

Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros

Felipe Fagundes Soares,¹ Sônia Cristina Lima Chaves²
e Maria Cristina Teixeira Cangussu²

Como citar Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(6):401-6.

RESUMO

Objetivo. Investigar os fatores associados à desigualdade no uso de serviços de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família (ESF) medida pelo indicador realização de exodontia.

Métodos. Realizou-se um inquérito populacional de base domiciliar em dois municípios do Estado da Bahia, Brasil, com 100% de cobertura da ESF. Foram sorteados 10 setores censitários. Os domicílios foram definidos de forma sistemática. Para estimar a utilização dos serviços públicos, consideraram-se prevalência de 50%, erro amostral de 4% e intervalo de confiança de 95%. Agentes comunitários de saúde treinados entrevistaram informantes-chave, que responderam a questões sociodemográficas e de utilização dos serviços odontológicos em nome de todos os moradores do domicílio com 15 anos ou mais. Considerou-se a exodontia como desfecho principal. A razão de prevalência foi usada para aferir a associação entre exodontia e as variáveis preditoras. A razão de chances (odds ratio, OR) foi usada na análise de regressão logística multivariada.

Resultados. Foram coletados dados de 2 539 indivíduos, dos quais 682 (26,86%) haviam utilizado o serviço de saúde bucal da atenção básica nos últimos 12 meses. A exodontia foi realizada em 218 (31,96%) dos 682 pacientes da atenção básica. Receber benefício social (OR = 1,43; IC95%: 1,02 a 2,01), ter mais de 35 anos (OR = 1,59; IC95%: 1,12 a 2,27) e menor nível de escolaridade (OR = 1,81; IC95%: 1,27 a 2,56) foram variáveis associadas independentemente ao desfecho.

Conclusões. Os resultados apontam para a permanência de desigualdades históricas na utilização dos serviços de saúde bucal. Ações intersetoriais podem ser importantes para a melhoria da saúde bucal.

Palavras-chave

Extração dentária; desigualdades em saúde; saúde bucal; atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; assistência odontológica; Brasil.

Os levantamentos epidemiológicos realizados entre 2003 e 2010 (1, 2) mostraram uma redução da média de dentes per-

manentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) no Brasil. Entretanto, observa-se que o segundo componente do índice permanece com alto percentual na população adulta. Isso sugere que, no Brasil, ainda há um modelo assistencial mutilador na saúde bucal (3), centrado na doença e com pouca ênfase em práticas preventivas e restauradoras para grupos

em posição social menos favorecida (4). A exodontia ainda se configura como a forma de tratamento mais resolutiva para indivíduos de baixa renda (5), o que revela uma utilização desigual dos serviços de saúde (6-8). A perda dentária é apontada como um estigma da pobreza, reforçando as desigualdades entre as classes sociais (9) e evidenciando

¹ Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA, Salvador (BA), Brasil. Correspondência: Felipe Fagundes Soares, felipefagundes@outlook.com

² Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, Salvador (BA), Brasil.

a existência de iniquidades que, além de evitáveis, são injustas (10, 11).

As questões relacionadas à desigualdade em saúde e ao acesso e utilização de serviços estão inseridas nas discussões mais atuais acerca dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e são desafios a serem superados. A Comissão dos DSS da Organização Mundial da Saúde (OMS) já demonstrou que a distribuição da saúde entre a população é um problema de justiça originado no modo como as políticas sociais e econômicas são desenhadas ou implantadas. Nesse sentido, têm ganhado destaque frente à OMS as políticas de saúde bucal que podem causar impacto positivo na saúde das pessoas (12, 13), junto com outras intervenções que visam a reduzir iniquidades de renda, educação e moradia.

