



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**CAMPUS I**

**CENTRO CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**

**DEPARTAMENTO ODONTOLOGIA**

**MILENA FERREIRA DE LUCENA**

**CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO ÀS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM  
POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
CAMPINA GRANDE – PB.**

**CAMPINA GRANDE  
2019**

**MILENA FERREIRA DE LUCENA**

**CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO ÀS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM  
POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
CAMPINA GRANDE – PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-dentista.

**Orientador:** Prof. Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga

**CAMPINA GRANDE  
2019**

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

L935c Lucena, Milena Ferreira de.

Caracterização do acesso às ações de saúde bucal em população coberta pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande – PB [manuscrito] / Milena Ferreira de Lucena. - 2019.

34 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde , 2019.

"Orientação : Profa. Dra. Renata Cardoso Rocha Madruga , Departamento de Odontologia - CCBS."

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Serviços de Saúde Bucal. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Saúde bucal. I. Título

21. ed. CDD 617.601

MILENA FERREIRA DE LUCENA

**CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO ÀS AÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM  
POPULAÇÃO COBERTA PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM  
CAMPINA GRANDE – PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Departamento de Odontologia da  
Universidade Estadual da Paraíba, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Cirurgiã-dentista.

Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em: 27/11/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

Renata Cardoso Rocha Madruga

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata Cardoso Rocha Madruga (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Rilva Suely de C. Cardoso Lucas

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rilva Suely de Castro Cardoso Lucas  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Ítalo de Macedo Bernardino

Prof. Me. Ítalo de Macedo Bernardino  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

## AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pois foi ele que me sustentou, me mostrou o seu amor e o seu cuidado a cada dia desta graduação. Sua presença em minha vida é real, forte e bem perto, me fez superar as dificuldades que sozinha seria impossível.

Aos meus pais, Célio Lucena Barbosa e Vera Lúcia Ferreira Barbosa, que diante de todas as dificuldades e mesmo sem entender o que é realmente a vida acadêmica, sabiam que era importante e valioso para mim. E depois de muitos quilos de queijos vendidos pelo meu pai, de muitos pasteis fritos pela minha mãe, conseguiram me formar em Odontologia.

À minha irmã Monalisa que entrou comigo nessa instituição, ela em Farmácia e eu em Odontologia, enfrentamos e dividimos juntas as alegrias, dificuldades, frustrações, realizações que só um curso de graduação pode oferecer. Obrigada por persistir todos os dias junto comigo.

Ao meu irmão Danilo Ferreira de Lucena por todo apoio, que estudou e trabalhou esses cinco anos, para que eu e Monalisa pudéssemos estudar nosso curso em tempo integral e assim concluir. Chegou sua vez de se dedicar ao seu curso. Suas irmãs se formaram.

Ao meu noivo, Gerferson de Lima Araújo por todo apoio e ombro amigo durante os dias difíceis e que também comemorou comigo cada pequena conquista e me encorajava a sempre ir mais, dizendo sempre que eu sou capaz de chegar onde eu quiser. À sua família por todo apoio nesses anos, tornando-se a minha segunda família.

À minha Igreja Evangélica Comunidade Vida Nova, na pessoa da Pastora Mércia e meus líderes Rafael e Janaína, onde eu sempre encontro lugar para descansar dos dias difíceis e comemorar minhas vitórias, sem este lugar e essas pessoas tudo teria sido muito mais difícil. Aos meus amigos Lara e Ayrton que hoje engenheiros, mas que viveram as mesmas fases da vida acadêmica junto comigo.

À minha dupla Daniele Dantas, que chegou só na metade do curso, mas tenho a certeza que Deus já tinha este plano para nossas vidas, ela foi benção, foi aprendizagem, foi paciência, foi amiga e foi apoio na vida. A minha amiga Anne Kécia que desde o primeiro período esteve por perto para o que eu precisasse.

Às minhas amigas, Débora Ketley, Fernanda Julia e Sarah Medeiros. A companhia de vocês fazia os dias serem leves, os problemas pequenos e as clínicas divertidas. Agradeço por toda amizade e carinho.

Aos amigos que não estão mais na instituição, Amanda Barros, Moniky Ferreira, Rebeca Soares, Lydiane Dantas, Sheilla Darielly e a Diego Felipe, que está no mestrado. Vocês foram muito importantes na minha graduação. A experiência e orientações de vocês me ajudaram muito e a vida acadêmica de vocês me inspirou todos os dias.

Aos meus projetos de extensão, Doutores do Sorriso e Lincco por todo aprendizado. Aos meus grupos de pesquisa, incluído ao que deu origem a esse trabalho. Aprender a trabalhar com pesquisa foi extremamente valioso para mim.

Aos funcionários dessa instituição e aos professores que me cativaram e cativam até hoje, Professora Edja Maria, Ana Flávia, Jacinta, Amaro Lafaiete, Francineide, Armiliana, vocês deixaram marcas positivas que jamais apagará. A vocês todo meu reconhecimento, gratidão e respeito por grades mestres que vocês são.

Em especial à minha querida professora Rilva Suely, quem me acolheu no primeiro dia que estive no departamento de Odontologia. Foi você que me disse para aproveitar as oportunidades além das aulas da graduação, me falou sobre extensões e pesquisas e eu tive o prazer de participar de ambas ao seu lado. No meu coração tem muita gratidão e admiração por você.

À minha orientadora, professora Renata Rocha. Fui sua aluna, monitora de sua disciplina, participei do seu grupo de pesquisa e por fim minha orientadora de TCC. Me recebeu com muito carinho, me instruir e me orientou em todas essas fases. Minha gratidão.

