesso em: 13/07/2005.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Condições de Eficiência dos Serviços da Atenção Básica**. Brasil, 1978.

OMS (Organización Mundial de la Salud), **Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos Realizados en el Logro de la Salud para Todos en el Año 2000**. Ginebra: OMS. 1981.

ORCA, Saturday Afternoon Symposium 1995. The prevalence of Dental Caries in Europe 1990-1995. **Caries Res.**, n. 30, p. 237-255, 1996.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Extension de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad**. Washington, D. C., 1978. (Documentos oficiales, 156).

PATUSSI, M. P; MARCENES, W; CROUCHER, R.; SHEIHAM, A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. **Soc Sci Med**. n.3, p. 915-25, 2001

PATUSSI, M. P. **Privação e saúde bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside**. Disponível em: <<http://www.angelonline.cjb.net>> Acesso em: 13/07/2005.

PENCHANSKY, R.; THOMAS, W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 2, n. 19, p.127-140, 1981.

PEREIRA, A. C. Normas operacionais para execução de levantamentos em odontologia. In: PEREIRA, A. C. e cols. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p.83 -116.

PEREIRA, M. G. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde. **Brasília Médica**, v. 36, n. 1/2, p. 17-20, 1999.

_____. **Epidemiologia – teoria e prática**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000. 596p.

_____. Serviços de Saúde. In: PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.513-537.

PETERSEN, P. E. Social inequalities in dental health – towards a theoretical explanation. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, n.18, p.153-8, 1990.

PETERSEN, P. E.; HOLST, D. **Utilization of Dental Health Services**, p.341-386, 1995.

PETERSEN, P. E.; NORTOV, B. General and dental health in relation to life-style and social network activity among 67-year-old Danes. **Scand. J. Prim. Health Care**, n.7, p.225-30, 1989.

_____. Evaluation of a dental public health program for old-age pensioners in Denmark. **J. Public Health Dent**. n.54, p. 73-9, 1994:

PETERSEN, P. E.; PEDERSEN, K. M. Socioeconomic demand model for dental visits. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, n.12, p. 361-5, 1984:

PHILLIPS, K. A. et al. Understanding the context of Healthcare Utilization: Assessing. Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. **Health Services Research**, v. 3, n. 33, p. 571 – 596, 1998.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, n.7, p.687-707, 2002.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. M. Desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três áreas da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 3, n.15, p.487-496, 1999.

PINTO, M. Números de um Brasil mais sorridente. **Jornal do CFO**, Rio de Janeiro, p. 3, mar./jun. 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE (PMCG)/ Secretaria Municipal de Saúde (SMS) **A Saúde na cidade**. Campina Grande, 19p., 2003.

PUNTES-MARKIDES, C. Women and Access to health care. **Social Science and Medicine**, v. 4, n.35, p. 619-626, 1992.

RABELO, S. B.; CORVINO, M. P. F. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Odontol.**, n. 58, p. 131-151, 2002.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.1, n.19, p.27-34, 2003.

RAYNER, J. F. Socio-economic status and factors influencing the dental health practices of mothers. **Am. J. Public Health**, n.60, p. 1250-8, 1979.

REISINE, S. A path analysis of the utilization of dental services. **Community Dent. Oral Epidemiol.** n.15, p.119-124, 1987.

RICKARDSSON, B.; HANSON, B. S. Social network and regular dental care utilization in elderly men. Results from the population study "Men born in 1914", Malmo, Sweden. **Swed Dent. J.**, n.13, p. 151-161, 1989.

RITCHIE, J.; JACOBY, A.; BONE, M. **Access to primary health care**. London: HMSO, 1981.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, A. C. e cols. **Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 28-49.

ROSENSTOCK, I. M. Why people use health services. In: Mainland D., ed. Health services research. New York, **Milbank Mem Fund Q.** n.44, p. 94-127, 1967:

_____. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. In: GLANZ, K.; LEVIS, F. M.; RIMER, B. K. editors. **Health behavior and health education: theory, research and practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 1990. p. 39-62.

