

Fatores preditores do acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde: Estudo transversal

Predictors of access to oral health services in Primary Health Care: Cross-sectional study

Predictores del acceso a los servicios de salud bucal en la Atención Primaria de Salud: Estudio transversal

Recebido: 16/07/2023 | Revisado: 26/07/2023 | Aceitado: 27/07/2023 | Publicado: 31/07/2023

João Peres Neto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6988-5826>

Centro Universitário UNIFIO, Brasil

E-mail: jperesnetocd@yahoo.com.br

Leandro Marsico Loschiavo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3951-3607>

Hospital Israelita Albert Einstein, Brasil

E-mail: lentoschiavo@hotmail.com

Marina Fini de Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3599-5947>

Hospital Israelita Albert Einstein, Brasil

E-mail: marina.fini@einstein.br

André Martins Camargo Barbosa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7302-6880>

Hospital Israelita Albert Einstein, Brasil

E-mail: andre.barbosa2@einstein.br

Manoelito Ferreira da Silva Junior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8837-5912>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: manoelito_fsj@hotmail.com

Maria Ercília de Araujo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2689-2556>

Universidade de São Paulo, Brasil

E-mail: mercilia@usp.br

Resumo

O acesso em de saúde bucal é um problema enfrentado por diversos países do mundo assim como pelo Brasil. O objetivo foi analisar a relação entre o acesso aos serviços públicos odontológicos na Atenção Primária à Saúde com fatores individuais e contextuais. Estudo transversal com amostra de sujeitos adultos de ambos os sexos, realizado no município de São Paulo/ SP no período de 2022 a 2023. A variável dependente foi o acesso, categorizado em: acesso programado e acesso não programado. Foram realizadas análises descritivas e posteriormente estimados modelos de regressão logística binária, com IC 95% e $p < 0,05$. Participaram do estudo 109 sujeitos, 74,3% do sexo feminino, faixa etária variou de 18 à 79 anos de idade. Ser da raça/ cor preto, significa ter 5,42 vezes mais chance de acessar o serviço através do modo de acesso não programado; assim como pardo tem 5,01 vezes mais chance; tratamento/ dor, significa ter 3,55 vezes mais chances de acessar o serviço através do modo de acesso não programado; assim como nervoso(a)/ irritado(a) com os seus dentes, significa ter 3,18 vezes mais chance. O acesso pode ser qualificado para maior equidade nos serviços odontológicos, por sofrer influência de fatores odontológicos individuais e demográficos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Saúde bucal; Acesso aos serviços de saúde.

Abstract

Access to oral health is a problem faced by many countries in the world as well as Brazil. The objective was to analyze the relationship between access to public dental services in Primary Health Care with individual and contextual factors. Cross-sectional study with a sample of adult subjects of both sexes, carried out in the city of São Paulo/SP from 2022 to 2023. The dependent variable was access, categorized into: scheduled access and unscheduled access. Descriptive analyzes were performed and later binary logistic regression models were estimated, with 95% CI and $p < 0.05$. 109 subjects participated in the study, 74.3% female, age group ranged from 18 to 79 years old. Being of black race/color means having 5.42 times more chance of accessing the service through unscheduled access mode; as pardo has 5.01 times more chance; treatment/pain, means having 3.55 times more chances of accessing the service through unscheduled access; as well as nervous/irritated with your teeth, means having 3.18 times more chance.

Access can be qualified for greater equity in dental services, as it is influenced by individual and demographic dental factors.

Keywords: Vulnerability; Oral health; Access to health services.

Resumen

El acceso a la salud bucal es un problema que enfrentan muchos países del mundo además de Brasil. El objetivo fue analizar la relación entre el acceso a los servicios públicos de odontología en la Atención Primaria de Salud con factores individuales y contextuales. Estudio transversal con muestra de sujetos adultos de ambos sexos, realizado en la ciudad de São Paulo/SP de 2022 a 2023. La variable dependiente fue el acceso, categorizado en: acceso programado y acceso no programado. Se realizaron análisis descriptivos y posteriormente se estimaron modelos de regresión logística binaria, con IC 95% y $p < 0,05$. Participaron del estudio 109 sujetos, 74,3% del sexo femenino, grupo etario de 18 a 79 años. Ser de raza/color negro significa tener 5,42 veces más posibilidades de acceder al servicio a través de la modalidad de acceso no programado; como pardo tiene 5,01 veces más posibilidades; tratamiento/dolor, significa tener 3,55 veces más posibilidades de acceder al servicio a través del acceso no programado; así como nervioso/irritado con los dientes, significa tener 3,18 veces más posibilidades. El acceso puede calificarse para una mayor equidad en los servicios dentales, ya que está influenciado por factores dentales individuales y demográficos.

