

Comparação entre o uso de serviço odontológico público e privado por adultos do estado de São Paulo, Brasil

Comparison between the use of public and private dental care by adults of the state of São Paulo, Brazil

Emílio Prado da Fonseca¹

¹ Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP

Resumo

Introdução: O uso dos serviços de saúde representa o núcleo do funcionamento dos sistemas de saúde e estudos recentes mostram desigualdades na utilização dos serviços de saúde bucal por adultos. **Objetivo:** Comparar a utilização dos serviços odontológicos público e privado por adultos residentes no estado de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal constituído por amostra representativa de adultos residentes no estado de São Paulo. A variável dependente foi dicotomizada em uso público e privado. O teste ANOVA (Analysis of Variance) foi empregado para comparar as variáveis quantitativas dos indivíduos adultos que utilizaram os serviços público e privado/plano e o teste de Igualdade de Duas Proporções foi empregado para comparar as variáveis qualitativas. O nível de significância adotado foi de 0,05 e os intervalos de confiança foram construídos com 95% de confiança estatística. **Resultados:** Entre os 5.709 adultos entrevistados, 3.421 (59.92%) visitaram o serviço privado e 2288 (40.08%) o público. As variáveis quantitativas: idade, anos de estudo, CPO-D e número de pessoas residentes apresentaram significância estatística. As variáveis qualitativas: sexo, cor da pele, renda familiar, última visita ao dentista, motivo, satisfação com a condição bucal, condição periodontal e necessidade de prótese apresentaram diferenças na utilização do serviço público e privado/plano. **Conclusão:** Foram identificadas diferenças estatisticamente significantes entre fatores contextuais, individuais e de condição de saúde bucal na comparação da utilização de serviço odontológico público e privados por adultos.

Palavras-Chave: Adulto; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde; Saúde Bucal

Autor correspondente:

Emílio Prado da Fonseca

Endereço: Rua Vinte e um de abril, 1154, Divinópolis, Minas Gerais

Recebido em: 06/07/2017

Revisado em: 27/07/2017

Aceito em: 17/08/2017

Publicado em: 31/08/2017

Abstract

Introduction: The use of health services represents the core of health systems functioning and recent studies show inequalities in the use of oral health services by adults. **Aim:** compare the use of public and private dental services by adults living in the state of São Paulo. **Methods:** This is a cross-sectional epidemiological study consisting of a representative sample of adults living in the state of São Paulo. A dependent variable was categorized into public and private use. The ANOVA (Analysis of Variance) test was used to compare the quantitative variables of the usual times that used the public and private services / plans and the Equality of Two Proportions test for jobs to compare the qualitative variables. The lot of significance was adopted 0.05 and the confidence intervals were constructed with 95% statistical confidence. **Results:** Among the 5,709 adults interviewed, 3,421 (59.92%) were in private service status and 2288 (40.08%) the public. As quantitative variables: age, years of study, DMFT and number of resident people presented statistical significance. The qualitative variables: gender, skin color, family income, last visit to the dentist, reason, satisfaction with the oral condition, periodontal condition and need for prosthesis showed the use of public and private / flat service. **Conclusion:** We identified a statistically significant difference between contextual factors, individuals and oral health conditions when comparing the use of public and private dental services by adults.

Keywords: Adult; Health Services Accessibility; Health Services; Oral Health

Introdução

Estudos recentes mostram desigualdades na condição de saúde bucal e utilização dos serviços de saúde bucal por adultos¹⁻⁸.

A literatura aponta o uso dos serviços odontológicos como uma questão complexa e de difícil explicação, principalmente em países como o Brasil que seguem o modelo universal e o acesso aos serviços de saúde é um direito de todos os cidadãos capaz de produzir resultados concretos e de melhora da condição de saúde da população^{2,3,5-9}. Para enfrentar as iniquidades no acesso à saúde bucal, houve em 2004 a reestruturação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) com a ampliação e descentralização da rede assistencial mediante o aumento da oferta de serviços odontológicos públicos^{9,10}. Entretanto, estudos indicam que o acesso à saúde bucal está mais relacionado a fatores socioeconômicos, demográficos, individuais, e à capacidade de pagar pelo serviço do que aumento da oferta de serviços públicos odontológicos não especializados e especializados^{1-4,8,11-19}.

Nesse sentido, ainda que com direito de acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros, persistem as iniquidades em saúde^{9,13,15-19}. Em adultos brasileiros, na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, foram observadas prevalências de necessidade de tratamento dentário igual a 75.2%, destes, 7.1% nunca foram ao dentista, 22.7% foram a três anos ou mais anos, 15.8% motivados por dor e 38.3% utilizaram o serviço odontológico público²⁰. Estudo no estado de Minas Gerais mostrou que 31.8% dos adultos entrevistados usaram pela última vez o serviço odontológico público²¹.