RUELAS-BARAJAS, E.; VIDAL-PINEDA, L. M., Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. **Salud Pública de México**, n.32, p. 225- 231, 1990.

RYAN, S. A.; MILLSTEIN, S. G.; GREENE, B.; IRWIN, C. E. Utilization of ambulatory health services by urban adolescents. **Journal of Adolescent Health**, n.18, p.192-202, 1996.

SALAZAR, A. L.; GROU, K. B.; NUNES JÚNIOR, V. S. Direitos do consumidor portador de deficiência. In: ARAUJO, L. A. D. **Defesa dos direitos das pessoas portadoras de deficiência**. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006. p. 30-60.

SALBER, E. J.; GREENE, S. B.; POPE, C. R.; DAVIS, M. A., Health status, socioeconomic status and utilization of outpatient services for members of a pre-paid group practice. **Medical Care**, n.14, p. 971-986, 1976.

SAMAJA J. **La reproducción social y la relación entre la salud y condiciones de vida**. Washington (DC): OPS; 1994. (PAHO/HDP/HDA/94-06, Doc.de trabajo).

_____. Muestras y representividad en vigilância epidemiologica mediante sítios centinelas. **Cad Saúde Pública**, n. 12, p. 309-319, 1996.

SANTANA, V.; ALMEIDA FILHO, N.; ROCHA, A. M. C. Confiabilidade e viés do informante secundário na pesquisa epidemiológica: análise de questionário para triagem de transtornos mentais. **Revista de Saúde Pública**, v.6, n.31, p.556-565, 1997.

SANTOS, L. C. **Avaliação do nível de satisfação dos usuários das urgências odontológicas da cidade do Recife-PE**. Camaragibe, 2006. 86f. Trabalho de conclusão de curso – Universidade de Pernambuco. 2006.

SAWYER, D. O., LEITE, I C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.4, n.7, p.757-776, 2002.

SCHWARZ, E. Changes in demand for dental care among Danish adults, 1975-90. **Acta Odontologica Scandinavia**, n.54, p.36-43, 1996.

SHEIHAM, A.; MAIZELS, J.; CUSHING, A.; HOLMES, J. Dental attendance and dental status. **Community Dental Oral Epidemiol**, n.13, p. 304-309, 1985.

SHOUL, S.; CONGDON, P.; CURTIS, S. Modelling inequality in reported long term illness in the U.K.: combining individual and area characteristics. **Journal of Epidemiology and Community Health**, n.50, p.266-276, 1996.

SILVA, L. M. V. Uma agenda para investigação em políticas e sistemas de saúde no Nordeste. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.3, n.16, p.857-861, 2000.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A.; CERQUEIRA, M. P. et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de saúde – avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.1, n.11, p. 72-84. 1995.

SILVA, N. N.; PEDROSO, G. C.; PUCCINI, R. F.; FURLANI, W. J. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **Rev. Saúde Pública**, v.1, n. 34, p.44-49, 2000.

SOMERS, A. R. **Health Care in Transition: Directions for the Future**. Chicago: Hospital Research and Educational Trust. 1971.

SOMMERS, P. Participación activa de los consumidores en el sistema de prestación de servicios de salud: una evaluación de la satisfacción de los pacientes. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, n.94, p. 54-75, 1983.

SORIANO, Evelyne, SAMPAIO, Patrícia, RODRIGUES, Cecile S. Tendências na experiência de cárie dentária em crianças de 12 anos de idade, residentes no Recife: dados referentes às décadas de 70 – 90. **Ação Coletiva**, vol. I, n. 4, p. 23 – 26, out/dez. 1998.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD B, organizador. **Atenção primária– equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002. p. 207-45.

SWANK, M. E.; VERNON, S. W.; LAIRSON, D. R. Patterns of preventive dental behavior. **Public Health Reports**, n.101, p.175-84, 1986.

SZWARCWALD, C. L.; MENDONÇA, M. H. M.; ANDRADE, C. L. T. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional, **Ciência e Saúde Coletiva**, v.3, n. 11, p. 643-655, 2006.