Palabras clave: Vulnerabilidad; Salud bucal; Acceso a los servicios de salud.

1. Introdução

O acesso aos serviços de saúde bucal é um problema enfrentado por diversos países do mundo assim como pelo Brasil, mesmo ainda onde existem Equipes de Saúde Bucal (ESB) implantadas na Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia adotada pelo Ministério da Saúde (MS) para a reorganização do modelo de trabalho ainda são encontradas barreiras no acesso aos cuidados odontológicos (Fonseca et al, 2014; Ohara, 2010).

A inclusão de ESB na ESF, a partir do ano 2000, e a reorientação proposta pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), tiveram por objetivo migrar do modelo assistencial tradicional, centrado no atendimento à doença em grupos prioritários e urgências para um modelo mais ampliado tentando alcançar toda a população. Essa nova organização visa aumentar o acesso e promover o uso regular de serviços odontológicos para a população de maior vulnerabilidade encontrada nos territórios vinculados às ESB (Baldani et al, 2010; Baldani et al, 2011).

A incorporação da saúde bucal na ESF possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção odontológica no sentido de ter potencial de melhorar e facilitar o acesso, visto que a saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, escolaridade e acesso aos serviços de saúde (Lopes, 2010). Porém, a busca continuada de formas para ampliar e qualificar a oferta do acesso ainda é um desafio (Ramos, 2003).

A relação das doenças bucais e condições socioeconômicas desfavoráveis podem gerar iniquidades no que diz respeito ao acesso aos serviços odontológicos, uma vez que fatores sociodemográficos, como grau de escolaridade dos pais, renda familiar são fortes determinantes das condições de saúde bucal (Carnut et al, 2011). Crianças de famílias de baixa renda são menos propensas a receber atendimento odontológico e apresentam maior chance de necessidades dentárias não resolvidas do que crianças de famílias de renda mais alta. Famílias em maior vulnerabilidade social geralmente tem baixa percepção em cuidados em saúde e tem maiores chances de apresentarem as principais morbidades em saúde bucal. Dessa maneira, para organização do acesso odontológico e tentativa de ampliar o acesso levando-se em consideração tais fatores determinantes, deve-se considerar essas informações dentro dos territórios (Kobaiashi, 2012; Silva et al, 2013; Vila et al, 2015).

O uso de serviços odontológicos é, portanto, resultado da interação de fatores individuais, do contexto social e da organização do sistema de saúde (Baldani et al, 2010). O objetivo do estudo foi analisar a relação desses fatores com o acesso aos serviços públicos de saúde por parte dos usuários na Atenção Primária Saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona sul de São Paulo/ SP.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal realizado em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) na área da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, na zona sul do município de São Paulo/ SP no período de março a dezembro de 2022, com uma população estimada em 143.000 habitantes para uma média de 8.293 habitantes por cirurgião-dentista, tendo como modelo de atenção à saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Na amostra foram incluídos usuários com 18 anos ou mais de idade de ambos os sexos, que acessaram o serviço público odontológico e estavam cadastrados nas áreas de abrangência das respectivas unidades que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A variável dependente foi o modo de acesso dos usuários ao serviço público odontológico na Atenção Primária à Saúde (APS), entendido e adotado como a utilização do mesmo e dicotomizado em: Acesso Programado e Acesso Não Programado:

Acesso programado: quando o usuário acessa o serviço tendo uma vaga de primeira consulta odontológica previamente agendada.

Acesso Não Programado: quando o usuário acessa o serviço sem ter um agendamento prévio.

A variável foi fundamentada na Ficha de Atendimento Odontológico Individual (FAOI), do e-SUS, que é o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do Ministério da Saúde (MS) (Brasil a, 2018).

