

Avaliação de políticas relacionadas ao acesso e utilização de serviços odontológicos especializados: perspectivas teórico-metodológicas *em jogo*

4ª Reunião de Pesquisa em Saúde Bucal Coletiva
A produção científica nos 10 anos do Brasil Sorridente.

Data:

De 06 a 08 de Outubro de 2013

Local:

Faculdade de Odontologia da UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2492
Porto Alegre/RS

45ª SEMAC Odontologia
www.semacodonto.com.br
Inscrições e submissão de trabalhos em breve!



Principais eixos

- 1) As principais influências teóricas para análise de políticas e avaliação
- 2) As respostas sociais no Brasil quanto ao enfrentamento dos agravos bucais
- 3) As abordagens teórico-metodológicas possíveis em investigações de serviços odontológicos especializados
- 4) os grandes desafios para o “espaço de luta a favor da saúde bucal”

Mas antes, não posso deixar de dizer coisas que precisam ser ditas...



AQUI.

em 7 elementos

arte de Bel Borba

curador: Burt Sun

fotografia e vídeo: Andre Costantini & Burt Sun



PALACETE DAS ARTES RODIN BAHIA 2012

co-produção:



realização:



Gosto da sensação da obra de arte esta onde não se espera,
como na minha boca, por exemplo.

Arte é ter um pensamento e apresentar isso de maneira
que as pessoas possam compartilhar a sua idéia.



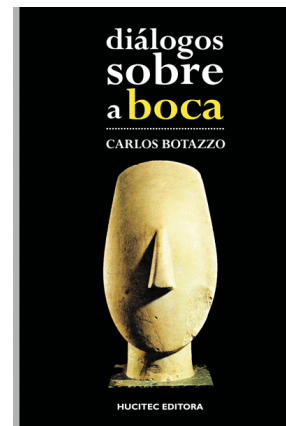
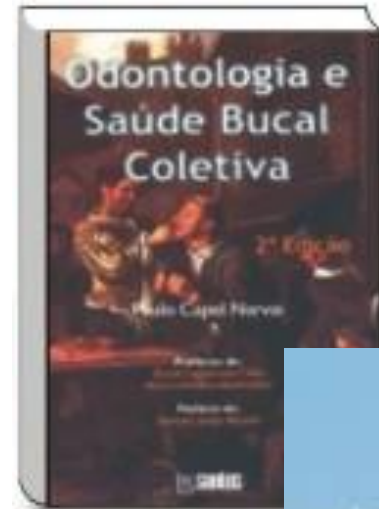


“A vida lhes levou os dentes e o sorriso lhes devolveu a alma”

Bel Borba

A saúde bucal coletiva

- Espaço de luta da saúde bucal, de agentes militantes na Reforma Sanitária Brasileira— e concomitantemente do campo odontológico. (Botazzo & Manfredini, 1988)
- É parte inseparável do movimento da saúde coletiva brasileira. (Narvai, 2010).
- Rompimento conceitual com a Odontologia Preventiva e Social, mas ainda com lacunas na prática.
- Inclui um conjunto de influências teóricas. (Botazzo & Chaves, 2013)
- *Ideia, movimento, proposta, projeto e processo* (Paim, 2008)



1) As principais influências teóricas

- **Política**
- **Uma política nova traz o reconhecimento da necessidade de resolver um problema (Pinell, 2011)**
- **Construção social do problema definido pelos grupos sociais em jogo (Pinell, 2002).**
- **Carta de intenções (Paim, 2007)**
- **Relações de poder em disputa (Testa, 2000; Matus, 1998, Paim, 2012)**
- **Diferentes agentes situados em posições distintas no espaço social (Bordieu, 2011)**
- **Ciclo das políticas (Kingdom, 2006)**
- **Avaliação em saúde**
- Julgamento de valor sobre intervenções ou qualquer dos seus componentes ou sobre as práticas sociais
- A utilização e o acesso ainda são atributos pouco investigados
- Mais que isso, a avaliação da atenção à saúde bucal é ainda incipiente (Colasso & Calvo, 2012; Nickel, 2012)
- Ferramenta do Planejamento, portanto da prática concreta da implementação de políticas