TANAKA, O. Y. et al. Formação de gestores locais de saúde: processos para identificar estratégias de atuação. **Rev. Saúde Pub.** v. 3, n. 33, p. 219-29, jun. 1999.

TAYLOR, C. Surveillance for equity in primary health care: implications from international experience. **International Journal of Epidemiology**, v. 6, n.21, p. 1043-1049, 1992.

TENNSTEDT, S. L.; BRAMBILLA, D. L.; JETTE, A. M.; McGUIRE, S. M., 1994. Understanding dental service use by older adults sociobehavioral factors vs need. **Journal of Public Health Dentistry**, n.54, p. 211-219, 1994.

THOMAS, D. W., SATTERTHWAITE, J.; ABSI, E. G.; SHEPHERD, J. P. Trends in the referral and treatment of new patients at free emergency dental clinic since 1989. **Br Dent J.**, p.11-14, 1997.

TODD, J. E.; WALKER, J. A.; DODD, P. **Adult dental health 1978**, vol II London: HMSO, 1982.

TRAVASSOS, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v.13, n.2, p.325-330, 1997.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, Sup 2, p.190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; FERNANDES, C.; ALMEIDA, C. M. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1, n.5, p.133-149, 2000.

UNGLERT, C. V. S. The importance of accessibility in the planning of localization and size of health services. **Rev. Saúde Pública**, v. 6, n. 24, p. 445-452, 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>>. Acesso em: 05/09/2005.

_____. Territorialização em sistemas de saúde. In: **Distrito Sanitário** (E. V. Mendes, org.), São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO. 1995 p. 221-235.

VELÁZQUEZ, H. A. Desarrollo de instrumentos de medición para la evaluación de servicios médicos. In: **Seminario de Investigación de Servicios de Salud** (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – Secretaría de Salubridad y Asistencia, org.), 2.ed., 1978. pp. 90-102. Queretaro: Memorial Queretaro.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, n.8, p.11-48. 1998.

VUORI, H. **Strategies for Improving the Quality of Health Care**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1988. (mimeo.)

_____. Research needs in quality assurance. **Quality Assurance in Health Care**, n.1, p. 147-159, 1989.

_____. A qualidade de saúde. **Div. Saúde Deb.**, n.3, p. 17-25, fev. 1991

WARE, J. E.; SNYDER, M. K. Dimensions of patient attitudes regarding doctor's and medical care services. **Medical Care**, n. 13, p.35-40, 1975.

WATT R.; SHEIHAM A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. **Br Dent J.**, n.187, p. 6-12, 1999.

WENNBERG, J. E. On patient need, equity, supplier induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. **Medical Care**, v.5, n.23, p.512-520, May. 1985.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v.3, n. 22, p.429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents**. Geneva: WHO Grafics. 1988. 150p.

_____. **The world health report. 2000**: health systems: improving performance. France: WHO Grafics. 2000. 140p.

_____. **Iniquidades em saúde no Brasil**: nossa mais grave doença. Documento apresentado por ocasião do lançamento da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

YULE, B.; PARKIN, D. The demand for dental care: an assesement. **Soc. Sci. Med.** n. 21, p.753-60, 1985.

* A elaboração destas referências obedecem ao disposto na NBR 6023:2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO - UPE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
PERNAMBUCO – FOP
COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE
PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR - CAPES

DETERMINANTES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE
SAÚDE BUCAL EM CAMPINA GRANDE - PB

PESQUISADORA:

RENATA DE A. C. P. ROCHA
CPF: 024.733.344-12
RG: 1871776 SSP/PB



APÊNDICE B - CAPA PARA IDENTIFICAÇÃO E SEPARAÇÃO DOS
FORMULÁRIOS DA PESQUISA



UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO – UPE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO – FOP
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