## RESUMO

Este estudo deu continuidade aos trabalhos desta linha de pesquisa no estado da Paraíba com o objetivo de avaliar o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Campina Grande–PB. Tratou-se de um estudo quantitativo e analítico, transversal e de base populacional, no qual foi calculada amostra representativa da população adstrita na ESF no município. O estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob o número: 20260313.1.0000.5187. Para a coleta de dados, foi utilizado o Software Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal - AASSB de forma a se ter o formulário digital instalado em tablets, que contribuiu para facilitar o momento da coleta, transmissão e análise dos dados por meio do aplicativo Android. Os dados, após consolidados, e gerado respectivo banco em planilha Excel, foram importados para o software SPSS versão 20.0, e analisados, respectivamente, em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. Para análise do acesso efetivo aos serviços odontológicos públicos e privados, empregou-se o teste de qui-quadrado de Pearson. A amostra contou com o  $n= 571$ , no qual 438 (76,7%) eram do sexo feminino, com média de idade de 48,32 anos. Destes, 216 (60%) tinham renda de até um (01) salário mínimo e nível de escolaridade até o primeiro grau incompleto (33,3%). Apenas 50 (8,8%) pessoas receberam a visita na sua casa (visita domiciliar) do cirurgião-dentista. O percentual de indivíduos que procurou o serviço público, 274 (49,5%), foi muito próximo dos que procuraram cirurgiões-dentistas particulares ou de convênios/planos de saúde, ( $n: 273; 49,4\%$ ). O acesso amplo, aconteceu para 28,3 % da população. Verificou-se associação estatisticamente significativa obtendo então, a caracterização da amostra das pessoas que obtiveram acesso amplo às ações de SB: Adolescentes e jovens; solteiros; com renda familiar de 3 salários mínimos ou mais e com escolaridade elevada. Concluindo assim que, a maior parte da amostra foi composta por adultos de meia idade, mulheres, casadas. Menos da metade das pessoas procuraram os serviços odontológicos nos últimos dois anos. A visita domiciliar não foi uma prática constante dos Cirurgiões-dentistas das áreas avaliadas. A utilização do serviço público e particular foi equivalente e um pouco mais da metade da população obteve o acesso amplo da Saúde Bucal. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o tipo de acesso e a faixa etária, estado marital, renda mensal familiar e escolaridade.

**Palavras-Chave:** Estratégia Saúde da Família. Serviços de Saúde Bucal. Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde Bucal.

## ABSTRACT

This study continued the work of this research line in the state of Paraíba aiming to assess the access to dental services in areas covered by the Family Health Strategy (FHS) in Campina Grande-PB. This was a quantitative and analytical cross-sectional population-based study in which a representative sample of the population enrolled in the FHS of the city was calculated. The study was submitted for review by the Research Ethics Committee (REC) of Paraíba State University under number: 20260313.1.0000.5187. For data collection, the Access to Oral Health Services Assessment Software – AOHSA was used to have the digital form installed on tablets, which contributed to facilitate the time of data collection, transmission and analysis through the Android application. The data, after consolidated, and generated the respective Excel spreadsheet database, were imported into the AOHSA software version 20.0, and analyzed, respectively, in two steps: one descriptive and the other analytical. Frequency distributions of quantitative variables were made, to analyze the effective access to public and private dental services, the Mann-Whitney test was used. The sample included  $n = 571$ , in which 438 (76.7%) were female, with a mean age of 48.32 years. Of these 447 (78.3%) had no enrollment in minimum income programs, 216 (60%) had income of up to one (01) minimum wage and level of education was incomplete elementary school (33.3%). Regarding oral health 274 (48%) sought dental care in the last two (02) years. Only 50 (8.8%) people received a visit to their home (home visit) from the dentist. The percentage of individuals who sought the public service, 274 (49.5%), was very close to those who sought private or health insurance surgeons, 273 (49.4%). Broad access, characterized by the availability of health promotion and dental care actions, came to 59.2% of the population. A statistically significant association was found, thus obtaining a characterization of the sample of people who obtained broad access to BS actions: Adolescents and young people; single people; with family income of 3 or more and with high education. Most of the sample consisted of middle-aged adults, married, women. Less than half of people have sought dental services in the last two years. The home visit was not a constant practice of the dental surgeons of the evaluated areas. The use of public and private services was equivalent and slightly more than half of the population obtained broad access to oral health. There was a statistically significant association between type of access and age, marital status, monthly family income and education.

**Key words:** Family Health Strategy. Oral Health Services. Access to Health Services. Oral Health



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis dependentes, definição e operacionalização.....	16
Quadro 2 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.....	17

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Frequência e percentual das variáveis independentes (Sexo, Idade, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Casa/Moradia, Escolaridade) Campina Grande/ PB – 2019.....	20
Tabela 2 –	Frequência e percentual das variáveis independentes (Utilização dos serviços odontológicos, Avaliação do atendimento recebido, Avaliação das necessidades de saúde, Motivo para não procurar o serviço) Campina Grande – PB .....	22
Tabela 3 –	Frequência e percentual das variáveis independentes (Acesso à palestra, reunião com o tema SB; Acesso a Kits de escovação, material educativo ou ATF; Visita do ACS, ASB ou CD com orientações sobre SB) .....	23
Tabela 4 –	Frequência e percentual da variável dependente (Última visita ao dentista/Acesso a serviços odontológicos e cirurgião-dentista que geralmente usa/ Tipo de serviço) .....	25
Tabela 5 –	Grande acesso à Saúde Bucal .....	26
Tabela 6 –	Análise bivariada entre o tipo de acesso e as demais variáveis investigadas...	28

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASSB	Software Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal.
CD	Cirurgião-dentista.
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa.
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico.
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.
SPSS	Statistical Package for Social Science.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 MÉTODOS</b> .....	13
2.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO .....	13
2.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	13
2.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	13
2.3.1 Universo e população .....	13
2.3.2 Amostra .....	13
2.3.3 Critérios de inclusão e exclusão .....	13
2.3.4 Critério de perda .....	14
2.3.5 Critério de substituição.....	14
2.3.6 Coleta de dados.....	14
2.3.7 Abordagem aos participantes da pesquisa .....	14
2.3.8 Técnica utilizada.....	15
2.3.9 Instrumento de coleta de dados .....	15
2.3.10 Estudo piloto.....	15
2.3.11 Elenco das variáveis .....	16
2.3.11.1 <i>Variáveis Dependentes</i> .....	16
2.3.11.2 <i>Variáveis independentes</i> .....	16
2.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	18
2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	18
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	19
3.1 FASE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES .....	19
3.1.1 Descrição das Variáveis Independentes .....	19
3.2 FASE ANALÍTICA.....	26
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	30
REFERÊNCIAS .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

Acesso é um conceito complexo que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto. Alguns autores, como Donabedian (1973), empregam o substantivo acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso, que seria o ato de ingressar, entrada. E até um mesmo autor com o passar dos anos muda a forma de entender acesso como Donabedian em 2003, uniu ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Souza et al (2008) entendem que a diferença existe no âmbito onde, a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, já o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde.

As desigualdades de acesso e os determinantes que influenciam na falta de acesso a saúde são temas de discussões que envolvem políticas públicas em diversas partes do mundo. As desigualdades no acesso à saúde estão ligadas diretamente aos cenários políticos nacionais, às políticas sociais e econômicas e a fenômenos como globalização e crescimento econômico (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser entendidos como aqueles fatores relacionados: 1. À necessidade de saúde; 2. Aos usuários (características demográficas, geográficas, socioeconômicas, culturais (religião) e psíquicas); 3. Aos prestadores de serviço; 4. Organização e recursos disponíveis e 5. A política (TRAVASSOS et al., 2000).