1) As principais influências teóricas

- Política
- Uma política nova traz o reconhecimento da necessidade de resolver um problema
- Construção social do problema definido pelos grupos sociais em jogo (Pinell, 2002).
- Carta de intenções
- Relações de poder em disputa (Testa, 2000; Matus, 1998, Paim, 2012)
- Diferentes agentes situados em posições distintas no espaço social (Bordieu, 2011)
- Ciclo das políticas (Kingdom, 2006)
- Avaliação em saúde
- Julgamento de valor sobre intervenções ou qualquer dos seus componentes ou sobre as práticas sociais (Contandriopoulos, 2011, Brouselle, 2011, Vieira-da-Silva, 2010)
- A utilização e o acesso ainda são atributos pouco investigados
- Mais que isso, a avaliação da atenção à saúde bucal é ainda incipiente (Colasso & Calvo, 2012; Nickel, 2012)
- Ferramenta do Planejamento, portanto da prática concreta da implementação de políticas

2) A análise das respostas sociais quanto ao enfrentamento dos agravos odontológicos

Três grandes componentes:

- **Oferta de atenção especializada**
 - **Criação dos CEOs**
- Ampliação da atenção básica (PSF)
 - Prótese na atenção básica
- Fluoretação das águas

Ciclo da política

- **Definição da agenda (Fome Zero)**
- **Formulação da política (Bartole, 2006; Garcia, 2006)**
- **Implementação (Soares, 2007; Souza, 2008, Figueiredo e Góes, 2009)**
- **Avaliação (melhoria ou abandono)**

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS
UNIDADE TÉCNICA DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

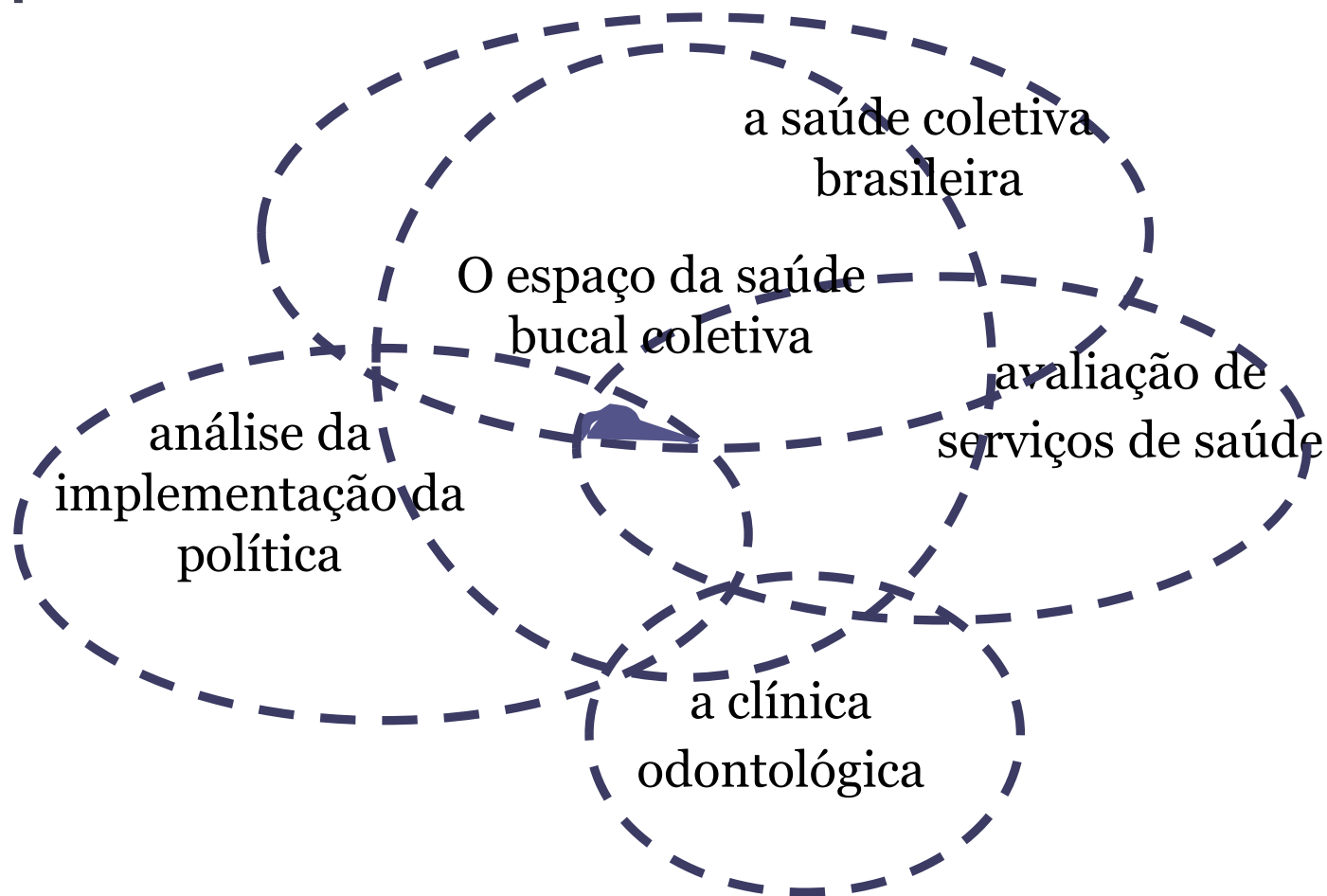
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA – DAB
COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL DO BRASIL: REGISTRO DE UMA CONQUISTA HISTÓRICA