**DETERMINANTES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM
CAMPINA GRANDE – PARAÍBA**

BAIRRO: _____

SETOR CENSITÁRIO: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

COBERTURA DE PSF: () SIM () NÃO

TOTAL DE DOMICÍLIOS ENTREVISTADOS NO SETOR: _____

TOTAL DE INDIVÍDUOS ENTREVISTADOS NO SETOR: _____

RUAS: _____

INÍCIO DA COLETA DE DADOS: ____/____/____

FIM DA COLETA DE DADOS: ____/____/____

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Renata de Andrade Cardoso Pinto Rocha
ORIENTADOR: Prof. Paulo Sávio Angeira de Góes (PhD)

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

ESTUDO PILOTO (SETOR COM PSF)

Bairro: Monte Castelo
Distrito Sanitário: I
Código do Setor Censitário: 150
Setor **Positivo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Rua: Alice Gaudêncio
PSF Monte Castelo

ESTUDO PILOTO (SETOR COM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE)

Bairro: Santa Cruz
Distrito Sanitário: V
Código do Setor Censitário: 227
Setor **Negativo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Rua: Severino Victor de Lima
Unidade Básica de Saúde Raiff Ramalho

PESQUISA (SETORES COM PSF)

Bairro: Monte Castelo
Distrito Sanitário: I
Código do Setor Censitário: 150
Setor **Positivo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Ruas: Hortêncio Ribeiro;
Paraná
PSF Monte Castelo

Bairro: Novo Bodocongó/ São Januário
Distrito Sanitário: II
Código do Setor Censitário: 314
Setor **Positivo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Ruas: Manoel Gonçalves Dias;
Juvêncio Arruda
PSF São Januário

Bairro: Cuités
Distrito Sanitário: III
Código do Setor Censitário: 205
Setor **Positivo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Ruas: Dublin;
Madri;
Paris;
Alcides de Freitas Araújo (Londres);
Júlio Ferreira Tavares (Luxemburgo)
PSF Cuités

Bairro: Tambor
Distrito Sanitário: IV
Código do Setor Censitário: 171
Setor **Positivo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Ruas: Claudino G. de Oliveira (Avenida João Wallig);
Inácio Clemente de Souza (Sergipe);
Avenida Assis Chateaubriand;
Santa Catarina;
Espírito Santo;
Raimundo Silva Ribeiro
PSF Tambor

Bairro: Catolé de Zé Ferreira
Distrito Sanitário: V
Código do Setor Censitário: 323
Setor **Positivo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Ruas: Alça Sudoeste;
José Pereira de Araújo;
Daniel Luis Rodrigues;
Profª. Dulce Amorim;
Antônio Vicente
PSF Catolé de Zé Ferreira

PESQUISA (SETORES COM UNIDADES BÁSICAS/ CENTROS DE SAÚDE)

Bairro: Lauritzen/ Alto Branco
Distrito Sanitário: I
Código do Setor Censitário: 036
Setor **Negativo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Ruas: José do Ó;
Governador Agamenon Magalhães
Unidade Básica de Saúde Demóstenes Cunha Lima

Bairro: Bela Vista
Distrito Sanitário: II
Código do Setor Censitário: 118
Setor **Negativo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Ruas: Cônego Pequeno;
Idelfonso Ayres
Centro de Saúde da Bela Vista

Bairro: Palmeira
Distrito Sanitário: III
Código do Setor Censitário: 026
Setor **Negativo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Ruas: Vereador Manoel Uchoa;
José Lins do Rêgo
Centro de Saúde da Palmeira

Bairro: José Pinheiro
Distrito Sanitário: IV
Código do Setor Censitário: 047
Setor **Negativo** para Unidade Saúde da Família (USF)
Rua: Antônio Bernardino de Sena
Unidade Básica de Saúde Francisco Brasileiro

Bairro: Santa Cruz
Distrito Sanitário: V
Código do Setor Censitário: 227
Setor **Negativo** Para Unidade Saúde da Família (USF)
Rua: Avenida Três Irmãs
Unidade Básica de Saúde Raiff Ramalho

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO

FORMULÁRIO DA PESQUISA

DATA DA ENTREVISTA: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Endereço atual: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
 Tel.: _____