As variáveis independentes foram divididas em dois grupos:

1. Modelo de Acesso de Andersen - modelo teórico que se propõe a analisar a determinação do acesso e utilização dos serviços de saúde, divididos em três blocos hierárquicos (fatores predisponentes, facilitadores e necessidade percebida) (Andersen, 1995): Idade (dicotomizada pela mediana em até 41 anos e acima de 41 anos de idade), sexo (masculino e feminino), raça/ cor (branca, preta, parda, amarela e indígena), escolaridade (dicotomizada pela mediana em até 11 anos e acima de 11 anos de estudo), local da última consulta (serviço público ou privado), renda (dicotomizada em até R\$ 2.500,00 e acima de R\$ 2.500,00), avaliação do serviço (categorizado em bom, regular ou ruim), satisfação com a saúde bucal (categorizada em satisfeito(a), indiferente ou insatisfeito(a)), motivo da última consulta (dicotomizado em revisão/ prevenção e tratamento/ dor), nervoso(a)/ irritado(a) com os dentes (sim ou não) e atrapalha estudar ou trabalhar (sim ou não).
2. Instrumentos de Classificações de Risco – utilizados para estratificar, priorizar e indicar as ações necessárias em saúde: para cárie e doença periodontal adotados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Paulo/ SP (categorizados em baixo, médio e alto risco) (São Paulo, 2022) e para o risco familiar, segundo Coelho e Savassi (categorizado em baixo, médio e alto) (Savassi et al, 2012).

A coleta dos dados foi realizada por um pesquisador no momento em que o usuário entrava na sala para o atendimento odontológico.

Inicialmente foram realizadas análises descritivas com frequência absoluta (n) e relativas (%) das variáveis estudadas e posteriormente foram estimados modelos de regressão logística binária pelo método Backward LR, que ajusta os modelos através da razão de verossimilhança baseada na comparação das frequências observadas com as previstas, onde o modelo inicial contém todos os previsores que são removidos caso essa remoção não seja prejudicial ao ajuste do modelo. A avaliação do ajuste dos modelos foi realizada pela “Desviância” = $-2 \times \log\text{-verossimilhança Inicial} - \text{Final}$ e a estatística de medida de Nargelkerke (R^2_n) (Field, 2020). Foram considerados os Intervalos de Confiança (IC 95%) e permaneceram no modelo final os preditores com valor de $p < 0,05$. As análises estatísticas foram realizadas com o IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, parecer nº 5.251.524 – CAAE: 24548919.7.0000.0071 e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo/ SP, parecer nº 4.672.427 – CAAE: 24548919.7.3001.0086.

3. Resultados e Discussão

Participaram do estudo 109 pessoas, sendo 81 (74,3%) do sexo feminino, a faixa etária variou entre 18 e 79 anos, sendo que a média foi de 43 anos de idade e mediana de 41 anos.

Em relação à raça/ cor, a branca foi representada por 42 (38,5%) sujeitos, a preta com 16 (14,7%), a parda com 50 (45,9%) e a amarela com 1 (0,9%). A maioria dos sujeitos pertenciam a menor renda (Até R\$ 2.500,00) com 72 (66,1%) e a maioria dos sujeitos 79 (72,5%) eram de menor escolaridade (Até 11 anos de estudo).

Para a classificação de risco de cárie, 84 (77,1%) sujeitos apresentaram alto risco; para o risco periodontal, 63 (57,8%) sujeitos apresentaram médio risco e para o risco familiar, 84 (77,1%) sujeitos apresentaram baixo risco.

As Tabelas 1 e 2 trazem uma descrição das variáveis independentes em relação à variável dependente.

Tabela 1 - Frequência e percentual dos usuários, segundo o modo de Acesso em Saúde Bucal e as variáveis independentes. São Paulo/SP, 2022.