CAPÍTULO 4

A SAÚDE BUCAL NA ATUALIDADE: A POLÍTICA BRASIL SORRIDENTE.....	41
4.1. A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	42
4.2. AMPLIAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA: CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E LABORATÓRIOS REGIONAIS DE PRÓTESES DENTÁRIAS	48
4.3. FLUORETAÇÃO DA ÁGUA DE ABASTECIMENTO PÚBLICO	49
4.4. INVESTIMENTOS NO BRASIL SORRIDENTE.....	50

Avaliação do acesso e utilização de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil



Definição compartilhada de conceitos

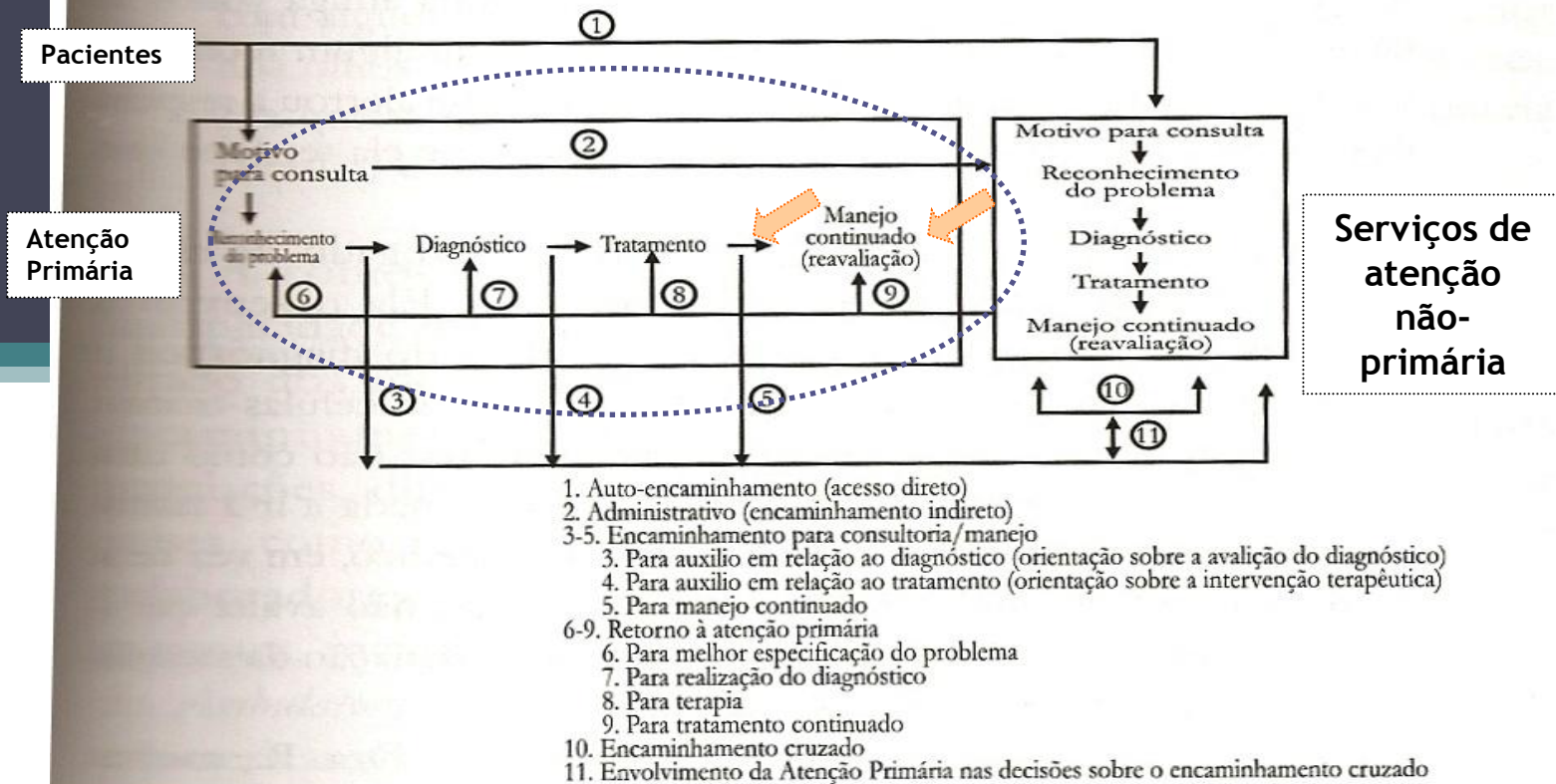
- Utilização – ato de ingressar no sistema estabelecendo diferentes padrões de uso de serviços (Aday & Andersen, 1992).
- Acesso - Mediação entre a características dos serviços que facilitam ou obstaculizam a sua utilização por parte dos usuários. (Donabedian, 1988; Frenk, 1992).