Cobertura PSF 1 () Sim 2 () Não	COBPSF _____	
Sexo: 1 () M 2 () F	SEXO _____	
Idade: _____	IDADE _____	
Distrito Sanitário: _____	DISTRSA _____	
Estado Marital: 1 () solteiro - não mora c/ninguém 2 () casado - mora c/algum 3 () divorciado 4 () viúvo	ESTMAR _____	
R. Mensal: Resp. 1 () <1/2 SM 2 () 1SM 3 () 2SM 4 () 3SM 5 () 4SM 6 () 5SM ou mais 7 () NT 8 () <1/2 SM Familiar 1 () <1/2 SM 2 () 1SM 3 () 2SM 4 () 3SM 5 () 4SM 6 () 5SM ou mais 7 () NT 8 () <1/2 SM	RENRES _____ RENFAM _____	
Casa: 1 () alugada 2 () emprestada 3 () cedida 4 () invadida 5 () própria 6 () própria em aquisição (financiada)	CASA _____	
Escolaridade:	ESCOL _____	
1 () Analfabeto	2 () 1º grau incompleto	3 () 1º grau completo
4 () 2º grau incompleto	5 () 2º grau completo	6 () Universidade incompleta
7 () Universidade completa	8 () Pós - graduação	9 () Não sei

INSTRUMENTO - PNAD 2003 (IBGE, 2005)

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

01) - Costuma procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? 1 () Sim (siga 02) 2 () Não (passe ao 03)	MESLUG _____
02) Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde - costuma procurar:	PROCUR _____
1 () Farmácia	2 () Posto ou centro de saúde
3 () Consultório particular	4 () Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
5 () Ambulatório ou consultório de clínica	6 () Ambulatório de hospital
7 () Pronto-socorro ou emergência	8 () Agente comunitário de saúde
9 () Outro tipo de serviço (curandeiro, centro espírita, etc.) (siga 03)	

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

03) Nas últimas duas semanas, - procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? 1 () Sim (siga 04) 2 () Não (passe ao 05)	ÚLT2SEM _____
04) - Considera que o atendimento de saúde recebido foi:	ATENREC _____
1 () Muito bom	2 () Bom
3 () Regular	4 () Ruim (siga instrumento SB GOES, 2001)
5 () Muito ruim	
05) Nas duas últimas semanas, por que motivo - não procurou serviço de saúde?	NÃOPROC _____
1 () Não houve necessidade	
2 () Não tinha dinheiro	
3 () O local de atendimento era distante ou de difícil acesso	
4 () Dificuldade de transporte	
5 () Horário incompatível	
6 () O atendimento é muito demorado	
7 () O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades	
8 () Achou que não tinha direito	
9 () Não tinha quem o(a) acompanhasse	
10 () Não gostava dos profissionais do estabelecimento	
11 () Greve nos serviços de saúde (siga para instrumento SB GOES, 2001)	
12 () Outro motivo	

INSTRUMENTO SAÚDE BUCAL (GOES, 2001)

06) Como você classifica a sua saúde dos seus dentes e da sua boca?	SAUDEN _____
1 () Excelente 2 () Muito Boa 3 () Boa 4 () Mais ou menos 5 () Ruim	
07) Você está satisfeito com a aparência dos seus dentes?	APARÉNC _____
1 () Muito satisfeito 2 () Satisfeito 3 () Aceitável 4 () Insatisfeito	
08) Você já teve dor de dente na sua vida?	DORVIDA _____
1 () Sim (passe a 9) 2 () Não (passe a 11)	
9 () Não sei, não me lembro (passe a 11)	
09) Você teve dor de dente nos últimos seis meses?	DORSMES _____
1 () Sim (siga 10) 2 () Não (passe a 11)	
9 () Não sei, não me lembro (passe a 11)	
10) Agora você poderia escolher das palavras abaixo a que melhor pode descrever a sua dor de dente:	SEVERID _____
1 () Leve	4 () Desconfortável
2 () Estressante	5 () Horrível (siga 11)
3 () Intolerável	

INSTRUMENTO - PNAD 2003 (IBGE, 2005)