Ao entrarmos na Atenção básica, coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde em 2012 entende que o acesso tem dois componentes: a. O acesso geográfico, que envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado a saúde e b. O acesso sócio organizacional, que inclui características e recursos que facilitam ou impossibilitam as pessoas em receber os cuidados em saúde.

As características do acesso sócio organizacional podem ser entendidas, como por exemplo, a forma de marcação de consulta; o horário de funcionamento da Unidade de Saúde; o intervalo de tempo entre marcar e consultar; o tempo médio gasto na sala de espera e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando o serviço de saúde não está disponível (BRASIL, 2018).

Outros fatores como a facilidade de acesso para idosos e portadores de deficiências físicas; as resistências relacionadas a gênero; as acomodações; a aceitabilidade das diferenças culturais; a disponibilidade de horário para consultas de intercorrência; para visitas domiciliares; a oferta de cuidados para grupos que não procuram espontaneamente o serviço e a busca ativa, também podem contribuir facilitando ou impedindo o acesso (BRASIL, 2018). Desta forma, o acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (SOUZA et al., 2008).

Entendendo assim, que o conceito de acesso não pode estar apenas centrado na entrada física dos usuários nos locais de atendimento, se o acesso diz respeito à pluralidade da forma pela qual os usuários experimentam os serviços de saúde ou o modo como consome procedimentos. Para produzir a ampliação do acesso, deve-se superar a naturalização da centralidade nas demandas terapêuticas características do modelo clínico-biomédico. No caso da saúde bucal, isto significa ultrapassar as práticas discursivas centradas no elemento dentário e na boca, pelo investimento na transformação das micropolíticas da gestão dos processos de trabalhos, ou seja, os cuidados em saúde bucal devem estar inseridos num conceito amplo de saúde que ultrapassa a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de promoção em saúde (BALDANI et al, 2010; BRASIL, 2018; WARMLING et al., 2019).

A Saúde Bucal é um importante componente da qualidade de vida. Mesmo assim, no Brasil, grande parte da população ainda não tem pleno acesso aos serviços odontológicos (BARROS; BERTOLDI, 2002). As Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) vêm mostrando um aumento na utilização dos serviços odontológicos pela população brasileira, porém, ainda perduram importantes desigualdades no acesso aos serviços (CHAVES et al., 2012).

Torna-se necessário, portanto, que as equipes de Saúde Bucal, em conjunto com os demais profissionais, reflitam sobre o acesso da população aos serviços ofertados e sobre os possíveis fatores que possam favorecer ou dificultar a entrada do usuário nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2018). Estudos que visem entender os principais aspectos que influenciam no acesso dos usuários ao serviço de saúde de uma determinada região, torna-se um dispositivo de reorganização do processo de trabalho e planejamento das equipes de saúde. Após uma revisão crítica da literatura, foram encontrados poucos trabalhos abordando este tema em áreas cobertas pela ESF. Desta forma, este Trabalho de Conclusão de

Curso deu continuidade aos estudos desta linha de pesquisa no estado da Paraíba e avaliou o acesso aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela ESF em Campina Grande–PB.

## **2 MÉTODOS**

### **2.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO**

Tratou-se de um estudo quantitativo e analítico, no qual foi usado o método epidemiológico, com um desenho do tipo transversal, de base populacional. Também conhecido como seccional. No entanto, os dados coletados foram comparados aos dados obtidos em estudos anteriores (ROCHA, 2009; GOMES, 2014; LIMA 2017), passando, assim, a se tornar um estudo de série temporal.

### **2.2 LOCALIZAÇÃO DO ESTUDO**

A pesquisa foi desenvolvida no município de Campina Grande- PB, estado da Paraíba, região Nordeste do Brasil com uma amostra representativa da população adstrita à Estratégia Saúde da Família com cobertura de Saúde Bucal.

### **2.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

#### **2.3.1 Universo e população**

Moradores de áreas cobertas pela ESF no município de Campina Grande – PB, com idade acima de seis anos.

#### **2.3.2 Amostra**

Foi calculada amostra representativa da população adstrita a ESF no município. 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 Odds Ratio (Razão de Chances) de 1.5, com um erro de 2,0%. A técnica de seleção da amostra foi em múltiplo estágio, seguindo o fluxo: setores censitários, domicílios e indivíduos, considerando as áreas cobertas pela ESF. Sendo os setores censitários considerados como primeiro estágio e os domicílios com seus respectivos moradores, o segundo estágio. Este cálculo foi feito para as pesquisas anteriores em 2009 e 2014 e foi retomada em 2019, voltando aos mesmos domicílios selecionados anteriormente segundo os critérios.

#### **2.3.3 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos neste estudo os indivíduos cadastrados na UBS do bairro de

residência, com idade igual ou superior a 06 anos e foram excluídos os indivíduos que se recusaram a participar da pesquisa.

#### 2.3.4 Critério de perda

Foram consideradas perdas as residências que se encontravam fechadas/abandonadas ou que permaneciam fechadas após três (03) retornos consecutivos em horários distintos.

#### 2.3.5 Critério de substituição

Para que o número de respondentes fosse próximo ao n dos estudos anteriores (ROCHA 2009; GOMES 2014), foi adotado um critério de substituição. Caso a pessoa que respondeu o instrumento na pesquisa passada não fosse encontrada, tivesse mudado do endereço ou falecido, seria substituído por outro respondente que morasse no mesmo endereço com idade semelhante ou próxima da idade do primeiro respondente quando foi feita a entrevista.

#### 2.3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados 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 aos Sistema Único de Saúde (Estratégias de Saúde da Família) em sua delimitação e/ou que forem considerados cobertos pela ESF com ESB.

#### 2.3.7 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 - TCLE que seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), permitindo sua inclusão na amostra. Para aqueles menores de idade, o TCLE foi fornecido pelo responsável pelo menor. Foi garantido sigilo em relação à identidade dos participantes, no entanto, também foi avisado previamente que os dados da pesquisa serão apresentados em Congressos, Encontros de pesquisa, jornais e/ou revistas científicas do país ou do exterior, obedecendo ao Código de Ética Odontológica. Em todo momento da pesquisa (estudo piloto e pesquisa propriamente dita) foi utilizado pelos pesquisadores crachá de identificação junto aos informantes, possibilitando assim, maior



segurança para os participantes da pesquisa de estar tratando com indivíduos credenciados para realizar o trabalho e facilitar a entrada dos pesquisadores no domicílio. Em todos os bairros em que a investigação foi realizada, um contato prévio com as Equipes da ESF foi feito, no intuito de apresentação do trabalho proposto, reconhecimento da área a ser investigada e disponibilizar o acesso dos entrevistadores ao local da pesquisa.