Acesso = utilização = cobertura real

Acessibilidade = Mediação entre usuários e serviços facilitando o acesso



Figura 11.1
Desafios da coordenação



Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde do Brasil, 2002. 726p.

A Política Nacional de Saúde Bucal: avaliação da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas

A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas

Sônia Cristina Lima Chaves
Andréia Leal Figueiredo
Sandra Garrido de Barros
Denise Nogueira Cruz
Bárbara Laisa Alves Moura
Alunos: Laís, Coriolano e Thales

Edital 2010. Período: 2011/2012

Projeto Financiado pela FAPESB PPSUS/2007

Objetivos

- Avaliar a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal no componente da implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) em municípios da Bahia.

Metodologia

- **Sub-projetos**

1. Pré-avaliação ou avaliabilidade



Estudos de casos-exemplares

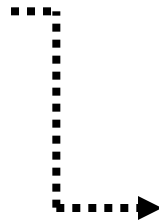
Em cada município:

Entrevistas junto a dois dentistas “especialistas” do CEO, coordenador e duas ASBs

Observação do funcionamento do serviço de saúde

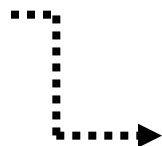
Análise documental

2. Avaliação de acesso e continuidade do cuidado



- Questionário junto a amostra de demanda de usuários (611 usuários) em quatro municípios

3. Avaliação da Oferta e utilização (avaliação normativa)



- Dados de produção ambulatorial do SIA-SUS por Unidade
- Confronto entre a oferta disponível e a utilização

Metodologia

- Amostra de demanda em quatro municípios da Bahia
- 611 usuários foram entrevistados na sala de espera, antes ou após o atendimento
- Questionário estruturado:
 - Características sócio-econômicas
 - Acessibilidade organizacional
 - Acessibilidade geográfica
 - Origem do usuário
 - Necessidade de serviço de saúde
- Os dados foram digitados no Epi 6.0
- Analisados no SPSS versão 13.0.
- Regressão logística ajustada entre a variável resposta com as variáveis independentes que apresentaram associação significativa ao nível de 0,20 com a variável dependente (resposta) na análise bivariada.

Tabela 2- Modelo final da análise de Regressão Logística Associação entre integralidade na saúde bucal e variáveis sócio-econômicas, demográficas e de acesso aos serviços odontológicos especializados. Bahia, 2008.

Variáveis	RP Ajustada (IC 95%)
Idade	
Até 35 anos de idade	1,42(1,01-2,01)
36 anos ou mais	1,00
Cobertura do PSF	
Menos que 50%	1,00
Maior ou igual 50%	2,03 (1,33-3,09)
Tipo de procedimento no CEO	
Tratamento endodôntico	2,31(1,67- 3,19)
Tratamento periodontal e pacientes especiais	0,70(0,47-1,06)
Lesões de mucosa e cirurgia oral menor	1,00
Origem do usuário	
Livre demanda, Hospital e Pronto-socorro	1,00
Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família	3,13 (1,70-5,77)
Tempo agendamento da consulta	
Até 15 dias	1,00
16 dias ou mais	1,00 (1,00-1,00)
Meios de transporte	
Carro ou a pé	1,22(1,03-1,41)
Ônibus ou van	1,00
Ficha de referência	
Não	2,95 (1,82-4,78)
Sim	1,00