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

11) Quando - foi ao dentista pela última vez?	ÚLTDEN _____
1 () Menos de 1 ano (siga 12 e QASSaB)	
2 () De 1 ano a 2 anos (siga 12 e QASSaB)	
3 () 3 anos ou mais (siga 12 e não faz o QASSaB)	
4 () Nunca foi ao dentista (encerra e não faz o QASSaB)	
12) Qual o tipo de serviço odontológico (dentista) que você geralmente usa?	TIPSERV _____
1 () Particular (encerra)	4 () Público (no Centro de Saúde) (QASSaB)
2 () Plano de Saúde/ Convênio (encerra)	5 () Público (na UBS) (QASSaB)
3 () Público (no PSF-USF) (siga QASSaB)	6 () Público (na Faculdade de Odontologia) (QASSaB)
9 () Não sei, não lembro (encerra)	7 () Público (no Hospital Universitário) (QASSaB)
	8 () Público (outros - carro móvel, campanhas políticas)

Roteiro para entrevista: Questionário de Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde Bucal - QASSaB

DIMENSÃO 1 DISPONIBILIDADE DOS SERVIÇOS		NÍVEIS						
1. Como você considera a obtenção de uma vaga e/ou ficha para tratamento neste serviço?	Não se aplica 0	Muito Fácil 5	Fácil 4	Nem fácil nem fácil 3	Difícil 2	Muito Difícil 1	OBTVAG	
2. Como você considera o intervalo de tempo de marcação entre uma consulta e outra?	Não se aplica 0	Muito Longo 1	Longo 2	Nem longo nem curto 3	Curto 4	Muito Curto 5	INTMARCO	
3. Como você classifica o tempo de espera entre sua chegada e o atendimento neste serviço?	Não se aplica 0	Muito curto 5	Curto 4	Nem longo nem curto 3	Longo 2	Muito Longo 1	TEMESP	
DIMENSÃO 2 RESOLUTIVIDADE		NÍVEIS						
4. Como você classifica a forma como foi resolvido o problema que lhe trouxe ao serviço?	Não se aplica 0	Não resolvido 1	Mai resolvido 2	Resolvido 3	Resolvido 4	Muito bem resolvido 5	RESPRO	
5. O quanto você está satisfeito com a aparência dos dentes tratados?	Não se aplica 0	Totalmente Satisfeito 5	Muito Satisfeito 4	Satisfeito 3	Um pouco Satisfeito 2	Insatisfeito 1	SATAPADE	
6. O quanto você está satisfeito com o tratamento dos dentes posteriores (de trás), ou seja, com a sua capacidade de mastigação?	Não se aplica 0	Insatisfeito 1	Um pouco satisfeito 2	Satisfeito 3	Muito satisfeito 4	Totalmente Satisfeito 5	SATRATPO	
DIMENSÃO 3 AMBIENTE FÍSICO DO SERVIÇO-LIMPEZA		NÍVEIS						
7. Como você classifica a limpeza da recepção/sala de espera?	Não se aplica 0	Excelente 5	Bom 4	Regular 3	Ruim 2	Péssimo 1	LIMPREC	
8. Como você classifica a limpeza do consultório ou da clínica?	Não se aplica 0	Péssimo 1	Ruim 2	Regular 3	Bom 4	Excelente 5	LIMPCON	
9. Como você classifica a limpeza dos banheiros?	Não se aplica 0	Excelente 5	Bom 4	Regular 3	Ruim 2	Péssimo 1	LIMPBAN	
10. É com relação ao conforto. Como você se sente em relação ao seu bem-estar neste serviço?	Não se aplica 0	Desconfortável 1	Um pouco Confortável 2	Confortável 3	Muito confortável 4	Totalmente Confortável 5	CONFOR	
DIMENSÃO 4 RELAÇÕES HUMANAS (Relação com Profissionais de Saúde)		NÍVEIS						
11. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido das pessoas que trabalham na recepção deste serviço?	Não se aplica 0	Excelente 5	Bom 4	Regular 3	Ruim 2	Péssimo 1	ATETRATR	
12. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido dos outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais etc.) deste serviço?	Não se aplica 0	Péssimo 1	Ruim 2	Regular 3	Bom 4	Excelente 5	ATETRATO	
13. Como você classifica a qualidade das informações recebidas pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares, pessoal de recepção etc.) deste serviço?	Não se aplica 0	Excelente 5	Bom 4	Regular 3	Ruim 2	Péssimo 1	QUALINFO	
DIMENSÃO 5 RELAÇÕES HUMANAS (Relação Dentista / Paciente)		NÍVEIS						
14. Como você classifica a atenção ou tratamento recebido do Dentista ou Professor neste serviço?	Não se aplica 0	Excelente 5	Bom 4	Regular 3	Ruim 2	Péssimo 1	TRATDENT	
15. Como você classifica o grau de confiança que você deposita no Aluno/Professor ou Dentista da rede de saúde?	Não se aplica 0	Péssimo 1	Ruim 2	Regular 3	Bom 4	Excelente 5	CONFPROF	