		Acesso em Saúde Bucal			
		Acesso Programado		Acesso Não Programado	
		N	%	N	%
Idade	Até 41 anos	27	49,1%	28	50,9%
	Acima de 41 anos	29	53,7%	25	46,3%
Sexo	Masculino	14	50,0%	14	50,0%
	Feminino	42	51,9%	39	48,1%
Raça/ Cor	Branco	30	71,4%	12	28,6%
	Preto	5	31,3%	11	68,8%
	Pardo	21	42,0%	29	58,0%
	Amarelo	0	0,0%	1	100,0%
	Índigena	0	0,0%	0	0,0%
Escolaridade	Até 11 anos de estudo	38	48,1%	41	51,9%
	Acima de 11 anos de estudo	18	60,0%	12	40,0%
Local última consulta	Público	21	41,2%	30	58,8%
	Privado	29	58,0%	21	42,0%
Renda	Até R\$ 2.500,00	36	50,0%	36	50,0%
	Acima de R\$ 2.500,00	20	54,1%	17	45,9%
Avaliação do Serviço	Bom	47	51,6%	44	48,4%
	Regular	4	40,0%	6	60,0%
	Ruim	4	66,7%	2	33,3%
Satisfação com saúde bucal	Satisfeito	31	52,5%	28	47,5%
	Indiferente	7	43,8%	9	56,3%
	Insatisfeito	18	52,9%	16	47,1%
Motivo da última consulta	Revisão/ Prevenção	15	78,9%	4	21,1%
	Dor/ Tratamento	38	44,2%	48	55,8%
Nervoso/ irritado com os dentes	Não	36	64,3%	20	35,7%
	Sim	20	37,7%	33	62,3%
Atrapalha estudar ou trabalhar	Não	48	57,8%	35	42,2%
	Sim	6	27,3%	16	72,7%

Fonte: Autoria própria (2023).

Tabela 2 - Frequência e percentual dos usuários, segundo o modo de Acesso em Saúde Bucal, em relação ao Risco Periodontal, Risco de Cárie e Risco Familiar. São Paulo/SP, 2022.

		Acesso em Saúde Bucal			
		Acesso Programado		Acesso Não Programado	
		N	%	N	%
Risco Periodontal	Baixo Risco	15	65,2%	8	34,8%
	Médio Risco	31	49,2%	32	50,8%
	Alto risco	10	43,5%	13	56,5%
Risco de Cárie	Baixo Risco	2	66,7%	1	33,3%
	Médio Risco	12	54,5%	10	45,5%
	Alto Risco	42	50,0%	42	50,0%
Risco Familiar	Baixo Risco	41	48,8%	43	51,2%
	Médio Risco	3	42,9%	4	57,1%
	Alto Risco	12	70,6%	5	29,4%

Fonte: Autoria própria (2023).

Nas Tabelas 3 e 4 foram realizadas as regressões logísticas binárias com o objetivo de investigar em que medida o modo de acesso em saúde bucal (“Programado” e “Não Programado”) poderia ser adequadamente previsto pelas variáveis independentes (Modelo de Acesso de Andersen e Classificações de Risco).

O modelo para as variáveis independentes segundo o Modelo de Acesso de Andersen foi estatisticamente significativo com $[X^2(6) = 26,807, p < 0,000, \text{Nagelkerk } R^2 = 0,325]$ com vinte interações (Tabela 3), tendo, portanto, variáveis preditoras para o modo de acesso; enquanto o modelo para as variáveis independentes segundo as Classificações de Risco não foi estatisticamente significativo (Tabela 4), não sendo capaz de prever o modo de acesso em saúde bucal.

Ser da raça/ cor “Preto”, significa ter 5,42 vezes mais chance de acessar o serviço de saúde bucal através do modo de acesso “Não Programado” em relação à raça/ cor “Branco” (OR = 5,42; IC 95%: 1,38 - 21,26); enquanto ser da raça/ cor “Pardo”, significa ter 5,01 mais chance de acessar o serviço de saúde bucal através do modo de acesso “Não Programado” em relação à raça/ cor “Branco” (OR = 5,01; IC 95%: 1,77 - 14,17).

Ter sido motivado a procurar o serviço de saúde bucal para “Tratamento/ Dor”, significa ter 3,55 vezes mais chances de acessar o serviço de saúde bucal através do modo de acesso “Não Programado” em relação a “Revisão/ Prevenção” (OR = 3,55; IC 95%: 0,96 - 13,17).

Estar “Nervoso(a)/ Irritado(a)” com os seus dentes, significa ter 3,18 vezes mais chance de acessar o serviço de saúde bucal através do modo de acesso “Não Programado” em relação a estar não estar “Nervoso/ Irritado” (OR = 3,18; IC 95%: 1,24 - 8,17).