#### 2.3.8 Técnica utilizada

A técnica foi a de observação direta intensiva através de formulário (entrevista padronizada ou estruturada) utilizando o Software AASSB – Avaliação do Acesso aos Serviços de Saúde Bucal. A entrevista e o uso do formulário digital apresentam a vantagem de serem utilizados com todos os segmentos da população: alfabetizados ou não (LAKATOS; MARCONI, 1996).

#### 2.3.9 Instrumento de coleta de dados

Para este estudo foi utilizado o formulário PNAD- 2003 (IBGE, 2005) e instrumento utilizado por (GOES, 2001) todos previamente validados e consolidados no formato digital no software AASSB.

#### 2.3.10 Estudo piloto

Foi realizado um estudo piloto com o objetivo de treinar os pesquisadores e realizar alguns ajustes quanto à objetividade e clareza das perguntas da entrevista, podendo então ser adequado, porém não se verificou a necessidade de alterar o instrumento.

O controle de qualidade dos dados foi realizado através de análise de reprodutibilidade (teste e re-teste), que teve por finalidade medir o grau de correlação e concordância das respostas dadas em dois momentos diferentes e validade dos dados coletados. Para realizar esta avaliação os indivíduos foram re-entrevistados, no prazo de 48 horas até no máximo uma semana após aplicação do primeiro questionário, utilizando-se para isto as correlações de Spearman e Pearson para as variáveis ordinais e a aplicação do teste de kappa, para variáveis dicotômicas. Nessa etapa foram sorteados, aleatoriamente, 72 indivíduos participantes da pesquisa de um mesmo bairro.

### 2.3.11 Elenco das variáveis

#### 2.3.11.1 Variáveis Dependentes

#### **Acesso à Saúde Bucal**

O acesso à Saúde Bucal foi estabelecido a partir dos indivíduos que responderam ter consultado o dentista nos últimos (02) dois anos à época da entrevista. Considerando o debate em torno do conceito de utilização/acesso aos serviços de saúde; foi estabelecida, a partir desta variável, uma nova variável, em que foi considerada além da utilização de serviços odontológicos, medida através da variável anterior, a participação em ações de promoção de saúde, tais como: ter participado de alguma reunião, palestra com o tema Saúde Bucal, ter recebido algum Kit de escovação dentária, ter sido orientado quanto à escovação ou uso do flúor, ou ainda, ter recebido a visita domiciliar de algum Cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal ou agente comunitário de saúde abordando questões do autocuidado em saúde bucal ou ambas situações (ações de Promoção e utilização de serviços odontológicos). O período dos (02) dois últimos anos foi estabelecido considerando o tempo de referência utilizado em estudos anteriores desenvolvidos no município de Campina Grande – PB (ROCHA, 2009; GOMES, 2014; LIMA, 2017).

Quadro 1 – Variáveis dependentes, definição e operacionalização.

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Acesso à Saúde Bucal.	Acesso às ações de Promoção de Saúde, como: reuniões, palestras, recebimento de Kits de escovação dentária, visita domiciliar do CD, ASB ou ACS e/ou a entrada do usuário ao serviço odontológico.	Instrumento utilizado na PNAD 2003 e por (GOES, 2001) e posteriormente transformado nas seguintes categorias: (1) Não teve acesso. (2) Acesso às ações de Promoção. (3) Utilização de serviço/assistência odontológica. (4) Acesso amplo às ações de Saúde Bucal.

#### 2.3.11.2 Variáveis independentes

Sexo, idade, estado marital, renda, cadastro em programa de renda mínima, escolaridade, tipo de serviço, episódio de dor de dente na vida e nos últimos seis (06) meses e autopercepção de saúde bucal.

Quadro 2 – Variáveis independentes, definição e operacionalização.

VARIÁVEL	DEFINIÇÃO	OPERACIONALIZAÇÃO
Sexo	Distinção dos seres vivos em relação à função reprodutora.	1) Masculino 2) Feminino
Idade	Anos completos no período do estudo.	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.	Categorizada após a obtenção dos dados.
Cadastro em Programa de Renda Mínima	O indivíduo possui cadastro em algum programa de renda mínima.	1) Sim 2) Não
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.
Utilização do Serviço de Saúde Bucal	Utilização do Serviço de Saúde Bucal nos dois últimos anos	1) Sim 2) Não
Tipo de serviço	Classificação do serviço ofertado.	1) Particular 2) Plano de Saúde/ Convênio 3) Público (UBS) 4) Público (no Centro de Saúde) 5) Público (na Faculdade de Odontologia) 6) Público no Hospital Universitário (HU) 7) Público (outros: carro móvel, campanhas políticas). 8) Não sei, não lembro.

## 2.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0, que ocorreu em duas etapas: uma descritiva e outra analítica. Foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas. Para análise do acesso efetivo aos serviços odontológicos públicos e privados, empregou-se o teste de qui-quadrado de Pearson.

## 2.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob o número: 20260313.1.0000.5187. Normalmente, os levantamentos se enquadram na modalidade de risco mínimo de acordo com a Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012b), havendo a necessidade de se obter um termo de consentimento por parte do sujeito ou responsável. Os participantes do estudo foram entrevistados, garantindo o sigilo da informação e foi desautorizada qualquer forma de coação ou pressão pela participação voluntária por parte desse indivíduo.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o cálculo amostral foi verificado que o número de entrevistados deveria ser de 640 indivíduos, tendo ocorrido uma perda de 10,79% (n=72), referentes às residências que se encontravam fechadas após três (03) visitas consecutivas e às recusas. A amostra final (n) foi constituída por 571 respondentes. Como o número de perda não ultrapassou os 20% do número inicial, considera-se a amostra final (n) satisfatória.