Dessa forma, torna-se fundamental analisar o tipo de serviço utilizado pela população adulta, dado

que os serviços de saúde bucal devem ser bem estruturados para atender à demanda existente, e porque, no Brasil, os jovens possuem prioridades sobre adultos e idosos no atendimento odontológico público^{9,11,13,15,18}. Estudos sobre o uso de serviços odontológicos podem fornecer conhecimento necessário para compreender as razões pelas quais os indivíduos adultos procuram serviços públicos e para a formulação de políticas públicas mais adequadas para a realidade atual. No entanto, poucos estudos compararam o tipo de serviço odontológico utilizado (público ou privado) por adultos, mostrando que ainda existem questões a serem superadas sobre o assunto^{5,9,22}.

O objetivo deste estudo foi comparar o acesso aos serviços odontológicos público e privado por adultos residentes no estado de São Paulo, a partir do levantamento epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População do Estado de São Paulo (SB-SP) realizado em 2015.

Metodologia

Previamente ao início do projeto, o protocolo de pesquisa foi apreciado pela CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da FOP UNICAMP – Protocolo no 094/2015, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, relativa à pesquisa em seres humanos. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado e assinado por cada pessoa examinada no estudo, conforme explicitado no capítulo IV da Resolução CNS 196/96²³. Todas as recomendações referentes às variáveis da utilização de serviços de saúde foram pautadas nas recomendações do Projeto SB Brasil 2010²³.

Plano amostral

O delineamento do plano amostral foi elaborado por conglomerado em dois estágios de sorteio com probabilidades, proporcional ao tamanho da população (PPT), levando em consideração o peso amostral e o efeito de desenhos nas respectivas etapas de sorteio. O estado de São Paulo foi estratificado em 6 (seis) Macrorregiões (Macro) que serão denominados de domínios²³. Em cada domínio foram sorteados 33 municípios, denominados Unidades Primárias de Amostragem (UPA), com exceção da Macro I (Região Metropolitana da Capital) onde foram sorteados 12 municípios, além da capital²³. Os sorteios foram realizados com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT) populacional em cada um dos municípios. Na segunda etapa de sorteio foram sorteados 2 Setores Censitários (Unidade Secundária de Amostragem – USA) em cada município sorteado, também respeitando a probabilidade proporcional ao número de habitantes nos setores. Na cidade de São Paulo foram sorteados 36 USA (correspondendo a 18 pontos de coleta). Todos os domicílios do setor sorteado foram percorridos para o exame das pessoas nos respectivos grupos etários índices²³.

Grupo etário

O grupo etário utilizado neste estudo foi de 35 a 44 anos e é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como grupo padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos pelos efeitos gerais do tratamento prestado podem ser monitorados usando-se dados deste grupo etário²³.

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra foi definido baseado na estimativa da frequência, a variabilidade do problema a ser investigado e a margem de erro aceitável²¹. Todas essas estimativas provêm dos resultados do SB Brasil 2010, referentes à cidade de São Paulo (Macro 1-Capital e RMSP) e interior do Sudeste (para as demais Macros 2 a 6)²³. A cárie dentária foi utilizada como padrão de referência para o cálculo da amostra, conforme já utilizado nos dois últimos levantamentos nacionais e se deve ao fato de ainda ser o problema mais importante em saúde bucal²³. Contudo, para o SB SP 2015 utilizou-se também a base de cálculo dos dados de Condição Periodontal e Uso e Necessidade de Prótese dentária, tendo como parâmetros os resultados da Região Sudeste, obtidos no SB Brasil 2010²³. A fórmula para o cálculo do tamanho da amostra de examinados foi ajustada pelo tamanho da população adulta de referência do estado de São Paulo, segundo dados do Sistema de Projeção Populacional para os municípios do estado de São Paulo da Fundação SEADE²³. Para cálculo do tamanho da amostra para a cárie dentária foi utilizada a fórmula de cálculo amostral, proposto por Silva (1998), que considera os valores de média e desvio-padrão da

variável em estudo. Para o cálculo do tamanho da amostra da condição periodontal, uso de prótese e necessidade de prótese recorreu-se à equação proposta por Lwanga e Lemeshow (1991) para prevalências dos agravos, ajustado para o tamanho das populações. Agregou-se nessa equação o *deff* (efeito do desenho) e a taxa de não resposta, ajustando assim a fórmula do tamanho amostral com a finalidade de minimizar o efeito do sorteio por conglomerado em dois estágios, sendo 6.051 o número de adultos examinados²³.