Em 2004, a partir da implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (14) no Brasil, houve uma expansão do acesso ao serviço com a inserção das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF propõe reorientar o foco do modelo de atenção à saúde para o território e a família, visando à promoção da saúde. Antunes e Narvai (15) comentam que a oferta e a ampliação do atendimento odontológico no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como a fluoretação das águas, foram as principais medidas tomadas pelo governo federal para reduzir as iniquidades em saúde bucal. Entretanto, os autores chamam a atenção para o resultado de intervenções introduzidas sem a elaboração de um planejamento estratégico que permita a universalização dos benefícios e o direcionamento dos recursos aos grupos com maiores necessidades. Isso provoca uma situação de equidade inversa, ou seja, grupos com melhor condição socioeconômica absorvem antes e com maior intensidade as vantagens de políticas públicas benéficas, como ocorreu com a fluoretação das águas. Se, por um lado, o alto investimento do governo federal nas ESB tem impulsionado uma melhora na condição de saúde bucal da população brasileira (2, 16), um estudo que comparou o impacto da ESB em áreas cobertas e não cobertas pela ESF não encontrou diferença, revelando a manutenção de práticas centradas no modelo médico-hegemônico (8).

Nesse contexto, há evidências (6, 7) de iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde bucal, que, por consequência, podem ter impacto no perfil dos

indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos, a exemplo da exodontia. Apesar disso, os estudos (17, 18) têm centrado a atenção na prevalência da doença, neste caso a perda dentária, dando maior ênfase à condição de saúde bucal dos grupos de interesse e distanciando-se dos serviços.

É importante conhecer os fatores associados à desigualdade na utilização dos serviços a fim de se proporem medidas que tornem os serviços de saúde mais resolutivos e eficazes, aproximando-se dos princípios e diretrizes do SUS. O objetivo deste estudo foi investigar os fatores associados à realização de exodontia como indicador de desigualdade nos serviços de saúde bucal da ESF.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um inquérito domiciliar de base populacional em dois municípios baianos de médio porte (50 000 a 100 000 habitantes), localizados na região metropolitana de Salvador, com cobertura potencial da ESF estimada em 100%, e que haviam implantado o Centro de Especialidades Odontológicas como parte da PNSB há pelo menos 4 anos. Foram selecionados dois municípios considerados exitosos segundo os relatórios de visitas técnicas da Coordenação Estadual de Saúde Bucal e segundo a avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas pela Secretaria Estadual de Saúde.

Cálculo amostral

Com base no censo demográfico (19), realizou-se uma amostragem de conglomerado em dois estágios. O primeiro foi a seleção dos setores censitários. No segundo, selecionaram-se os domicílios de forma sistemática em decorrência da ausência de um cadastro atualizado que possibilitasse uma seleção aleatória. Em cada município, foram sorteados 10 setores censitários, sendo sete urbanos e três rurais, de modo a garantir a proporcionalidade entre as zonas.

Para cada setor censitário, calculou-se a amostra dos domicílios elegíveis, tendo por objetivo estimar a proporção de pessoas que utilizaram a assistência odontológica. Considerou-se inicialmente uma prevalência de 50% (desconhecida), nível de confiança de 95% e erro amostral de 4%. Por setor, foram selecionados 50 domicílios na zona urbana e 45 na rural (tamanho mínimo para todos os setores).

Coleta dos dados

Agentes Comunitários de Saúde (ACS) treinados coletaram informações de todos os moradores com idade maior ou igual a 15 anos no período de junho a setembro de 2011. Em cada domicílio, um informante-chave respondeu pelos demais moradores. A ficha continha questões sociodemográficas (beneficiário de programa social, renda mensal familiar, sexo, idade, etnia, escolaridade e local de residência) e de utilização de serviços de saúde bucal (tipo de serviço utilizado e procedimentos realizados) considerando-se o período máximo de 12 meses antes da entrevista.

Plano de análise

A desigualdade na utilização do serviço odontológico na atenção básica foi medida através da exodontia (desfecho principal) utilizando-se a seguinte pergunta: “realizou exodontia na unidade de saúde da família no último ano?”. As respostas possíveis foram “sim” (= 1) ou “não” (= 0).