DIMENSÃO 6		NÍVEIS						
QUALIDADE TÉCNICO-CIENTÍFICA DOS EQUIPAMENTOS:								
16.	Como você classifica os equipamentos odontológicos em relação à atualização tecnológica? Em outras palavras o quanto elas são modernas?	Não se aplica	Super Modernos	Modernos	Nem uma coisa nem outra	Desatualizados	Ultrapassado	CLASATUT _____
		0	5	4	3	2	1	
17.	Como você classifica a conservação e manutenção dos equipamentos odontológicos?	Não se aplica	Péssima	Ruim	Regular	Boa	Excelente	CONEQUOD _____
		0	1	2	3	4	5	
DIMENSÃO 7		NÍVEIS						
EFICIÊNCIA								
18.	Levando em conta a qualidade dos serviços odontológicos executados e os recursos gastos por você com transporte e pagamento de taxas, mesmo assim, você acha que valeu a pena?	Não se aplica	Não valeu a pena	Pouquíssimo	Mais ou Menos	Muito	Até demais	VALPEN _____
		0	1	2	3	4	5	
DIMENSÃO 8		NÍVEIS						
EFICÁCIA								
19.	O seu Dentista usa roupas limpas e faz uso de luvas, gorro e máscara?	Não se aplica	Sempre	Quase sempre	Não me lembro	Às vezes	Nunca	USOLUVGO _____
		0	5	4	3	2	1	
20.	Durante a extração você sentiu algum desconforto do tipo, dor, pressão exagerada através das mãos do dentista ou fratura do dente?	Não se aplica	Senti total desconforto	Senti muito desconforto	Senti desconforto	Senti muito pouco desconforto	Não senti nada	EXTDESCO _____
		0	1	2	3	4	5	
21.	Durante as restaurações, tratamento de canal, raspagem gengival e confecção de prótese, você sentiu algum desconforto do tipo, dor ou pressão exagerada através das mãos do dentista?	Não se aplica	Não senti nada	Senti muito pouco desconforto	Senti desconforto	Senti muito desconforto	Senti total desconforto	RESDESCO _____
		0	5	4	3	2	1	
22.	Após a realização das restaurações, alguma ficou alta ou aranhando?	Não se aplica	Senti total desconforto	Senti muito desconforto	Senti desconforto	Senti muito pouco desconforto	Não senti nada	POSRESDE _____
		0	1	2	3	4	5	
23.	Com que frequência seu dentista lhe ensina como você deve se prevenir das doenças bucais?	Não se aplica	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca	ENSPREVD _____
		0	5	4	3	2	1	
DIMENSÃO 9		NÍVEIS						
EQUIDADE								
24.	De acordo com as suas necessidades de saúde bucal, você acha que elas estão sendo igualmente atendidas, do mesmo modo que as pessoas de classe social mais alta que a sua?	Não se aplica	Igualmente atendidas	Parcialmente atendidas	Não me lembro	Diferentemente atendidas	Não são atendidas	IGUATENC _____
		0	5	4	3	2	1	
DIMENSÃO 10		NÍVEIS						
ACEITABILIDADE								
25.	O aluno ou profissional lhe explica sobre o tratamento mais adequado ou mais correto para o seu problema de saúde bucal (extração, restauração, canal, colocação ou substituição de próteses)?	Não se aplica	Nunca me explica nada	Raras vezes me explica	Não me lembro	Na maioria das vezes me explica	Sempre me explica tudo	EXPTRATA _____
		0	1	2	3	4	5	
26.	O aluno ou profissional costuma pedir a sua opinião quanto ao melhor horário, ou o melhor dia da semana pra lhe atender?	Não se aplica	Sempre pede a minha opinião	Na maioria das vezes pede a minha opinião	Não me lembro	Raras vezes pede a minha opinião	Nunca pede a minha opinião	OPINHORA _____
		0	5	4	3	2	1	