#### 3.1 FASE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES

##### 3.1.1 Descrição das Variáveis Independentes

Após análise da amostra estudada, foi observado que em relação ao sexo 438 pessoas eram do sexo feminino (76,7%). Quanto à idade foi visto que o valor médio foi de 48,32 (Desvio-padrão: 20,17), desta forma 179 entrevistados estavam na faixa etária correspondente a “Adultos em fase reprodutiva”, ou seja, entre 25 e 49 anos. Com relação ao estado civil (marital) dos entrevistados, obteve-se um total de 299 (52,4%) casados ou com “união estável”. Em relação aos indicadores sócioeconômicos, observou-se que a maioria, (n: 447; 78,3%), não possuía cadastro em programas de renda mínima e que houve prevalência de 216 pessoas (60,0%) com renda individual constituída por até um (01) salário mínimo. (Tabela 1).

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos como em Rocha (2009) e Santiago et al (2013) Os usuários das Unidades Básicas de Saúde têm como perfil predominante serem do sexo feminino, jovens e com baixa escolaridade. O elevado percentual de indivíduos do sexo feminino demonstra a importância das mulheres como usuárias das UBS's. Acredita-se que a menor participação dos indivíduos do sexo masculino é decorrente por um lado, de um maior vínculo com o trabalho nesta faixa etária produtiva (SANTIAGO et al. 2013).

O nível de escolaridade nesta pesquisa, em sua maioria (33,3%) é formado por pessoas com até o primeiro grau incompleto (Tabela 1), assim como no estudo de Sória et al (2019) que também avaliou o acesso aos serviços de saúde bucal. No que se refere à moradia, 79,2% possuía casa própria. (Tabela 1).

TABELA 1- Frequência e percentual das variáveis independentes (Sexo, Idade, Estado Marital, Renda do Respondente, Renda Familiar, Casa/Moradia, Escolaridade) Campina Grande/ PB – 2019.

Variáveis independentes	Total	
	n	%
<b>Sexo [571]</b>		
Masculino	133	23,3
Feminino	438	76,7
<b>Idade [571]</b>		
Média: 48,32		
Desvio-padrão: 20,17		
<b>Estado marital [571]</b>		
Solteiro - não mora com ninguém	159	27,8
Casado - mora com alguém	299	52,4
Divorciado	44	7,7
Viúvo	69	12,1
<b>Cadastro em algum programa de renda mínima [571]</b>		
Sim	124	21,7
Não	447	78,3
<b>Renda mensal do respondente [360]</b>		
<1/2 SM	53	14,7
1/2 SM	33	9,2
1 SM	216	60,0
2 SM	44	12,2
3 SM	9	2,5
4 SM	1	0,3
5 SM ou mais	4	1,1
<b>Renda mensal familiar [571]</b>		
<1/2 SM	33	5,8
1/2 SM	35	6,1
1 SM	265	46,4
2 SM	166	29,1
3 SM	43	7,5
4 SM	17	3,0
5 SM ou mais	12	2,1
<b>Casa/Moradia [571]</b>		
Alugada	60	10,5
Emprestada	17	3,0
Cedida	25	4,4
Invadida	1	0,2
Própria	452	79,2
Própria em aquisição (financiada)	16	2,8
<b>Escolaridade [571]</b>		
Analfabeto	45	7,9
Primeiro grau incompleto	190	33,3
Primeiro grau completo	94	16,5
Segundo grau incompleto	79	13,8
Segundo grau completo	124	21,7
Universidade incompleta	21	3,7
Universidade Completa	14	2,5
Pós-Graduação	4	0,7

Fonte: Dados da pesquisa.

### **Descrição da demanda aos serviços odontológicos/Utilização dos serviços de saúde**

Dos 571 entrevistados apenas 274 (48,0%) precisaram utilizar o serviço odontológico no período dos dois últimos anos, sendo um número menor do que no estudo de Gomes (2014) 54,8% e ainda menor que em Rocha (2009) 62,3%. Este número nos alerta, pois quando se refere à falta de acesso, isto pode ser atribuído principalmente à baixa procura de serviços de saúde bucal por parte dessa população (SÓRIA et al, 2019), visto que, menos de 50% dos entrevistados buscaram o serviço. Isto pode ser reafirmado pelos dados que foram obtidos quando perguntado o porquê de não ter buscado o serviço de saúde bucal. Daqueles que não procuraram o serviço, 161 (54,2%) afirmaram não tê-lo feito por acreditar que não existia necessidade, e apenas 22 (7,4%) por não ter dinheiro e por outros motivos 76 (25,6%). Estes outros motivos estiveram mais associados a edêntulos que acreditavam não haver a necessidade de ir ao consultório odontológico, devido a condição de ausência de todos os dentes (Tabela 2). Com estes dados podemos observar que a consulta odontológica para prevenção de doenças não é uma prática vivenciada pelos entrevistados.

Aqueles que buscaram o serviço de saúde, 69,5% consideraram o atendimento recebido como “bom” e 18,2% “muito bom”. Quando perguntados se as necessidades foram plenamente satisfeitas 88,0% afirmaram estar “satisfeito”, “muito satisfeito” ou “totalmente satisfeito” com o atendimento recebido (Tabela 2).

TABELA 2 – Frequência e percentual das variáveis independentes (Utilização dos serviços odontológicos; Motivo para não procurar o serviço) Campina Grande – PB.

Variáveis independentes	Total	
	n	%
<b>Nos últimos dois anos, precisou utilizar serviço odontológico ou profissional de saúde (dentista) para atendimento relacionado à própria saúde?[571]</b>		
Sim	274	48,0
Não	297	52,0
<b>Nos últimos dois anos, por que motivo não procurou o serviço de saúde? [297]</b>		
Não houve necessidade	161	54,2
Não tinha dinheiro	22	7,4
O local do atendimento era distante ou de difícil acesso	1	0,3
Dificuldade de transporte	1	0,3
Horário incompatível	7	2,4
O atendimento é muito demorado	3	1,0
O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades	2	0,7
Achou que não tinha direito	1	0,3
Não tinha quem o(a) acompanhasse	2	0,7
Não gostava dos profissionais do estabelecimento	6	2,0
Greve nos serviços de saúde	15	5,1
Outro motivo	76	25,6

Fonte: Dados da pesquisa.

### **Qualificação do acesso aos serviços odontológicos/ saúde bucal.**

Foram investigados os indivíduos que tiveram acesso a alguma atividade educativa, palestra, reunião em que fossem enfocados temas sobre saúde bucal, tendo sido verificado um percentual de 44,1% daqueles que afirmaram ter participado de um momento como este. Quando questionados sobre o recebimento de algum kit de escovação dentária (creme dental e/ou escova), ou algum material educativo (folder), ou ainda, se participaram de alguma atividade de aplicação tópica de flúor (ATF), 437 pessoas (76,5%) responderam negativamente ao questionamento (Tabela 3).