Na análise multivariada ajustada

Quem têm mais chance de ter o tratamento concluído são aquelas pessoas:

- com idade até 35 anos [RP=2,03 (1,33-3,09)]
- que moram em cidade com cobertura de PSF igual ou maior que 50% [RP=2,03 (1,33-3,09)].
- necessitavam de tratamento endodôntico [OR=2,31(1,67- 3,19)]
- Vieram da atenção básica do município [OR=3,13 (1,70-5,77)] e que levaram menos de 30 minutos para marcar a consulta [OR=1,48(1,07-2,06)]
- Com facilidade no deslocamento [OR=1,22(1,03-1,41)]
- Com ficha de referência (RP=2,95 (1,82-4,78))

Sônia Cristina Lima Chaves¹Sandra Garrido de Barros¹Denise Nogueira Cruz¹Andreia Cristina Leal
Figueiredo¹Bárbara Laisa Alves Moura^{II}Maria Cristina Teixeira
Cangussu¹

Brazilian Oral Health Policy: factors associated with comprehensiveness in health care

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the factors associated with comprehensiveness in oral health care in Centers of Dental Specialists, according to the guiding principles of the Brazilian Oral Health Policy.

METHODS: An exploratory cross-sectional study, based on an interview with 611 users of four specialized dental care centers, was performed in the state of Bahia, Northeastern Brazil, in 2008. The dependent variable was described as "comprehensiveness in oral health care", corresponding to having a primary dental care performed before specialized treatment or concomitantly with it. The main covariables referred to the level of coverage of the family health strategy in the city, users' sociodemographic characteristics, and organizational and geographic accessibility to the service, in addition to the type of specialized care required.

RESULTS: Residents of the cities where the Family Healthcare Program had a coverage $\geq 50\%$ were more likely to conclude their dental treatment (PR=2.03, 95% CI: 1.33;3.09), compared to those who lived in places with lower coverage. Individuals who sought endodontic treatment were more likely to receive comprehensive oral health care than users who were seeking other types of specialized care (PR=2.31, 95% CI: 1.67;3.19). Users with better geographic accessibility to specialized services (PR=1.22, 95% CI: 1.03;1.41), with a reference guide from primary care (PR=2.95, 95% CI: 1.82;4.78) and coming from primary health care services (PR=3.13, 95% CI: 1.70;5.77) were more likely to achieve comprehensiveness in oral health care than other users.

CONCLUSIONS: Users with better geographic accessibility, lower age and need of endodontic services were more likely to receive comprehensive health care. Implementation of Centers of Dental Specialists in cities where primary healthcare is not adequately structured is not recommended, because secondary health care would meet the free demand and perform basic procedures, thus not fulfilling the expected principle of comprehensiveness.

DESCRIPTORS: Comprehensive Dental Care. Health Services Accessibility. Dental Health Services. Public Health Dentistry. Health Policy. Cross-Sectional Studies.

INTRODUCTION

The Brazilian Oral Health Policy (PNSB), formulated and launched in the Brazilian political agenda in 2004, intended to provide secondary dental care in Centers of Dental Specialists (CDS).¹⁰ The CDS are establishments specialized in oral health, with an emphasis on oral cancer diagnosis, specialized

¹ Departamento de Odontologia Social e Pediátrica. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal da Bahia (UFBA). Salvador, BA, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária. Instituto de Saúde Coletiva. UFBA. Salvador, BA, Brasil

Correspondence:

Sônia Cristina Lima Chaves
R. Araújo Pinho, 62 – Canela
40110-912 Salvador, BA, Brasil
E-mail: schaves@ufba.br

Received: 9/21/2009
Approved: 5/14/2010

Article available from: www.scielo.br/rsp




Sub-projeto 3 - Avaliação da oferta e utilização

- Oferta potencial
 - Refere-se ao quanto o conjunto de cirurgiões-dentistas do CEO poderiam produzir em termos de procedimentos, considerando sua carga-horária mensal, retirando-se um mês de férias.
- Utilização do serviço
 - Refere-se ao quanto o conjunto dos cirurgiões-dentistas do CEO realmente produziram em número de procedimentos registrados no SIA-SUS.
- Fonte de dados:
 - Produção ambulatorial do CEO no SIA-SUS e informação sobre RH no CEO
 - Taxa de utilização

$$\text{Taxa} = \frac{\text{Utilização no SIA}}{\text{Oferta de procedimentos}} \times 100$$