As variáveis preditoras foram dicotomizadas. Para as discretas (idade e escolaridade), utilizou-se a mediana como ponto de corte (até 35 anos = 0; mais de 35 anos = 1; até 7 anos de estudo = 1; mais de 7 anos de estudo = 0). A renda familiar mensal foi categorizada em até 1 salário mínimo (= 1) e mais do que 1 salário mínimo (= 0), tendo como parâmetro o valor do salário mínimo em 2011, de R\$ 545,00, ou US\$ 311,00 (20). A etnia foi dicotomizada nas categorias negro (= 1) e não negro (= 0), e o local de residência, nas categorias zona urbana (= 0) e zona rural (= 1). Foram calculadas as proporções absoluta e relativa para a estatística descritiva. A razão de prevalências (RP) foi a medida usada para aferir a associação entre exodontia e as variáveis preditoras. Para descrever o efeito de cada exposição independentemente, calculou-se a razão de chances (*odds ratio*, OR), com intervalo de confiança de 95% (IC95%), através do modelo de regressão logística multivariada *backward*. O banco de dados foi construído no programa Epidata 3.1, e os dados foram analisados no pacote estatístico Stata 10.0.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de

Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (protocolo 045/2010). Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações. Foi estabelecido um termo de anuência com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde.

RESULTADOS

Foram coletados dados de 2 539 indivíduos, dos quais 682 (26,86%) utilizavam o serviço de saúde bucal da atenção básica. Os grupos majoritários da amostra foram os seguintes: mulheres (69,21%), residentes na zona urbana (68,77%), não beneficiários de programa social (51,61%), indivíduos com renda familiar maior que 1 salário mínimo (53,37%) e indivíduos com mais de 7 anos de estudo (52,64%). Do total, 41,94% declararam-se negros (tabela 1), e a média de idade foi de 37,67 anos ($\pm 15,86$). A exodontia foi realizada em 31,96% dos pacientes da atenção básica.

A exodontia foi associada a ser homem (RP = 1,27; IC95%: 1,02 a 1,60), beneficiário de programa social (RP = 1,25; IC95%: 1,01 a 1,56), idade maior que 35 anos (RP = 1,49; IC95%: 1,19 a 1,87) e ter até 7 anos de estudo (RP = 1,70; IC95%: 1,36 a 2,14). Todas as diferenças foram estatisticamente significativas em relação ao grupo referência (tabela 2).

Receber benefício social (OR = 1,43; IC95%: 1,02 a 2,01), ter mais de 35 anos (OR = 1,59; IC95%: 1,12 a 2,27) e menor nível de escolaridade (OR = 1,81; IC95%: 1,27 a 2,56) foram variáveis associadas independentemente ao desfecho, conforme mostrou o modelo de regressão logística multivariada (tabela 3).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo demonstraram que receber benefício social, ter mais de 35 anos de idade e menor nível de escolaridade são fatores associados à exodontia dental na atenção básica nos municípios avaliados. Estudos prévios (4, 5, 21) demonstraram que o menor capital cultural (22) está relacionado à percepção da exodontia como medida mais resolutiva de tratamento. Logo, a perda dentária pode ser interpretada como uma marca bucal da iniquidade (5). Apesar de a utilização do serviço público ser aparentemente maior entre os

TABELA 1. Variáveis sociodemográficas e utilização de serviços públicos odontológicos da atenção básica por 682 usuários da Bahia, Brasil, 2011

Variável	No.	%
Realizou exodontia		
Não	464	68,04
Sim	218	31,96
Etnia		
Não negro	396	58,06
Negro	286	41,94
Sexo		
Masculino	210	30,79
Feminino	472	69,21
Idade (anos)		
Até 35	343	50,29
Maior que 35	339	49,71
Escolaridade (anos)		
Até 7	323	47,36
Mais de 7	359	52,64
Beneficiário de programa social		
Não	352	51,61
Sim	330	48,39
Renda familiar mensal (salários mínimos) ^a		
Até 1	318	46,63
Mais de 1	364	53,37
Zona		
Urbana	469	68,77
Rural	213	31,23

^a Salário mínimo em 2011: R\$ 545,00 ou US\$ 311,00 (20).