Avaliou-se, ainda, se o indivíduo havia recebido Visita Domiciliar com orientações sobre cuidados com a Saúde Bucal. Verificou-se que apenas 50 indivíduos (8,8%) haviam recebido tal visita (Tabela 3). Em Gomes (2014) 12,4% das pessoas receberam a visita



domiciliar e em Rocha (2009)16,7%. Pode-se então observar que a visita domiciliar é uma prática quem vem sendo preterida pelos cirurgiões-dentistas com o passar dos anos.

A visita domiciliar é atividade importante e obrigatória de todos os profissionais das Equipes da Saúde da Família, inclusive do CD. Quando o CD está atuando em uma UBS na qual há equipe da ESF, o Agente Comunitário de Saúde pode ser um profissional a contribuir com as ações de Saúde Bucal, pois este é o profissional da equipe mais envolvido com o território e a comunidade. Este deve estar capacitado para identificar situações de maior vulnerabilidade e que estejam relacionadas com risco de desenvolvimento dos principais agravos de Saúde Bucal. Portanto, compete à equipe de Saúde Bucal a organização do trabalho com o Agente Comunitário de Saúde, visando desenvolver atividades de promoção da saúde e de prevenção das doenças por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade (BRASIL, 2018; GIACOMOZZIL, LACERDA 2006).

TABELA 3- Frequência e percentual das variáveis independentes (Acesso à palestra, reunião com o tema SB; Acesso a Kits de escovação, material educativo ou ATF; Visita do ACS, ASB ou CD com orientações sobre SB).

Variáveis independentes	Total	
	n	%
<b>Teve acesso a alguma palestra, reunião que fossem enfocados temas sobre saúde? [571]</b>		
Sim	252	44,1
Não	314	55,0
Não sei, não me lembro	5	0,9
<b>Recebeu algum kit de escovação dentária (creme dental e/ou escova), material educativo (folder) ou aplicação tópica de flúor? [571]</b>		
Sim	132	23,1
Não	437	76,5
Não sei, não me lembro	2	0,4
<b>Já recebeu a visita na sua casa (visita domiciliar) do dentista, auxiliar de consultório dentário ou agente comunitário de saúde (ACS) orientando sobre saúde bucal? [571]</b>		
Sim	50	8,8
Não	519	90,9
Não sei, não me lembro	2	0,4

Fonte: Dados da pesquisa.

### Descrição da demanda aos serviços odontológicos

Evidenciou-se que 291 pessoas (51,0%) visitaram o CD há três (03) anos ou mais, enquanto 183 pessoas (32,0%) há menos de um (01) ano. Ressalta-se, ainda, que 16 pessoas

(2,8%) responderam nunca terem ido ao dentista, um número menor que em Rocha (2009) que foi de 6,3% (Ver tabela 4).

Na pesquisa de Rocha (2009), em relação ao tipo de serviço odontológico utilizado, obteve-se um número de indivíduos que procurou o serviço público (53,5%) um pouco além dos que procuraram os particulares (45,5%), porém nesta pesquisa, o percentual de indivíduos que procurou o serviço público, 274 (49,5%), foi muito próximo do que os que procuraram CD particulares ou de convênios/planos de saúde, 273 (49,4%), já no estudo de Barros e Bertoldi (2002) uma diferença maior é observada, no qual 69% dos usuarios de serviços odontológico utilizaram o serviços particulares (Tabela 4).

Daqueles que utilizaram o serviço público, 262 pessoas tiveram acesso ao CD da UBS, enquanto 12 pessoas usaram o serviço odontológico público de outros setores, como: Centros de saúde, Faculdade de Odontologia, Hospital Universitário, outros serviços sem ônus, como: carros móveis, campanhas políticas (ver Tabela 4).

No levantamento SB Brasil em 2010, 41,8% dos entrevistados na faixa etária de 35 a 44 anos, adultos jovens, que foram mais prevalentes neste estudo, na região do nordeste, buscaram atendimento odontológico em serviço particular, a renda salarial desta pesquisa também consta que 51,1% dos participantes possuíam como renda um salário mínimo. É importante ressaltar que mesmo os participantes da pesquisa estando em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família e com renda familiar não tão favorável, buscaram atendimento no setor privado em detrimento do setor público, o que mostra uma possível falha neste setor, devendo ser investigado o porquê desta escolha.

TABELA 4 – Frequência e percentual da variável dependente (Última visita ao dentista/Acesso a serviços odontológicos e cirurgião-dentista que geralmente usa/ Tipo de serviço).

Variáveis independentes	Total	
	n	%
<b>Quando foi ao dentista pela última vez [571]</b>		
Menos de 1 ano	183	32,0
De 1 a 2 anos	81	14,2
3 anos ou mais	291	51,0
Nunca foi ao dentista	16	2,8
<b>Qual o tipo de serviço odontológico que geralmente usa [553]</b>		
Particular	236	42,7
Plano de saúde/ convênio	37	6,7
Público (na UBS)	262	47,4
Público (no Centro de Saúde)	4	0,7
Público (na Faculdade de Odontologia)	4	0,7
Público (no Hospital Universitário)	1	0,2
Público (outros - carro móvel, campanhas políticas)	3	0,5
Não sei, não lembro	6	1,1

Fonte: Dados da pesquisa.

### Descrição do grande acesso à Saúde Bucal

O acesso amplo à Saúde Bucal é caracterizado pela disponibilidade de ações de promoção à saúde e assistência odontológica para população, porém nem todos os indivíduos possuem os dois tipos de acesso. Dessa forma, os usuários possuem diferentes graus de acesso, neste estudo foi considerado: 1- O não acesso a qualquer atividade voltada a Saúde Bucal (n: 149/ 26,51%), 2- O acesso apenas as ações de promoção à saúde (n:151/ 26,86%), 3- Acesso a assistência odontológica propriamente dita (n: 103/ 18,32%) e o 3- Acesso amplo a todas as atividades que caracterizam o acesso a Saúde Bucal, sendo este o grande acesso que foi verificado que 159 pessoas (28,29%). Neste estudo uma porcentagem ainda menor de pessoas que obtiveram o acesso amplo, do que no estudo de Rocha (2009), que foi de 42,0%.