Tabela 3 - Modelos de Regressão Logística Binária ajustados para explicar a influência das variáveis independentes no modo de acesso em saúde bucal. São Paulo/ SP, 2022.

	Modelo Inicial			Modelo Final ¹		
	OR	IC	p	OR	IC	p
Sexo						
Masculino	Ref			Ref		
Feminino	0,46	0,13 - 1,63	0,23			
Idade						
Até 41 anos	Ref			Ref		
Acima 41 anos	1,12	0,39 - 3,27	0,82			
Raça/ cor						
Branca	Ref			Ref		
Preta	9,38	1,92 - 45,69	0,00	5,42	1,38 - 21,26	0,01
Parda	6,25	1,89 - 20,65	0,00	5,01	1,77 - 14,17	0,00
Escolaridade						
Até 11 anos	2,19	0,58 - 8,20	0,24			
Acima 11 anos	Ref			Ref		
Local última consulta						
Privado	Ref			Ref		
Público	2,58	0,88 - 7,58	0,08			
Avaliação do serviço						
Bom	Ref			Ref		
Regular	1,20	0,22 - 6,48	0,82			
Ruim	0,27	0,02 - 2,80	0,27			
Renda						
Até R\$ 2.500,00	0,57	0,16 - 2,04	0,39			
Acima R\$ 2.500,00	Ref			Ref		
Satisfação com saúde bucal						
Satisfeito	Ref			Ref		
Indiferente	1,43	0,31 - 6,56	0,64			
Insatisfeito	0,27	0,07 - 1,10	0,07			
Motivo última consulta						
Revisão/ Prevenção	Ref			Ref		
Tratamento/ Dor	6,38	1,30 - 31,15	0,02	3,55	0,96 - 13,17	0,05
Nervoso/ irritado com dentes						
Sim	3,86	1,07 - 13,85	0,03	3,18	1,24 - 8,17	0,01
Não	Ref			Ref		
Atrapalha estudar/ trabalhar						
Sim	2,19	0,53 - 8,91	0,27			
Não	Ref			Ref		

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; Ref.: Nível de referência; 1: Modelo da 9ª etapa de ajuste; O nível de referência da variável dependente foi "Acesso Programado".

Fonte: Autoria própria (2023).

Tabela 4 - Modelo de Regressão Logística ajustado para explicar a influência das variáveis independentes no modo de acesso em saúde bucal. São Paulo/ SP, 2022.

		Modelo Único		
		OR	IC	p- valor
Risco Cárie	Baixo Risco	Ref		
	Médio Risco	0,65	0,04 - 10,38	0,76
	Alto Risco	0,69	0,04 - 10,38	0,78
Risco Periodontal	Baixo Risco	Ref		
	Médio Risco	1,84	0,67 - 5,03	0,23
	Alto Risco	2,11	0,62 - 7,11	0,22
Risco Familiar	Baixo Risco	Ref		
	Médio Risco	1,27	0,26 - 6,03	0,76
	Alto Risco	0,39	0,12 - 1,22	0,10

OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de Confiança; Ref.: Nível de referência; O nível de referência da variável dependente foi “Acesso Programado”. Fonte: Autoria própria (2023).

Buscar acesso ao serviço odontológico motivados por “Tratamento/ dor” e estar “Irritado/ nervoso com os dentes” aumentou as chances em 3,55 e 3,18 vezes respectivamente pelo modo de acesso não programado.

Sabe-se que a dor de origem dental motiva, na maioria das vezes a busca por atendimentos odontológicos não programados, como os casos tidos de urgência, o que corrobora com o que encontramos no nosso estudo (Lacerda et al, 2004). A dor dentária causa impacto direto na qualidade de vida dos indivíduos por exercer limitações e influência em atividades cotidianas que ficam prejudicadas (Schierz et al, 2021; Guerra, 2004) . Além de afetar a função, caracteriza-se por provocar desconforto psicológico, podendo levar o paciente a um estado de maior irritabilidade e nervosismo (Bastos et al, 2007). Sendo assim, pacientes insatisfeitos e/ou irritados com sua condição bucal, buscaram mais vezes atendimento odontológico não programado, provavelmente, motivados pelo desconforto percebido.