TABELA 2. Associação entre exodontia e variáveis sociodemográficas em 682 usuários de serviços públicos odontológicos da atenção básica, Bahia, Brasil, 2011

Variável	No.	Prevalência	RP ^a	IC95%
Beneficiário de programa social				
Sim	118	35,76	1,25	1,01–1,56
Não	100	28,41	1	–
Renda familiar mensal (salários mínimos) ^b				
Até 1	108	33,96	1,12	0,90–1,39
Mais de 1	110	30,22	1	–
Etnia				
Não negro	132	33,33	1	–
Negro	86	30,07	0,90	0,72–1,13
Sexo				
Feminino	139	29,45	1	–
Masculino	79	37,62	1,27	1,02–1,60
Idade (anos)				
Até 35	88	25,66	1	–
Maior que 35	130	38,35	1,49	1,19–1,87
Escolaridade (anos)				
Até 7	132	40,87	1,70	1,36–2,14
Mais de 7	86	23,96	1	–
Zona				
Urbana	153	70,18	1	–
Rural	65	29,82	0,93	0,73–1,19

^a Razão de prevalências.

^b Salário mínimo em 2011: R\$ 545,00 ou US\$ 311,00 (20).

indivíduos mais socialmente vulneráveis (7), os procedimentos realizados nessa população parecem ser eminentemente mutiladores (4, 5).

Os estudos sobre perfil de utilização da ESF mostram que mulheres, idosos, pobres, desempregados, indivíduos sem cobertura por plano de saúde e com au-

to percepção da saúde ruim utilizam mais os serviços (7, 23, 24). Isso indica que, em áreas cobertas pela ESF, há uma utilização mais equitativa (7). Por outro lado, a maior utilização e acesso aos serviços de saúde (25) não parecem traduzir-se necessariamente em uma melhora significativa da condição de saúde bucal da

TABELA 3. Modelo de análise de regressão logística multivariada para associação entre exodontia e variáveis sociodemográficas em 682 usuários de serviços públicos odontológicos da atenção básica, Bahia, Brasil, 2011

Modelo final	OR ^a	IC95%
Beneficiário de programa social (sim)	1,43	1,02 a 2,01
Etnia (negro)	0,78	0,56 a 1,10
Sexo (masculino)	1,14	0,98 a 2,00
Idade (≥35 anos)	1,59	1,12 a 2,27
Escolaridade (≤7anos)	1,81	1,27 a 2,56

^a Razão de chances (*odds ratio*).

população adulta. Um estudo que avaliou o impacto da ESF sobre indicadores de saúde bucal no Nordeste do Brasil encontrou um fraco desempenho das ESB nos municípios avaliados (8), tendo em vista o investimento realizado e a proposta de inversão do modelo assistencial.

Segundo o último levantamento epidemiológico nacional (2), em 7 anos, o CPO-D dos idosos pouco se alterou. O componente perdido, em torno de 92%, manteve-se como o principal responsável pelo índice elevado, tanto no inquérito de 2003 (1) quanto no de 2010 (2). Entre os adultos de 35 a 44 anos, houve uma diminuição de 17% no índice geral; essa diminuição foi caracterizada por um aumento do componente obturado em relação aos dentes cariados e perdidos. Os dentes perdidos colaboraram com 44,7% do CPO-D em 2010, uma diminuição de 21% em relação a 2003 (65,7%). O aumento no acesso aos serviços é apontado como um dos fatores responsáveis por essa melhoria. Apesar disso, houve pouca alteração nas desigualdades de saúde e de acesso entre as regiões do país.

A despeito das recomendações da Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde e do debate atual a respeito de medidas que promovam a diminuição das iniquidades em saúde (12), estudos (3, 5, 15, 25, 26) apontam a necessidade de implantarem-se medidas eficazes no combate às iniquidades em saúde. Nesse sentido, a PNSB (14) ainda necessita de muitos avanços, principalmente no que tange à reorientação das práticas assistenciais (5, 8, 26, 27).