No Brasil, a Odontologia foi remodelada como forma de reorientar o modelo assistencial curativo e mutilador, centrado nas restaurações e extrações dentárias, e, sobretudo, com ações preventivas focadas em escolares (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011; MARTELLI et al., 2010). Dentre os avanços na saúde bucal no país, destaca-se a implementação da Política Nacional de Saúde –Brasil Sorridente, a inserção das Equipes de Saúde Bucal, e, também, a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), buscando a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e um cuidado pautado na

promoção à saúde (AQUILANTE; ACIOLE,2015; BRASIL, 2004). A ESF foi implantada em Campina Grande em 1994. Em março de 2003, foram implantadas dez ESB, porém em 16 anos após a implantação das ESB 26,51 % dos entrevistados não obtiveram acesso à serviços de Saúde Bucal.

Desta forma, entende-se que a atuação da ESB não deve se limitar exclusivamente ao trabalho técnico–odontológico. O conceito ampliado de saúde, definido no artigo 196 da Constituição da República orienta a uma mudança progressiva dos serviços, evoluindo de um modelo assistencial centrado na doença para um modelo de atenção integral à saúde, em que haja a inserção de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação, que incluem trabalhar com abordagens sobre os fatores de risco ou de proteção simultâneos tanto para doenças da cavidade bucal quanto para outros agravos (diabete, hipertensão, obesidade, trauma e câncer), incentivando políticas de alimentação saudável para reduzir o consumo de açúcares, abordagens coletivas de incentivo ao autocuidado com a higiene corporal e bucal, política de eliminação do tabagismo e de redução de acidentes (BRASIL 2004).

Tabela 5 – Grande acesso à Saúde Bucal.

Variáveis	Total	
	n	%
<b>Não teve acesso</b>	149	26,51
<b>Acesso às ações de promoção a saúde bucal</b>	151	26,86
<b>Acesso à assistência odontológica</b>	103	18,32
<b>Acesso amplo as ações de saúde bucal</b>	159	28,29
<b>TOTAL</b>	562	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

### 3.2 FASE ANALÍTICA

#### **Associação Bi-variada entre as variáveis sócio-econômico-demográficas, percepção de saúde bucal e dor com o Acesso aos Serviços de Saúde Bucal.**

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o tipo de acesso e as seguintes variáveis: faixa etária ( $p < 0,001$ ), estado marital ( $p = 0,003$ ), renda mensal familiar ( $p = 0,007$ ) e escolaridade ( $p < 0,001$ ). O não acesso às ações de saúde bucal esteve mais associado a idosos com 65 anos ou mais de idade, viúvos, com renda de até meio salário mínimo e não alfabetizados, corroborando com o estudo de Rocha-Madruga (2017), no qual indivíduos com a mesma faixa de idade, mesma renda e escolaridade também esteve

associados a menor probabilidade de ter acesso aos serviços de saúde bucal.

Essas associações demonstram a possível relação entre melhores condições socioeconômicas, escolaridade e idade, com uma maior assistência de forma regular. A idade tem sido associada ao acesso aos serviços de saúde em diversos estudos, Travassos et al (2000); Rocha; Goes (2008); Dias-da-Costa et al (2011); Oliveira et al (2014) , fortalece teoria de que há redução no acesso a esses serviços com o avanço da idade. Segundo Barros e Bertoldi (2002), essa descoberta pode ser explicada, pois indivíduos mais jovens em grupos mais privilegiados podem pagar pelos os serviços de saúde, tendo assim acesso mais rápido pelo serviço privado, enquanto o acesso aos serviços de saúde entre os grupos mais pobres é mais limitado ao sistema público com o avançam da idade.

Pode-se então perceber que o acesso amplo está na faixa etária de jovens entre 15 a 24 anos, solteiros e com renda familiar de três salários mínimos ou mais. As Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD) ainda evidenciam que a população de maior renda apresenta melhores condições de acesso a estes serviços, especificamente aos privados (CHAVES et al., 2012). Assim como em Carreiro et al (2017), acredita-se que nessa perspectiva, é necessário avaliar os resultados da implantação de políticas de saúde, que buscam melhorar a condição de saúde e superar as desigualdades sociodemográficas na saúde bucal, considerando o acesso à assistência odontológica a todas as faixas etárias e nas diferentes condições socioeconômicas.

Mesmo este estudo tendo necessitado de respostas que deveriam ser rememoradas de situações vividas pelos entrevistados, podendo haver um viés de memória e outras pessoas terem falecido entre a pesquisa anterior (Gomes 2014) e esta. Esse estudo tratou-se de um estudo original, com um método replicável, utilizando de instrumentos validados, com resultados que podem ser comparados com estudos anteriores de sua linha e obteve-se poucas perdas (10,79)%.

Tabela 6 - Análise bivariada entre o tipo de acesso e as demais variáveis investigadas.

Variáveis	Tipo de acesso								Total	p-valor	
	Não teve acesso		Acesso as ações de promoção a saúde bucal		Acesso à assistência odontológica		Acesso amplo às ações de saúde bucal				
	N	%	n	%	n	%	n	%			n
<b>Sexo</b>											0,230
Masculino	40	30,5	28	21,4	21	16,0	42	32,1	131	100,0	
Feminino	109	25,3	123	28,5	82	19,0	117	27,1	431	100,0	
<b>Faixa etária</b>											< 0,001*
6 a 14 anos	4	9,3	15	34,9	7	16,3	17	39,5	43	100,0	
15 a 24 anos	4	8,9	11	24,4	7	15,6	23	51,1	45	100,0	
25 a 49 anos	32	18,1	31	17,5	56	31,6	58	32,8	177	100,0	
50 a 64 anos	52	30,8	48	28,4	25	14,8	44	26,0	169	100,0	
65 anos ou mais	57	44,5	46	35,9	8	6,2	17	13,3	128	100,0	
<b>Estado marital</b>											0,003*
Solteiro - não mora com ninguém	34	21,5	43	27,2	32	20,3	49	31,0	158	100,0	
Casado - mora com alguém	78	26,4	69	23,4	58	19,7	90	30,5	295	100,0	
Divorciado	13	30,2	10	23,3	8	18,6	12	27,9	43	100,0	
Viúvo	24	36,4	29	43,9	5	7,6	8	12,1	66	100,0	
<b>Cadastro em algum programa de renda mínima</b>											0,406
Sim	32	25,8	27	21,8	27	21,8	38	30,6	124	100,0	
Não	117	26,7	124	28,3	76	17,4	121	27,6	438	100,0	
<b>Renda mensal do respondente</b>											0,139
Até 1/2 SM	27	32,5	17	20,5	19	22,9	20	24,1	83	100,0	
1 SM	70	32,7	68	31,8	30	14,0	46	21,5	214	100,0	
2 SM	10	22,7	10	22,7	8	18,2	16	36,4	44	100,0	
3 SM ou mais	4	28,6	3	21,4	1	7,1	6	42,9	14	100,0	
<b>Renda mensal familiar</b>											0,007*
Até 1/2 SM	26	39,4	13	19,7	12	18,2	15	22,7	66	100,0	
1 SM	68	26,2	78	30,0	48	18,5	66	25,4	260	100,0	
2 SM	42	25,5	48	29,1	31	18,8	44	26,7	165	100,0	
3 SM ou mais	13	18,3	12	16,9	12	16,9	34	47,9	71	100,0	
<b>Casa</b>											0,305
Alugada	15	25,4	16	27,1	12	20,3	16	27,1	59	100,0	
Emprestada	5	29,4	4	23,5	5	29,4	3	17,6	17	100,0	
Cedida	5	20,0	10	40,0	4	16,0	6	24,0	25	100,0	
Invadida	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Própria	123	27,6	119	26,7	77	17,3	126	28,3	445	100,0	
Própria em aquisição (financiada)	1	6,7	1	6,7	5	33,3	8	53,3	15	100,0	
<b>Escolaridade</b>											< 0,001*
Analfabeto	22	48,9	16	35,6	1	2,2	6	13,3	45	100,0	
Primeiro grau incompleto	57	30,2	68	36,0	25	13,2	39	20,6	189	100,0	
Primeiro grau completo	26	28,0	27	29,0	17	18,3	23	24,7	93	100,0	
Segundo grau incompleto	19	25,0	20	26,3	15	19,7	22	28,9	76	100,0	
Segundo grau completo	20	16,4	16	13,1	40	32,8	46	37,7	122	100,0	