Sub-projeto 3 – Avaliação da oferta e utilização

- O comitê de *experts para consenso* sobre o número de procedimentos por hora por especialidade
 - Técnica de Delphy
 - Três especialistas por area (endodontia, cirurgia oral menor e periodontia)
 - Questionário com procedimentos do SUS
- Resultados
 - Endodontia: 1,3 procedimentos por hora (DP=0,3) 
 - Periodontia: 1,5 procedimentos por hora (DP=0,5)
 - Cirurgia oral menor: 1,5 proc. por hora (DP=0,35)

Considerações (sub-projeto 3 - oferta-utilização)

- A baixa taxa de utilização em algumas especialidades pode ser reveladora de problemas de gestão do serviço;
- Metas de produção conforme portarias ministeriais (produção ambulatorial) – rever portarias do CEO.
- A problemática da dupla inserção dos profissionais cirurgiões-dentistas (setor público e setor privado) deve ser incorporada como uma realidade pelos gestores públicos.

Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte

Characteristics of the access and utilization of public dental services in medium-sized cities

Sônia Cristina Lima Chaves¹
Felipe Fagundes Soares¹
Thais Regis Aranha Rossi¹
Maria Cristina Teixeira Cangussu¹
Andreia Cristina Leal Figueiredo¹
Denise Nogueira Cruz¹
Patrícia Ramos Cury¹

Abstract This cross-sectional study sought to describe the main characteristics of access and utilization of primary and specialized public dental services in two medium-sized cities in Bahia with 100% coverage of the Family Health Program. A survey of 952 households and 2.539 individuals aged over 15 years was conducted. The main variables analyzed were: perceived oral health needs, demand for the service, barriers of organizational access and the type of service and procedure utilized. The use of specialized public dental services was of 11.7% and primary care was 26%. In the city where there was greater use of public dental services, there was less use of private services. The main barrier to access remained in primary care (from 5.0% to 15.2%). There was little interface between secondary care a primary care, as only 16.6% of users returned to this level of care. In conclusion, the main barrier to access in cities with specific organizational and geographic realities appears to be in primary dental care. Individual preventive actions were little reported. It is recommended that barriers to access in primary care be eliminated, and also that a protocol (clinical guides) be established to foster the continuity and longitudinality of primary dental care.

Resumo Este estudo de corte transversal descreve as principais características de acesso e utilização de serviços odontológicos básicos e especializados em dois municípios de médio porte da Bahia com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Realizou-se um inquérito com 2.539 indivíduos de idade acima de 15 anos em 952 domicílios. As principais variáveis analisadas foram a necessidade de saúde bucal percebida, a procura pelo serviço, a barreira de acesso organizacional e o tipo de serviço e o procedimento utilizado. A utilização de serviços públicos odontológicos especializados foi de 11,7% e básicos de 26%. No município com maior utilização de serviços públicos odontológicos, foi menor o uso de serviços privados. A principal barreira de acesso situou-se na AP (Atenção Primária), entre 5,0% e 15,2%. Observou-se pouca interface da atenção secundária com a AP já que apenas 16,6% dos usuários retornaram a esse nível de atenção. Pode-se concluir que a principal barreira de acesso, em municípios com realidades organizacionais e geográficas específicas parece se situar na AP. Ações preventivas individuais foram pouco relatadas. Recomenda-se a redução de barreiras de acesso na AP, bem como a instituição de um protocolo que estimule a longitudinalidade do cuidado nesse nível.

¹ Universidade Federal da Bahia, Departamento de

A Política Nacional de Saúde Bucal no componente da atenção secundária na Bahia: a integralidade no cotidiano das práticas

Coordenador(a): Sônia Cristina Lima Chaves

Equipe:

Thais Aranha Rossi

Felipe Fagundes Soares

Maria Cristina Teixeira Cangussu

Andréia Leal Figueiredo

Mariângela de Souza Matos

Patrícia Ramos Cury

Alunos de Graduação de TCC (4), Mestrado (3), Doutorado (1)

Edital 2010. Período: 2011/2012

Objetivos

- Analisar o processo de implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas, em dois municípios selecionados com 100% ESB/ESF;
 - **Estudos de casos exemplares**
- Discutir as relações observadas entre as características da gestão da saúde e da saúde bucal e a organização das práticas dos CEOs;
 - **Inquérito Domiciliar**
- Caracterizar a utilização e acesso da população à atenção básica e especializada em saúde bucal por tipo de especialidade;
 - **Análise de trajetória com enfoque sociológico**
- Descrever as trajetórias dos casos da atenção básica para a atenção secundária em saúde bucal nos dois municípios analisados.