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO

DETERMINANTES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM CAMPINA GRANDE – PARAÍBA:

Eu, _____, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa supracitado, sob responsabilidade da pesquisadora Renata de Andrade Cardoso Pinto Rocha, mestranda do curso de Odontologia (Área de concentração: Saúde Coletiva) da Faculdade de Odontologia de Pernambuco FOP-UPE.

Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que:

- 1) O objetivo da pesquisa é analisar os fatores que interferem no acesso aos serviços de Saúde Bucal na cidade de Campina Grande – PB;
- 2) Durante o estudo realizarei uma entrevista com a pesquisadora, com o fim de preencher um formulário;
- 3) Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 4) Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa, se assim o desejar e, por qualquer motivo, e estou ciente de que tal fato não irá alterar a qualidade nem os meus direitos quanto ao meu atendimento;
- 5) Todas as medidas serão tomadas para assegurar a confidencialidade e a privacidade de meus dados pessoais, e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, exposto acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada e apresentação em eventos científicos;
- 6) Poderei entrar em contato com membros da equipe de pesquisa no telefone (83) 33215288 ou (83) 93125236 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco – UPE para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone (81) 34164062 o qual tomará as medidas cabíveis.

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Voluntário (a)

RG _____

Assinatura da Pesquisadora

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

REITORIA DA UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO



Recife, 07 de fevereiro de 2006.

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
GERÊNCIA DE PROJETOS DE PESQUISA**

O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UPE

O Comitê, em reunião do dia 06/02/06 considerou **APROVADO**, o Projeto de pesquisa de N° 002/06, intitulado:

DETERMINANTES DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL EM CAMPINA GRANDE – PARAÍBA, que tem como pesquisador principal:

Prof: **PAULO SÁVIO ANGEIRAS DE GÓES**

RESUMO DO COMITÊ DE ÉTICA

O estudo não apresenta maiores riscos de agravos Éticos e está em consonância com as Resoluções do Conselho Nacional da Saúde, referentes às pesquisas que envolvem seres humanos, com a Declaração de Helsinque e com o Código de Nuremberg. Lembramos que o pesquisador principal tem por obrigação:

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/a do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após a análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Manter por 5 anos, para possível auditoria dos órgãos competentes, os dados individuais de todas as etapas da pesquisa.
4. Apresentar relatório parcial ao CEP em agosto 2006.
5. Apresentar relatório final (ou novo parcial com justificativa) em fevereiro 2007.
6. Divulgar os resultados do estudo nos locais onde o mesmo foi realizado.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Aurélio Molina
Coordenador da CPQ e CEPIUPE

BIBLIOTECA SETORIAL "MILTON LINS" – FCM

R672d Rocha, Renata de Andrade Cardoso Pinto
Determinantes de acesso aos serviços de saúde
bucal em Campina Grande - Paraíba / Renata de Andrade
Cardoso Pinto Rocha. - Camaragibe, 2006.
164 p. : il.

Dissertação (Mestrado). Faculdade de
Odontologia de Pernambuco. Universidade de
Pernambuco.

CDU 614:616.314

1. Saúde Pública – Odontologia
2. Saúde Coletiva – Odontologia
- I. Título

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)