Coleta dos dados

Esta pesquisa foi realizada exclusivamente em domicílios dos municípios sorteados nas seis macrorregiões do estado de São Paulo²³. Os domicílios visitados foram aqueles apenas dos setores censitários sorteados do município por meio da técnica de esgotamento com tamanho mínimo de amostragem para cada UPA²³. Pelo fato de ser inviável o sorteio simples dos domicílios tomando como base o município como um todo, estágios de sorteio por nível foram acrescentados, de modo a manter a base probabilística do estudo com sorteio de setores censitários como segundo estágio para, em seguida, proceder-se aos exames nos domicílios. Nesse sentido, o setor censitário é o que consideramos como campo de trabalho da equipe e, conceitualmente, pode ser definido como uma unidade territorial definida para orientar a distribuição espacial da população e se constituem em aglomerados de, em média, 300 domicílios com o sorteio dos setores realizado com probabilidade proporcional ao número de habitantes em cada um dos municípios²³.

Para o sorteio dos municípios, levou-se em consideração o tamanho de sua população, seguindo o princípio da probabilidade proporcional ao tamanho (PPT) da população nos municípios ou conglomerados, e cada município sorteado apresentou uma probabilidade de sorteio. Esse foi um fator de correção nas análises “peso amostral”, o qual foi calculado pelo inverso das expressões de probabilidade. A técnica do Esgotamento com tamanho mínimo de amostragem foi utilizada, onde todos os domicílios da USA (setor censitário) eram visitados seguindo o trajeto planejado, e foram examinados os indivíduos dos grupos etários do estudo²³. A coleta foi finalizada quando o n mínimo foi alcançado pelo grupo etário²³. Portanto, o cálculo do n mínimo levou em conta o tamanho amostral por Macro (n=951 para 35-44 anos). Em seguida, o n mínimo foi dividido por 30 (considerando-se teoricamente que é necessário um mínimo de 30 UPAS por Macro), chegando ao n mínimo para cada município: (n=32 para 35-44 anos)²³.

Treinamento e preparação das equipes

O treinamento e preparação das equipes seguiram as orientações de estudo de base nacional e a logística do trabalho de campo foi conduzida pela SES-SP com a participação dos articuladores das

DRS²¹. Esses fizeram os contatos com os gestores municipais e organizaram as oficinas de calibração de Cirurgiões-Dentistas (CD) e Auxiliares de Saúde Bucal (ASB). As equipes foram treinadas em Oficinas com duração de 16 horas, com objetivo de discutir a operacionalização das etapas do trabalho, as atribuições de cada participante e assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos²³. Utilizou-se a técnica de consenso, calculando-se na rodada final o coeficiente de Kappa, ponderado para cada examinador, grupo etário e agravo estudado, tendo o valor de 0,65 como limite mínimo aceitável²³. Os procedimentos de calibração foram planejados de modo a antecipar (simular) as condições que os examinadores encontrariam, sobretudo em relação aos diferentes grupos populacionais. Quanto à técnica de calibração, recomendou-se adotar a do consenso sem preocupação, portanto com comparações com um examinador-padrão e os registros considerados para os cálculos de erro interexaminadores foram obtidos no último dia do treinamento²³.

Seleção das variáveis de acesso

Para esse estudo, o acesso foi admitido o uso do serviço odontológico como o ato do indivíduo ter ou não consultado um dentista em algum momento da vida e é sustentada por meio da relação entre a oferta de serviços de saúde, demandas dos indivíduos e avaliação do cuidado recebido^{10,17}. Variáveis quantitativas contextuais, individuais e de condição de saúde bucal: idade, pessoas residentes (número de pessoas residentes na casa), anos estudados (total da anos estudados) e CPO-D (número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados). Variáveis qualitativas sociodemográficas, individuais e de condição de saúde bucal: sexo, etnia, renda familiar, quando consultou o dentista pela última vez, motivo da última consulta, satisfação com o tratamento, satisfação com a condição bucal e a condição periodontal (medida pela presença de sangramento, cálculo ou bolsa periodontal) e necessidade de prótese (superior ou inferior). Variável dependente: Onde foi a última visita: serviço público ou privado/plano de saúde. Os indivíduos que nunca visitaram o dentista, não souberam informar ou responderam que consultaram outros serviços odontológicos foram excluídos do estudo.