Usuários de serviços públicos odontológicos regulares, ou seja, aqueles que tem um acesso programado, apresentam melhores condições bucais, menor necessidade de tratamento odontológico, melhor autopercepção e que não relatam dor em períodos menores de seis meses (Carreiro et al, 2017) . É de extrema importância que o cirurgião-dentista leve em consideração a autopercepção do paciente sobre a condição bucal no momento do atendimento, entendendo suas necessidades, estabelecendo vínculo e aumentando as chances de adesão ao tratamento odontológico, uma vez que, pacientes com queixas odontológicas tendem a buscar acolhimento, maior imediatismo e resolutividade nas consultas não programadas (Silva, 2001) .

Identificar e conhecer a autopercepção da saúde bucal dos indivíduos, bem como as condições já instaladas contribuem para o planejamento e a implementação de ações e programas em saúde bucal (Jahnke et al, 2013) .

Dessa forma, na tentativa de reduzir as barreiras ao acesso odontológico, além dos critérios já utilizados para organização das demandas, como classificações de risco para cárie e doença periodontal, seria interessante incluirmos a autopercepção do paciente, já validada como indicador de necessidade de tratamento em adultos. Entender e atender às necessidades percebidas por cada indivíduo quando em consultas não programadas, acolhe-lo diante do desconforto e irritabilidade causados pela dor e os impactos na qualidade de vida, somados à empatia profissional, podem ampliar a resolutividade dos atendimentos odontológicos e tornar a experiência do paciente mais positiva (Dalazen et al, 2018; Peres et al 2021).

As UBS devem estar preparadas para identificar as necessidades individuais e da coletividade, definindo prioridades de atendimento para determinados casos, com destaque para aqueles de maior sofrimento. O cuidado longitudinal e o tratamento concluído são importantes, mas não tiram a responsabilidade das equipes de saúde bucal fazer o primeiro

atendimento no caso de urgência odontológica (Ramos, 2003). Para isso, a identificação de necessidades não só auxilia no processo de acolhimento do cidadão orientando a oferta de cuidado, mas também o tempo em que isso deve ocorrer. O acolhimento com identificação de necessidades tem como objetivo ampliar e qualificar o acesso aos serviços de AB em saúde bucal e fortalecer a organização do processo de trabalho (São Paulo, 2022).

O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como parte do processo de produção de saúde, como algo que qualifica a relação e que, quando baseada em avaliações de risco e classificadas, configura-se como uma intervenção potencialmente decisiva na reorganização dos atendimentos não programados em saúde bucal (Brasil, 2010).

Segundo os resultados deste estudo, indivíduos classificados com baixo, médio e alto risco, sejam eles os individuais para cárie, doença periodontal e familiar, acessam os serviços de maneira aleatória pelos dois modos analisados, o acesso programado e o não programado. As classificações adotadas não foram capazes de prever o modo de acesso.

Os maiores riscos através das classificações adotadas para cárie e doença periodontal, que são as duas principais morbidades em saúde bucal sugerem maiores possibilidades de algum problema oral atual, com ou sem sintomatologia dolorosa. Seja através da autopercepção do usuário, representada pelo código F para cárie (Presença de dor), e/ ou pela necessidade normativa de tratamento, aquela diagnosticada pelo cirurgião-dentista, representada pelo código E para cárie (Cavidade de cárie aguda) e códigos 4 e 5 para doença periodontal (Mobilidade dentária graus 1, 2 e 3) que estão fortemente associadas ao padrão de procura por atendimento odontológico não programado (São Paulo, 2022; Dalazen, 2018; Nascimento et al, 2015).

Entretanto não foram capazes de prever o modo de acesso não programado ou espontâneo que prevê a busca do usuário pelo serviço de forma não esperada e não agendada, com a apresentação de condições com queixas clínicas como dor, trauma, abscesso, agudização de condições crônicas entre outras, como demonstra o estudo de Baldani, 2010 em que 91% das buscas pelos serviços odontológicos não programado se dão por algum tipo de problema bucal, seja ele percebido ou identificado pelo dentista (Baldani et al, 2010; São Paulo, 2022; Brasil b, 2018). Talvez por serem recomendadas para a utilização da demanda programada, classificando os usuários e propondo os desfechos para cada situação clínica encontrada.