Universidade incompleta	2	10,5	3	15,8	3	15,8	11	57,9	19	100,0
Universidade Completa	2	14,3	1	7,1	2	14,3	9	64,3	14	100,0
Pós-Graduação	1	25,0	0	0,0	0	0,0	3	75,0	4	100,0

---

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: Teste qui-quadrado de Pearson; \* p < 0,05.

#### **4 CONCLUSÃO**

Após as análises dos dados coletados, o estudo apontou que a maior parte da amostra foi composta por adultos de meia idade, mulheres e em estado marital casado. A maioria dos indivíduos não possuía cadastro em programas de renda mínima, com renda de até um salário mínimo e com até o 1º grau incompleto. Observou-se também que a visita Domiciliar não foi uma prática constante dos Cirurgiões-dentistas das áreas avaliadas. A utilização do serviço público e particular foi equivalente, mesmo todos os entrevistados estando dentro da área coberta pela Estratégia de Saúde da Família com Equipe de Saúde Bucal e com renda familiar não tão favorável.

O Acesso amplo as ações de saúde bucal aconteceu para uma parte da população, porém está longe do desejado. Verificou-se associação estatisticamente significativa entre o tipo de acesso e as seguintes variáveis: faixa etária, estado marital, renda mensal familiar e escolaridade, obtendo então, a caracterização da amostra das pessoas que obtiveram acesso amplo às ações de SB: Adolescentes e jovens; solteiros; com renda familiar de 3 salários mínimos ou mais e com escolaridade elevada (pós-graduação).



## REFERÊNCIAS

- AQUILANTE, A.G.; ACIOLE, G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.
- BALDANI, M. H. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Revista Brasileira Epidemiologia.**, v. 13, n.1, p.150-162, 2010.
- BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 7, n.4, p. 709-717, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Da Política Nacional De Saúde Bucal. Brasília, 2004.
- BRASIL. **Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde.** Resolução de no. 466/2012. Brasília – DF. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.** – Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CARREIRO, Danilo Lima et al. Uso de serviços odontológicos de forma regular na população de Montes Claros, MG, Brasil. **Ciência saúde coletiva.** 22 (12) Dez 2017.
- CHAVES, S. C. L.; SOARES, F. F.; ROSSI, T. G. A.; CANGUSSU, M.C.T.; FIGUEIREDO, A.C.L.; CRUZ, D.N.; CURY, P.R. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17 n.11, p.3115-3124, 2012.
- DIAS-DA-COSTA JS, OLINTO MT, SOARES SA, NUNES MF, BAGATINI T, MARQUES M, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, RS, Brasil: estudo transversal. **Cad Saúde Pública.** 2011.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press; 1973.
- DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press, 2003.

FERREIRA, E.B; ABREU, T.Q.; OLIVEIRA, A.E.F. MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE BUCAL NO BRASIL: revisão de literatura. **Revista de Pesquisa em Saúde**, Maranhão, v. 12, n. 3, p. 37-42, set-dez, 2011.

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, 2001.

GOMES, D. E. W. **Avaliação do acesso efetivo aos serviços odontológicos em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família em município brasileiro**. Campina Grande: [s.n.], 2014. 63 p.

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

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm. [online]**. 2006, vol.15, n.4, pp.645-653.

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.

LIMA, T. B. B. **Monitoramento da Política Nacional de Saúde Bucal - Um estudo de série temporal da avaliação do acesso ao serviço de saúde bucal em Campina Grande - PB**. Campina Grande: [s.n.], 2017. 41 p.

MARTELLI, P.J.L. et al. Perfil do cirurgião-dentista inserido na Estratégia de Saúde da Família em municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 3243-3248, 2010.

OLIVEIRA, R.S. et al. Use of dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Olinda, Brazil. **Cad. saúde colet.** vol.22. Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014

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

ROCHA-MADRUGA RC, SOARES RSC, CARDOSO AMR, CAVALCANTI SDLB, GÓES PSA, CAVALCANTI AL. Access to Oral Health Services in Areas Covered by the Family Health Strategy, Paraíba, Brazil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, 2017.

SANCHEZ RM, CICONELLI RM. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;31(3):260–8.

SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2013.

SÓRIA, GS. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2019.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2008.

TRAVASSOS C, VIACAVA F, FERNANDES C e ALMEIDA CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2000.

WARMLING CM, BALDISSEROTTO J, ROCHA ET. Acolhimento & acesso de necessidades de saúde bucal e o agir profissional na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu). 2019.

## ANEXO – PARECER FAVORÁVEL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

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



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

**Pesquisador Responsável:** RENATA CARDOSO ROCHA MADRUGA

**CAAE:** 20260313.1.0000.5187.

**SITUAÇÃO DO PROJETO:** APROVADO.

**Data da 1 relatoria:** 31 de julho de 2013. Aprovado

**Data da aprovação da Emenda ao projeto:** 14/03/2017

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

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

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