Resultados

Na tabela 1 são apresentados os resultados das medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas contextuais, individuais, condição de saúde bucal e os resultados do teste ANOVA. A análise da mediana permite afirmar que houve simetria na distribuição dos dados porque os resultados foram próximos da média. Entretanto, a variabilidade do CPO-D em relação à média, medida pelo desvio padrão, indica cautela na interpretação da homogeneidade nos achados.

Análise dos dados

O teste ANOVA (*Analysis of Variance*) foi empregado para comparar as variáveis quantitativas dos indivíduos adultos que utilizaram os serviços público e privado/plano de saúde. ANOVA é um teste paramétrico que compara médias utilizando a variância²⁴. Para a realização desse teste, os erros para cada observação precisam apresentar uma distribuição normal com média zero e variância constante²⁴. Assim, assumiu-se como hipótese nula (H_0) a igualdade entre as médias do uso do serviço público e privado/plano de saúde por adultos e diferença como hipótese alternativa (H_1)²⁴.

O teste de Igualdade de Duas Proporções foi empregado para comparar o uso do serviço odontológico público e privado para a distribuição da frequência relativa das variáveis qualitativas²⁴. O Teste de Igualdade de duas Proporções compara se a proporção de respostas de duas determinadas variáveis e/ou seus níveis é estatisticamente significantes²⁴. Dessa forma, admitiu-se como hipótese nula (H_0) a igualdade de proporções entre o uso do serviço público e privado/plano de saúde os grupos e diferença como hipótese alternativa (H_1). Os percentuais foram sempre calculados para o total de respostas válidas em cada variável.

O nível de significância adotado foi de 0,05, caso o valor encontrado seja superior a esse valor a hipótese nula (H_0) será a hipótese verdadeira, caso contrário a hipótese alternativa (H_1) será a hipótese verdadeira. Os intervalos de confiança foram construídos com 95% de confiança estatística. Ademais, pelo Teorema do Limite Central, uma amostragem superior a trinta sujeitos garante que a distribuição tende a uma distribuição Normal. Dessa forma, não houve a necessidade de testar a normalidade dos resíduos. As análises foram realizadas pelo programa PSPP para Windows versão 0.8.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número 111/2015 e seguiu a Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde relativa a pesquisa em seres humanos. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado e assinado por cada pessoa examinada no estudo.

O Coeficiente de Variação (CV) foi baixo para a variável idade, para as demais variáveis esse índice ficou abaixo de 50%. Esse fato demonstra baixa variabilidade e uma homogeneidade dos resultados. Nesse sentido, os resultados para os Intervalos de Confiança (IC) mostram que houve baixa variabilidade nos resultados e que o estudo possui alta precisão.

Em relação à comparação das médias de uso dos serviços odontológicos público e privado foi possível identificar diferenças estatisticamente significante

para as variáveis escolaridade, CPO-D e o número de pessoas residentes no imóvel. A média de anos de estudo foi maior para o serviço particular (9,83) do que

para o público. Porém, as maiores médias do índice CPO-D (16,24) e do número de residentes (4,05) foram para o serviço público.

TABELA 1. Comparação entre uso de serviço odontológico público e privado por adultos através do teste ANOVA, São Paulo, 2016.

Variável	n	Média	Mediana	Desvio Padrão	CV	IC=95%	P- valor
Idade							
Particular	3.421	39,52	39	3,17	8%	0,11	0,061
Público	2.288	39,36	39	3,18	8%	0,13	
Anos estudados							
Particular	3.314	9,83	11	3,82	39%	0,13	<0,001
Público	2.182	7,93	8	3,69	47%	0,15	
CPO-D							
Particular	3.421	15,84	16	6,76	43%	0,23	0,028
Público	2.288	16,24	16	7,08	44%	0,29	
Pessoas residentes							
Particular	3.418	3,83	4	1,44	38%	0,05	<0,001
Público	2.280	4,05	4	1,65	41%	0,07	

Na tabela 2, são apresentadas as prevalências e os resultados das comparações de utilização do uso dos serviços odontológicos público e privado pelo teste de Igualdade de Duas Proporções para variáveis socioeconômicas, demográficas e individuais. As mulheres visitaram mais o dentista que os homens, no serviço público a prevalência foi de 70,8% dos atendimentos. A cor da pele branca foi predominante tanto no serviço privado quanto no público. A visita ao serviço público foi mais prevalente para os adultos com menor renda familiar. Em relação ao tempo desde a última visita ao dentista, 19,7% visitaram o serviço público há três anos ou mais. A busca por tratamento foi a maior motivação no serviço particular que no

público para 47,1% e 39,6% dos adultos, respectivamente (p-valor <0,001). Porém, 24,7% e 14,2% das visitas ao serviços público foram motivadas por dor e extração, respectivamente, ao passo que, 27,5% das visitas ao serviço particular foram motivadas por revisão. Para 50,8% dos entrevistados consideraram “bom” o tratamento recebido na última visita ao serviço particular. Em relação aos adultos que visitaram o serviço público, 31,7% relataram insatisfação com a boca ou dentes (p-valor <0,001). Entretanto, 32,1% dos entrevistados que visitaram o serviço particular relataram satisfação com a condição bucal (p = 0,006).