No Nordeste do Brasil, a exodontia ainda é o principal motivo que leva os idosos ao cirurgião-dentista, com um percentual de uso de 40,4% (IC95%: 37,1 a 43,8). Para os adultos de 35 a 44 anos, esse percentual cai para 24,8% (IC95%: 22,1 a 27,7) (2). No presente estudo, 31,96% dos indivíduos que foram aten-

dados na Unidade de Saúde da Família (USF) declararam ter realizado esse procedimento. O perfil de risco para a perda dentária inclui indivíduos mais velhos, mulheres, pessoas com baixa escolaridade (28), baixo estrato social (29), negros (17, 30), residentes em zona rural e pessoas sem acesso à água fluoretada (17).

Apesar dos relatos de associação positiva entre baixa renda familiar e perda dentária (17, 18, 28, 29), a mesma não foi encontrada neste estudo. Por outro lado, receber benefício social foi uma condição de risco para a exodontia. É possível que ser beneficiário de programa social seja um indicador mais sensível do que renda para detectar indivíduos em situação de pobreza, visto que as condicionalidades impostas para receber o benefício conferem sensibilidade para detectar a população alvo (31, 32).

É importante ressaltar que o Programa Bolsa Família é a estratégia do Governo Federal, criada em 2003, para a transferência de renda, sendo, portanto, fundamental na discussão sobre desigualdades em saúde. Apesar das discussões a respeito do impacto real do Bolsa Família na redução da pobreza e da necessidade de articulação com políticas macroeconômicas, tributárias e educacionais, e apesar de seus principais limites (baixo valor e critérios de acesso restritivos) (31), o programa tem conseguido aumentar o acesso aos alimentos pela população assistida. Paradoxalmente, constatou-se um aumento no consumo de alimentos de maior densidade calórica e baixo valor nutritivo (32), portanto cariogênicos. Esse pode ser outro caminho explicativo para a associação observada nesta pesquisa, porém não foram encontrados estudos conclusivos a respeito do impacto do Programa Bolsa Família na saúde bucal.

As variáveis etnia e sexo não se associaram ao desfecho; mesmo assim, foi plausível mantê-las no modelo final

da regressão logística. Além de ambas estarem associadas à perda dentária (28, 29), a etnia já foi identificada como um fator limitante na utilização dos serviços odontológicos por idosos (30).

O presente estudo avaliou a perda dentária na perspectiva do serviço, examinando as exodontias referidas por aqueles que utilizaram a USF. É possível que exista um viés de memória entre os entrevistados, visto que as informações dos moradores, referentes ao período de 12 meses antes da entrevista, foram fornecidas por apenas um informante-chave. Essa metodologia é justificada, entretanto, pela maior praticidade e rapidez na coleta de dados. Além disso, os informantes-chave entrevistados eram indivíduos que normalmente sabem fornecer os dados solicitados, como as mães ou donas de casa.

Não foi possível determinar o fator mais importante para a perda dentária. Muitas são as causas que colaboram para o desfecho, inclusive a grande demanda reprimida que resulta da falta de programas e políticas preventivas voltadas para a população adulta e idosa. Os resultados remetem aos DDS e apontam para a permanência de desigualdades históricas na utilização dos serviços de saúde bucal através da perda dentária para a população adulta com menor nível de escolaridade, mesmo no contexto de avanços (16, 25) relativos à redução das desigualdades no acesso aos serviços. Além disso, os resultados apontam para a manutenção de uma prática mutiladora que se opõe às ações da Equipe de Saúde Bucal na ESF.

Nossos resultados podem subsidiar o planejamento de ações preventivas específicas e adequadas a essa população avaliada. Para que seja possível diminuir as desigualdades de acesso e utilização dos serviços e modificar o perfil de perda dentária, a intersectorialidade, principalmente no que tange à educação, pode ser importante para a melhoria da saúde bucal da população, como complemento às ações preventivas, curativas e de promoção da saúde.