Metodologia

Dois municípios de médio porte na Bahia

- Estudo de corte-transversal tipo inquérito domiciliar de utilização e acesso aos serviços odontológicos públicos e privados
 - n=2.539 indivíduos de idade acima de 15 anos em 952 domicílios. As principais variáveis analisadas foram:
 - a necessidade de saúde bucal percebida,
 - a procura pelo serviço,
 - a barreira de acesso organizacional e o tipo de serviço e o procedimento utilizado
 - Posição social desses indivíduos
 - n=403 do exame clínico-epidemiológico sobre perda dental, condição dental e periodontal entre aqueles que utilizaram os serviços públicos odontológicos
 - Estudos de caso com enfoque qualitativo
 - Estudo baseado na análise do ciclo da política pública e na análise do triângulo de governo de Matus e do postulado da coerência de Mário Testa)
 - Análise dos documentos-base
 - Entrevista com 24 informantes-chave (Prefeito, secretário de saúde, coordenação saúde bucal e profissionais de saúde)
- Estudo qualitativo em profundidade sobre as trajetórias dos usuários

Tabela 1. Características de utilização dos serviços odontológicos públicos e privados em dois municípios da Bahia de médio porte com 100% de cobertura do PSF. Bahia, 2011.

Variáveis	Município A		Município B		p valor
	n=1364		n=1175		
	n	%	n	%	
Necessitou de tratamento odontológico?					
Não	527	38,6	507	43,2	0,12
Sim	837	61,4	668	56,8	
Procurou pelo atendimento?					
Não	652	47,8	572	48,7	0,10
Sim	712	52,2	603	51,3	
Tipo de serviço odontológico utilizado					
UBS pública	409	30,0	273	23,2	0,04
CEO	192	14,1	105	8,9	0,17
Particular/convênio	200	14,7	305	26,0	0,00
Barreiras de acesso (não conseguiu atendimento)					
UBS pública	108	15,2	30	5,0	0,59
CEO	2	1,0	2	1,9	-
Particular/convênio	1	0,5	7	2,3	-

Tabela 5. Características da acessibilidade dos serviços especializados de saúde bucal em dois municípios de médio porte. Município A (n=192) e município B (n=105). Bahia, 2011.

Variáveis	Município A		Município B		p valor
	n=192		n=105		
	n	%	n	%	
Realizou procedimentos básicos antes do especializado?*					
Sim, na UBS	163	88,8	83	81,6	0,09
Sim, no setor privado	2	1,1	4	4,0	
Não ou sem informação	17	9,3	14	13,8	
Levou ficha de referência?***					
Sim	133	77,8	74	89,1	0,04
Não	38	22,2	9	10,8	
Retornou com ficha de referência?***					
Sim	32	18,7	17	20,5	0,76
Não	139	81,3	66	79,5	
Tempo (em dias) agendamento consulta***					
Até 15 dias	125	79,6	60	62,8	0,01
Mais que 15 dias	32	20,4	35	37,2	
Tempo (em dias) para consulta de retorno****					
Até 15 dias	106	72,1	50	56,3	0,07
Mais que 15 dias	41	27,9	38	43,7	
Tipo de procedimento no CEO					
Higiene bucal supervisionada	11	5,7	11	10,4	0,45
Limpeza	49	25,5	22	20,9	0,87
Restauração simples	21	10,9	33	31,4	0,14
Extração	92	47,9	25	23,8	0,02
Tratamento periodontal	11	5,7	4	3,8	-
Tratamento endodôntico	51	26,6	28	26,7	0,81
Raios x	59	30,7	50	47,6	0,06

*Sem informação, A=10, B=4

**Sem informação, A=21, B=22

Tabela 1 – Tipo de serviços de saúde procurados e razão da procura, segundo renda familiar mensal e anos de estudo. Brasil, 2010.