TABELA 2. Comparação das variáveis contextuais e uso dos serviços odontológicos por adultos através do teste de Igualdade de Duas Proporções, São Paulo, 2016.

Variáveis	Particular		Público		P-valor
	n	%	n	%	
Sexo					
Feminino	2.259	66,0%	1.621	70,8%	<0,001
Masculino	1.162	34,0%	667	29,2%	<0,001
Cor da pele					
Amarela	34	1,0%	21	0,9%	0,773

Comparação entre o uso de serviço odontológico público e privado

Branca	2.270	66,4%	1.293	56,5%	<0,001
Indígena	5	0,1%	3	0,1%	0,882
Parda	880	25,7%	759	33,2%	<0,001
Preta	232	6,8%	212	9,3%	<0,001
Renda Familiar*					
Até 250	38	1,2%	57	2,8%	<0,001
De 251 a 500	78	2,5%	93	4,5%	<0,001
De 501 a 1.500	900	29,2%	954	46,5%	<0,001
De 1.501 a 2.500	1.080	35,0%	667	32,5%	0,059
De 2.501 a 4.500	722	23,4%	248	12,1%	<0,001
De 4.501 a 9.500	228	7,4%	27	1,3%	<0,001
Mais de 9.500	36	1,2%	7	0,3%	0,001
Quando Visitou					
Menos de 1 ano	1.940	57,3%	1.222	54,4%	0,035
Um a dois anos	873	25,8%	582	25,9%	0,903
Três anos ou mais	575	17,0%	442	19,7%	0,010
Motivo					
Dor	466	13,6%	563	24,7%	<0,001
Extração	284	8,3%	324	14,2%	<0,001
Outros	120	3,5%	44	1,9%	<0,001
Revisão	938	27,5%	446	19,6%	<0,001
Tratamento	1.608	47,1%	902	39,6%	<0,001
Satisfação com o tratamento					
Muito Ruim	56	1,6%	35	1,5%	0,758
Ruim	113	3,3%	64	2,8%	0,286
Regular	319	9,4%	210	9,2%	0,871
Bom	1.728	50,8%	1.095	48,2%	0,058
Muito bom	1.188	34,9%	868	38,2%	0,011
Satisfação com a boca / dentes					
Insatisfeito	908	26,7%	718	31,7%	<0,001
Indiferente	710	20,9%	487	21,5%	0,567
Satisfeito	1.091	32,1%	648	28,6%	0,006
Muito satisfeito	692	20,3%	411	18,2%	0,041

(*) Renda Familiar em reais

Em relação à condição de saúde bucal, todas as variáveis apresentaram diferença estatisticamente significativa na comparação entre o uso do serviço público e privado. (Tabela 3). O percentual de presença de sangramento gengival foi de 47,3 % para os entrevistados que utilizaram o serviço público. A presença de cálculo dental é um importante marcador de acesso ao serviço odontológico porque sua remoção mecânica depende da atuação do profissional dentista. Nesse sentido, foram identificadas altas prevalências de cálculo dental para ambos os tipos de serviço utilizado.

A presença de bolsa periodontal indica a severidade da doença em seu estágio inicial (bolsa rasa) e avançado (bolsa profunda), 25, 1% dos entrevistados que visitaram o serviço público apresentaram presença de bolsa rasa. A necessidade de prótese superior e inferior reflete o histórico das doenças, agravos, perdas dentais e a necessidade de tratamentos especializados e onerosos. Os achados indicam maiores prevalências de necessidade de reabilitação protética inferior.

TABELA 3. Comparação da condição de saúde bucal e uso dos serviços odontológicos por adultos através do teste de Igualdade de Duas Proporções, São Paulo, 2016.