Financiamento. Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflito de interesses. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002–2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0053_M.pdf Acessado em outubro de 2013.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira 2009–2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf Acessado em outubro de 2013.
- Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385–93.
- Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. *Health Policy*. 2008;86(1):119–28.
- Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1383–92.
- Baldani NH, Antunes JLF. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Supl 2):272–83.
- Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2009;43(4):595–603.
- Pereira CRS et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):449–62.
- Nations MK, Nuto SA. "Tooth worms", poverty tattoos and dental care conflicts in Northeast Brazil. *Soc Sci Med*. 2002;54(2):229–44.
- Whitehead M. The concept and principles of equity and health. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1991.
- Vieira-da-Silva LM, Almeida-Filho N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saude Publica*. 2009;25(Sup 2): 217–26.
- CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde; 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789248563706_por.pdf Acessado em outubro de 2013.
- Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes—the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):481–87.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf Acessado em 1 de abril de 2013.
- Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):360–5.
- Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778–97.
- Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev Bras Epidemiol*. 2003;6(1):49–57.
- Batista MJ, Rihs LB, Sousa MLR. Risk indicators for tooth loss in adult workers. *Braz Oral Res*. 2012;26(5):390–6.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro 2000. Geociências. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/download/geociencias.shtm> Acessado em 10 de abril de 2011.
- Brasil. Banco Central do Brasil. Câmbio e Capitais internacionais. Taxas de Câmbio. Disponível em: <http://www4.bcb.gov.br/pec/taxas/port/ptaxnpsq.asp?id=txcotacao> Acessado em 27 de outubro de 2013.
- Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930–6.
- Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. 8ª ed. Campinas: Papirus; 2007.
- Souza MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Rev Bras Enferm*. 2008;61(2):153–8.
- Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, César CL. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):90–9.
- 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 Saude Publica*. 2012;46(2):250–8.
- Pereira CRS, Patricio AAR, Araujo 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 Saude Publica*. 2009;25(5): 985–96.
- Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(12):2871–80.
- Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002–2003). *Cad Saude Publica*. 2007;23(8):1803–14.
- Neto JMS, Nadanovsky P. Social inequality in tooth extraction in a Brazilian insured working population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35:331–36.
- Souza EHA, Oliveira PAP, Peagle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(8): 2063–70.
- Silva, MOS. O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2007;12(6):1429–39.
- Cotta RM, Machado JC. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(1):54–60.

Manuscrito recebido em 2 de abril de 2013. Aceito em versão revisada em 25 de setembro de 2013.

Inequalities in oral health care use in the primary care setting and associated factors in two Brazilian municipalities

ABSTRACT

Objective. To investigate the factors associated with inequality in the use of oral health services in the Brazilian Family Health Program (*Estratégia Saúde da Família*, ESF) as measured by dental extractions.

Methods. A population-based household survey was carried out in two municipalities with full coverage by the ESF in the state of Bahia, Brazil. Ten census tracts were randomly selected. Households were selected by systematic sampling. To assess the use of public services by the population, a prevalence of 50%, sampling error of 4%, and confidence interval of 95% were considered. Trained community health workers conducted key informant interviews on use of oral health services and collected demographic data for all household members aged 15 years or older. Dental extraction was the main outcome. The association between dental extraction and predictive variables was assessed using prevalence ratio, and multivariate logistic regression analysis was performed using odds ratio (OR).

Results. Data from 2 539 people was collected. Of these, 682 (26.86%) had used primary oral health care services in the previous 12 months. Dental extraction was performed in 218 (31.96%) out of 682 primary care patients. Being assisted by social programs (OR = 1.43; IC95%: 1.02–2.01), being older than 35 years (OR = 1.59; IC95%: 1.12–2.27), and having lower education levels (OR = 1.81; IC95%: 1.27–2.56) were independently associated with the outcome.

Conclusions. The present results suggest that historical inequalities of access to oral health services persist. Intersectoral actions may play an important role in improving oral health conditions.

Key words

Tooth extraction; health inequalities; oral health; primary health care; health services accessibility; dental care; Brazil.