Ser da raça/ cor “preto” e “pardo” aumentaram as chances em 5,42 e 5,01 vezes respectivamente em relação a ser “branco” em utilizar os serviços através do acesso não programado neste estudo. No Brasil, a raça é um fator limitante para a utilização dos serviços odontológicos com iniquidades raciais, com maiores vulnerabilidades dos pretos e pardos em relação aos brancos (Guiotoku et al, 2012; Sousa et al, 2012; Karam et al, 2022). Identificar que a porta de acesso não programado contempla mais usuários que tem limitações de acesso aos serviços odontológicos de maneira geral, pode favorecer com que os serviços lancem mão de estratégias mais equitativas, para essa parcela da população.

O usuário do serviço público odontológico pode buscar atendimento para um procedimento, uma orientação, uma atividade de grupo ou uma consulta na forma de demanda programada ou não programada. Para isso é necessário que o serviço preveja na sua organização, espaço e tempo que contemple tanto o acolhimento às urgências, dando respostas às necessidades dos usuários acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas que são acolhidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sem agendamento prévio, como também para aqueles que, a partir de avaliação/exame clínico-odontológico realizado com a finalidade de diagnóstico e elaboração de um Plano Preventivo-Terapêutico (PPT) com seguimento previsto seja contemplado pelo serviço (Brasil b, 2018).

Conhecer a realidade através de dados populacionais, socioeconômico, culturais e epidemiológicos prévios e/ ou imediatos como avaliações de risco do território são passos fundamentais para o planejamento e programação das ações em saúde bucal. A prestação de serviços e ações deve priorizar os agravos de maior gravidade e/ou mais prevalentes (Brasil b, 2018; Goes, 2012).

Pensando em uma postura mais ativa por parte dos serviços de saúde bucal e que seja mais equânime para os usuários, a utilização da classificação de risco familiar, mesmo não tendo sido capaz de prever o modo de acesso não programado; evidências apontam que estar em risco familiar significa identificar os indivíduos com as maiores tendências à cárie, doença periodontal e que estejam insatisfeitos com sua saúde bucal e sendo assim, lançar mão dessa classificação através do modo de acesso programado, tem potencial de ser mais equitativo (Peres et al, 2021). Além do acesso programado utilizar uma classificação de risco para organizar sua demanda, a adoção de avaliação/ classificação de risco para o acesso não programado, também pode trazer um impacto positivo nessa porta de acesso (Ramos et al, 2020). Este estudo apresenta limitação por considerar apenas o modo de acesso em serviços públicos da ESF e não as demais.

4. Conclusão

As variáveis “Motivo da consulta – Tratamento/ dor”, “Estar irritado/ nervoso com os dentes” e “Raça/ cor – Preta e Parda” foram capazes de prever o modo de acesso não programado aos serviços de saúde bucal. Estes achados são importantes para que os serviços possam buscar uma melhor qualificação dessa porta de entrada, valendo-se de classificações que tornem o processo de trabalho mais ativo e equânime. Como continuidade para os resultados encontrados neste estudo, a busca por instrumentos que sejam capazes de classificar e qualificar a demanda não programada, seja importante e necessite novos estudos.

Referências

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 36: 1-10.
- Baldani, M. H., Brito, W. H., Lawder, J. A. C., Mendes, Y. B. E., Silva, F. F. M., & Antunes, J. L. F. (2010). Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol* 13(1): 150-62.
- Baldani, M. H., Mendes, Y. B. E., Lawder, J. A. C., Lara, A. P. I., Rodrigues, M. M. A. S., & Antunes, J. L. F. (2011). Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *Journal of Public Health Dentistry. American Association of Public Health Dentistry.* 71 (2011) 46–53.
- Bastos, J. L. D., Gigante, D. P., Peres, K. G., & Nedel, F. B. (2007). Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 12(6): 1611-21.
- Brasil (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS – Versão 3.0 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.1.
- Brasil (2018). 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, 350 p.: il.
- Carnut, L., Filgueiras, L. V., Figueiredo, N., & Goes, P. S. A. (2011). Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3083-3091.
- Carreiro, D. L., Souza, J. G. S., Coutinho, W. L. M., Ferreira, R. C., Ferreira, E. F., & Martins, A. M. E. B. (2017). Uso de serviços odontológicos de forma regular na população de Montes Claros, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*; 22(12):4135-4150.
- Dalazen, C. E., Bomfim, R. A., & De Carli, A. D. (2018). Fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e de prótese em idosos brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva. Mar*; 23(3):945-952.
- Field, A (2020). Descobrir a estatística usando o SPSS/ Andy Field; tradução: Lori Viali. – (5a ed.). PensoXxxiv, 1069p.
- Fonseca, D. A. V., Mialhe, F. L., Ambrosano, G. M. B., Pereira, A. C., & Meneghin, M. C. (2014). Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1):269-277.
- Guerra, M. J. C., Greco, R. M., Leite, I. C. G., Ferreira, E. F., & Paula, M. V. Q. (2014). Impacto oral health conditions on the quality of life of Workers. *Ciênc saúde coletiva. Ciênc. Saúde coletiva*, 19(12): 4777-86.
- Guiotoku, S. K., Moysés, S. T., Moysés, S. J., França, B. H. S., & Bisinelli, J. C. (2012). Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 31(2):135–41.