Variáveis	Particular		Público		P-valor
	n	%	n	%	
Sangramento					
Ausência	1.998	60,2%	1.166	52,7%	<0,001
Presença	1.322	39,8%	1.048	47,3%	<0,001
Cálculo					
Ausência	1.541	46,4%	893	40,3%	<0,001
Presença	1.779	53,6%	1.321	59,7%	<0,001
Bolsa					
Ausência	2.547	76,7%	1.545	69,8%	<0,001
Bolsa Rasa	641	19,3%	556	25,1%	<0,001
Bolsa Profunda	132	4,0%	113	5,1%	0,046
Necessidade de Prótese Superior					
Não Necessita	2.463	72,2%	1.398	61,2%	<0,001
1 PF ou PR*	289	8,5%	226	9,9%	0,067
1 PF ou PR**	399	11,7%	423	18,5%	<0,001
Prótese Total	78	2,3%	100	4,4%	<0,001
Combinação***	182	5,3%	138	6,0%	0,258
Necessidade de Prótese Inferior					
Não Necessita	1.977	58,0%	1.064	46,6%	<0,001
1 PF ou PR*	380	11,1%	266	11,6%	0,555
1 PF ou PR**	702	20,6%	700	30,6%	<0,001
Prótese Total	45	1,3%	52	2,3%	0,006
Combinação***	307	9,0%	202	8,8%	0,840

(*) Um elemento; (**) Mais de um elemento; (***) Combinação de próteses: PF e /ou PR para 1 ou mais elementos

Discussão

O tema acesso à saúde bucal tem sido objeto de discussão na literatura científica. Estudos sobre a utilização e acesso aos serviços de saúde bucal podem ser considerados importantes mecanismos de avaliação das condições de saúde bucal¹³. Em função disso, o mais recente levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira (SB-Brasil-2010) incorporou questões referentes ao acesso⁷.

O termo acesso à saúde é polissêmico, abrangente, plural, complexo, pouco claro^{4,7,8,11-13}. Em saúde bucal existe uma tendência de ampliação do escopo do conceito de acesso como “entrada no serviço” para o “resultado” do cuidado demandado⁴. Em revisão sistemática sobre acesso aos serviços de saúde bucal foram identificadas por Moreira *et al.* (2005) uma quantidade expressiva de variáveis, diversidade de conceitos e referenciais teóricos que modulam o acesso²⁴. Além de envolver questões de formulação e execução de políticas de saúde, organização e assistência à saúde, coerência com o tipo de demandas da comunidade até atingir a dimensão subjetiva do indivíduo^{10, 11-13}. Em razão do exposto, decorre a importância da utilização de metodologias e do emprego de mapas para auxiliarem a compreensão do fenômeno. Neste estudo, foi possível identificar variáveis com maior capacidade de expressar as diferenças no acesso aos serviços de saúde bucal e utilizando-as em um processo de classificação multivariado que gerou uma tipologia para análise do acesso à saúde bucal dos municípios participantes do estudo. É necessária uma reinterpretação do termo acesso e resgatar a dimensão analítica e de planejamento do acesso universal como garantia constitucional concreta.

No Brasil, as diferentes realidades regionais produzem modalidades distintas de organização e gestão dos sistemas de saúde que irão impactar na qualidade do acesso e da assistência à saúde bucal, o que significa dizer, que a universalização do acesso depende de um ambiente ou contexto locorregional favorável para sua efetivação^{4,5,10,15,20}, ou seja, engloba uma necessidade de compreensão/explicação do acesso como produto de um contexto sociogeográfico^{2,10}. Nessa direção, mais do que um preceito constitucional e de direito, o acesso universal é ampliado em virtude do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro (SUS) que busca afirmar o município como o espaço de ações e práticas em saúde com abrangência de atuação sobre o setor público e privado^{4-6,10,15,20}. Portanto, a análise do acesso à saúde bucal, em nível locorregional, é relevante para a formulação de políticas e programas de saúde integrada com a realidade de cada região ou município⁴⁻⁶. Neste estudo, o tempo desde a última visita ao dentista pode ser considerado uma medida importante do quadro de saúde bucal de uma população e fornecer subsídios para o planejamento

em saúde bucal em consonância com as reais demandas da população^{5,10,15}. Além do que, a distribuição e disponibilidade dos serviços de saúde bucal é pré-requisito indispensável para a organização de um serviço local de saúde bucal, no qual existe a responsabilidade direta dos municípios pela gestão e execução da atenção à saúde⁴⁻⁶. A consolidação da saúde bucal coletiva enfatiza a importância de identificar desigualdades no acesso, fatores de risco à saúde bucal e construir modelos de atenção à saúde bucal adequados à realidade de cada município⁴⁻⁶.