Local	Anos de estudo						Renda familiar mensal						total	
	s/inst.a 4 anos*	%	4 a 7 anos	%	7 anos e mais	%	<2 SM**	%	2 a 5 SM	%	mais de 5 SM	%		
Farmácia	27	1.2	6	0.8	6	0.3	27	1.1	11	0.8	1	0.1	39	0.8
Posto ou centro de saúde	1128	48.6	304	39.5	454	25.3	1284	51.2	517	35.5	85	9.3	1886	38.6
Consultório médico particular	220	9.5	96	12.5	453	25.3	151	6.0	247	16.9	371	40.6	769	15.8
Consultório odontológico	74	3.2	46	6.0	174	9.7	95	3.8	101	6.9	98	10.7	294	6.0
Consultório de outro profissional	7	0.3	4	0.5	15	0.8	8	0.3	11	0.8	7	0.8	26	0.5
Ambulatório empresa	5	0.2	6	0.8	14	0.8	10	0.4	10	0.7	5	0.5	25	0.5
Ambulatório ou consultório de clínica	125	5.4	59	7.7	262	14.6	129	5.1	143	9.8	174	19.0	446	9.1
Pronto socorro ou emergência	67	2.9	28	3.6	41	2.3	76	3.0	40	2.7	20	2.2	136	2.8
Hospital	621	26.8	198	25.7	324	18.1	679	27.1	342	23.5	122	13.3	1143	23.4
Laboratório de exames	14	0.6	14	1.8	34	1.9	18	0.7	22	1.5	22	2.4	62	1.3
Outros	32	1.4	8	1.0	16	0.9	33	1.3	14	1.0	9	1.0	56	1.1
Razão da procura														
Acidente ou lesão	100	4.3	51	6.6	115	6.4	121	4.8	99	6.8	46	5.0	266	5.4
Problema odontológico	122	5.3	73	9.5	217	12.1	173	6.9	130	8.9	109	11.9	412	8.4
Reabilitação	37	1.6	15	2.0	57	3.2	46	1.8	38	2.6	25	2.7	109	2.2
Pre-natal	13	0.6	31	4.0	66	3.7	69	2.7	26	1.8	15	1.6	110	2.3
Puericultura	42	1.8	1	0.1		0.0	28	1.1	9	0.6	6	0.7	43	0.9
Vacinação	122	5.3	2	0.3	8	0.4	96	3.8	31	2.1	5	0.5	132	2.7
Outros atendimentos preventivos	502	21.6	221	28.7	680	37.9	615	24.5	416	28.5	372	40.7	1403	28.7
Parto	3	0.1	4	0.5	9	0.5	13	0.5	2	0.1	1	0.1	16	0.3
Doença	1375	59.3	368	47.9	626	34.9	1340	53.4	699	47.9	330	36.1	2369	48.5
Atestado	4	0.2	3	0.4	15	0.8	9	0.4	8	0.5	5	0.5	22	0.5
Total	2320	100.0	769	100.0	1793	100.0	2510	100.0	1458	100.0	914	100.0	4882	100.0

Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/PNAD, 2003

* Em anos de estudo

** Em salários mínimos

Outros olhares...

DESIGUALDADE NA UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL ENTRE ADULTOS BRASILEIROS E FATORES ASSOCIADOS

Sônia Cristina Lima Chaves
Felipe Fagundes Soares

Tabela 3 – Modelo de análise de regressão logística multivariada para associação entre exodontia e variáveis sociodemográficas

Modelo Final	OR	95%IC
Beneficiário de programa social (sim)	1,43	1,02-2,01
Etnia (negro)	0,78	0,56-1,10
Sexo (masculino)	1,14	0,98-2,00
Idade (≥ 35 anos)	1,59	1,12-2,27
Escolaridade (≤ 7 anos)	1,81	1,27-2,56

Aspectos político-organizacionais da implementação

- Papel fundamental do governo local na implementação da política;
- Contudo, contingenciado pelos propósitos de governo e seu método, bem como da sua capacidade de governo;
- Atuação da coordenação de SB:
 - Alta capacidade de governo;
 - Capacidade de condução do projeto da SB;
 - Experiência na gestão;
 - Habilidades no controle do processo de trabalho;
 - Êxito no funcionamento do CEO.
- Barreiras de acesso e longitudinalidade na APS

E para finalizar



4) os grandes desafios para o “espaço de luta a favor da saúde bucal”

- ❑ Estudos publicados são do campo científico, mas cujos produtores militam nos serviços (Martelli et al., 2012)
- ❑ Ênfase em estudos quantitativos de avaliação e sem julgamento de valor, com foco na “satisfação dos usuários” (Colussi & Calvo, 2012).
- ❑ Maior cooperação entre os diferentes grupos de pesquisa para possibilitar ampliação dos pontos de vista e trocas de influências teóricas (multicêntricos)
- ❑ Somos um pólo no espaço de luta pela saúde bucal, que engloba diferentes pontos de vista. Não somos (ou somos?) o pólo dominante?