- Góes, P. S. A.; & Moysés, S. J. (2012). Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. Artes Médicas.
- Jahnke, M. M., Ponte, M. E., Abegg, C., Fontanive, V. N., & Davoglio, R. (2013). Necessidade de tratamento odontológico autopercebida e normativa em indivíduos de três distritos sanitários de Porto Alegre/RS. *RFO UPF* [online]. 18(3): 271-276.
- Karam, A. S., Schuch, H. S., Demarco, F. F., Barros, F. C., Horta, F. C., & Correa, M. B. (2022). Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública. Cad. Saúde Pública*, 38(3).
- Kobayashi, H. M. (2012). Relação entre classificação de risco de cárie dentária e escala de risco familiar [Tese].
- Lacerda J T D, Simionato E M, Peres, K G Peres, M A Traebert, J & Marcenes, W. (2004). Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Revista de saude publica*; 38, 453-458.
- Lopes Júnior, L. C. (2010). A saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma interface metodológica fundamentada na técnica Delphi. *Cad. Saúde Colet.*, 18 (4): 516-26.
- Nascimento, A. R., Andrade, F. B., & César, C. C. (2015). Validade e utilidade da autopercepção de necessidade de tratamento odontológico por adultos e idosos. *Cad. Saúde Pública*, 31(8):1765-1774.
- Ohara, E. C. C., & Saito, R. X. S. (2010). *Saúde da Família – Considerações Teóricas e Aplicabilidade*; (2a ed.). Martinari.
- Peres Neto, J., Souza, M. F., Barbosa, A. M. C., Loschiavo, L. M., Barbier, W., Palacio, D. C., & Miraglia, J. (2021). Autopercepção de saúde bucal como indicador de necessidade de tratamento odontológico no Estado de São Paulo, Brasil. *J. Health Biol Sci.* 9(1):1-6.
- Peres J. P., Cortelazzi K. L., & Sousa M. L. R. (2021). Organização da demanda em saúde bucal e a vulnerabilidade familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*; 26(Supl. 2):3623-3633.
- Ramos, D. D., & Lima, M. A. D. S. (2003). Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19(1):27-34.
- Ramos, D. V. R., Miraglia, J., Monteiro, C. N., Borchardt, D., Tribis, L., & Sanches, T. P. (2020). Risk assessment for oral urgent treatment in Primary Healthcare: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20(1).
- São Paulo. (2022). Coordenadoria de Atenção Básica – CAB. Diretrizes da Atenção BásicaPag 95.
- Savassi, L. C. M., Lage, J. L., & Coelho, F. L. G. (2012). Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care*; 3(2):179-185.
- Silva, S. R. C. da, & Castellanos Fernandes, R. A. (2001). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública*, 35(4): 349-55.
- Silva, R. D. R., Amaral, R. C., & Sousa, M. L. R. (2013). Relação entre risco de cárie individual e risco familiar da doença priorizando atendimentos. *Rev Assoc Paul Cir Dent.*; 67(1):70.
- Souza, E. H. A., Oliveira, P. A. P., Paegle, A. C., & Goes, P. A. S. (2012). Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*; 17(8):2063-2070.
- Schierz, O, Baba, K, & Fueki, K. (2021). Functional oral health-related quality of life impact: A systematic review in populations with tooth loss. *J Oral Rehabil.*48(3):256-270.