Neste estudo, as demandas por serviços odontológicos públicos foram elevadas, mas foi o setor privado que respondeu pela maior cobertura desses serviços. A diminuição de indivíduos que nunca foram ao dentista pode estar relacionada com a melhora da renda média da população brasileira e da taxa de emprego (empregabilidade), as quais podem ter influenciado o aumento pela procura ao serviço odontológico pelo sistema privado e/ou de convênios o que pode ter impactado mais do que o aumento da oferta de serviços odontológicos da rede pública promovido pela reestruturação da Política Nacional de Saúde Bucal^{2-4,9}. Por outro lado, as altas taxas de desemprego atuais podem ter motivado os adultos a buscarem o serviço público como alternativa de acesso ao serviço odontológico, ou seja, existem fortes evidências de que a desigualdade socioeconômica se estende à saúde bucal^{2,9}. Outra informação importante diz respeito à correlação positiva da avaliação negativa dos serviços privados ou por plano. Esse fato pode ser explicado porque indivíduos com melhores condições socioeconômicas tendem a ter melhor escolaridade e, conseqüentemente, conseguem avaliar de forma mais crítica o serviço recebido.

Uma fonte regular de cuidados odontológicos foi identificada como fator facilitador para o uso dos serviços odontológicos¹². A facilitação do acesso ao uso dos serviços de saúde junto a outros fatores, em especial o acolhimento, favorecem o vínculo do usuário e, portanto, contribui, muitas vezes, para a redução do tempo de utilização do serviço¹³. Estudo realizado em Pelotas encontrou prevalências semelhantes entre o uso de serviços públicos (36,7%) e privados (37,1%), porém o nível econômico dos indivíduos que procuraram o serviço público foi menor ao comparar com os indivíduos que procuraram o serviço particular¹. No Maranhão (MA), estudo com adultos mostrou que a natureza do atendimento por plano ou particular obteve prevalência de 55, 6%¹¹. Em 1998, no estado do Rio de Janeiro, 1,8% dos adultos nunca utilizaram os serviços odontológicos e 64,8% dos adultos entrevistados não possuíam direito a plano de saúde³. Estudo com dados nacionais de 2008 identificou que 23,4% dos entrevistados consultaram o dentista a três anos ou mais e que 69,4% dos que foram atendidos por serviços odontológicos particulares². Estudo em Bambuí (MG), encontrou uma prevalência de 29,8% para o não uso regular de serviços odontológicos²⁵. No presente estudo, foi encontrada maior prevalência de atendimentos realizados em consultórios particulares e corrobora

com estudos anteriores, porém os valores das prevalências foram divergentes e pode ser explicado pelas diferenças metodológicas entre os estudos.

As desigualdades no acesso podem fornecer informações e promover reflexões importantes sobre o comportamento geográfico dos principais agravos bucais não tratados no Brasil^{20,24}. O principal motivo da visita ao dentista foi a busca por tratamento, mas adultos que nunca foram ao dentista e foram motivados por dor ou extração podem ser indicativos de demanda assistencial decorrentes de grave quadro epidemiológico da população adulta brasileira. Certos grupos populacionais podem carregar a herança de um modelo assistencial curativista e mutilador caracterizados como “efeito de coorte” que são decorrentes de exposições passadas a determinadas condições²⁶. Entretanto, houve divergência com estudo anterior que apontou a revisão como o principal motivo da visita²⁴.

Os processos avaliativos, no contexto da gestão em saúde bucal, são importantes para a reordenação de práticas (correção de rotas), ampliação, aprimoramento dos serviços de saúde bucal no esforço de alcançar a eficiência e resolutividade^{4,6}. No Brasil, os mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação do desempenho são recentes⁵. Em um cenário moderno de gestão em saúde bucal, é importante estabelecer mecanismos de avaliação e monitoramento dos resultados alcançados em relação à organização dos serviços de saúde bucal, por meio de indicadores, parâmetros e fontes de informação consistentes^{4,6}. A avaliação positiva obteve uma alta prevalência e foi semelhante ao encontrado em estudo anterior². Por outro lado, a baixa prevalência de indivíduos que avaliaram negativamente o serviço recebido constatado nesse estudo fundamenta-se na aceitação na questão cultural de aceitação da condição de saúde bucal como um fenômeno natural do processo de envelhecimento. Ademais, a avaliação é uma questão subjetiva e passível de interpretações variadas.

Esse estudo possui desenho transversal e não foi objeto de estudo estabelecer causalidade. Ao correlacionar as variáveis do acesso à saúde bucal em adultos residentes em São Paulo, não é possível a extrapolação dos achados. O “tempo desde a última visita ao dentista” é uma variável que depende da memória do respondente e pode ter ocorrido viés de memória. A cárie dentária foi utilizada como padrão de referência para o cálculo da amostral e a mesma não foi representativa para os municípios.

Conclusão

Foram identificadas diferenças, estatisticamente, significantes em todos os fatores contextuais, individuais e de condição de saúde bucal para comparar a utilização de serviço odontológico público e privados por adultos.

Declaração de conflitos de interesses

Os autores do artigo afirmam que não houve nenhuma situação de conflito de interesse, tais como propostas de financiamento, emissão de pareceres, promoções ou participação em comitês consultivos ou diretivos, entre outras, que pudessem influenciar no desenvolvimento do trabalho.

Referências

1. GILBERT H, G, DUNCAN, RP, BRUCE, V. Determinants of dental care use in dentate adults: six monthly use during a 24-month period in the Florida Dental Care Study. **Soc Sci Med**, v.46, p.727–737, 1998.
2. TENNSTEDT, SL, BRAMBILLA, DL, JETTE, AM, MCGUIRE, SM. Understanding dental service use by older adults sociobehavioral factors vs. need. **J Public Health Dent**, v. 54, p.211–219, 1994.
3. NGUYEN, L, HÄKKINEN, U. Choices and utilization in dental care Public vs. private dental sectors, and the impact of a two-channel financed healthcare system. **Eur J Health Econom**, v.51, p.99–106, 2006.
4. LUZZI, L, SPENCER, AJ. Public dental service utilization among adults in South Australia. **Aust Dent J**, v. 54, p.154–160, 2009.
5. BRENNAN, DS, LUZZI, L, ROBERTS-THOMSON, KF. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia. **BMC Health Serv Res**, v.8, n.1, p. 1–8, 2008.
6. HANCOCK, M, CALNAN, M, MANLEY, G. Private or NHS General Dental Service care in the United Kingdom? A study of public perception and experience. **J Public Health Med**, v. 21, p. 415–420, 1999.
7. AJAYI, DM, ARIGBEDE, AO. Barriers to oral health care utilization in Ibadan, South West Nigeria. **Afr Health Sci**, v.12, p.507–513, 2012.
8. LOCKER, D, MAGGIARIAS, J, QUIÑONEZ, C. Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. **J Public Health Dent**, v. 71, p. 327–334, 2011.
9. PINTO, RS, ABREU, MHNG, VARGAS, AMD. Comparing adult users of public and private dental services in the state of Minas Gerais, Brazil. **BMC Oral Health**, v. 14, n.100, 2014.
10. PUCCA, JR GA, GABRIEL, M, ARAÚJO, ME, ALMEIDA, FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. **J Dent Res**, v. 94, n.10, p.1333–1337, 2015.
11. MANHÃES, ALD, COSTA, AJL. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p. 207–218, 2008.
12. MATOS, DL, LIMA-COSTA, MFF, GUERRA, HL, MARCENES, W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n. 3, p. 661– 668, 2001.
13. PERES, KG, PERES, MA, BOING AF, BERTOLDI, AD, BASTOS, JL, BARROS, AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil

entre 1998 e 2008. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 250-8, 2012.

14. PINHEIRO, RS, TORRES, TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n. 4, p.999-1010, 2006.
15. GOMES, AMM, THOMAZ, EBAF, ALVES, MTSSB, SILVA, AAM, SILVA, RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão. Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.2, p. 629-640, 2014.
16. BALDANI, MH, ANTUNES, JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. **Cad. Saúde Pública**, v.27, sup. 2, p. S272-S283, 2011.
17. PEREIRA, CRS, PATRÍCIO, AAR, ARAÚJO, FAC, LUCENA, EES, LIMA, KC, RONCALLI, AG. Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 985 – 996, 2009.
18. ARAÚJO, CS, LIMA, RC, PERES, MA, BARROS, AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n.5, p.1063-1072, 2009.
19. CAMARGO, MJB, DUMITH, SC, BARROS, AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviço. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p.1894-1906, 2009.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010: pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 20 mai. 2017.
21. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **SB Minas Gerais: Pesquisa das condições de saúde bucal da população mineira – Resultados principais**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013.
22. PINTO, RS, MATOS, DL, LOYOLA FILHO, AI. Characteristics associated with the use of dental services by the adult Brazilian population. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 2, p. 531-44, 2012.
23. PEREIRA, AC, FRIAS, AC, VIEIRA, V. **Pesquisa Estadual de Saúde Bucal. – SB São Paulo 2015**. Águas de São Pedro: Livronovo, 2016. Disponível em: http://w2.fop.unicamp.br/sbsp2015/down/ebook_relatorio_Sbsp_2015.pdf. Acesso em: 10 mai.2017.
24. VIEIRA, S. **Bioestatística Tópicos Avançados**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2004.