

# Determinantes do não uso de serviços odontológicos por crianças de cinco anos

## Individual determining factors of the non-use of dental services by 5-year-old children

Adriana Benquerer Oliveira Palma<sup>1</sup>, Raquel Conceição Ferreira<sup>2</sup>, Andréa Maria Eleutério Barros Martins<sup>1</sup>, Katyane Benquerer Oliveira Assis<sup>3</sup>, Danilo Antônio Duarte<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Estudo transversal, que avaliou a prevalência e fatores associados ao não uso dos serviços odontológicos entre crianças de cinco anos de Montes Claros/MG. Foi realizado estudo populacional com amostra probabilística por conglomerados aleatoriamente selecionada. **Material e Métodos:** A amostra incluiu 997 crianças, que foram submetidas a um exame epidemiológico por examinadores calibrados ( $\kappa > 0,60$ ). Os pais ou responsáveis responderam a um questionário sobre condições socioeconômicas, necessidades percebidas e utilização de serviços odontológicos. Análises bivariada e múltipla empregando Regressão de Poisson Robusta, com estimativa das Razões de Prevalência foram empregadas para testar a associação da variável dependente “uso de serviços odontológicos” e as independentes, segundo Modelo Comportamental de Andersen e Davidson. O programa SPSS 18.0 foi utilizado para análise dos dados. **Resultados:** Uma proporção de 64,3% (n = 603) nunca usou serviços odontológicos na vida. Houve maior prevalência de crianças que não usaram os serviços odontológicos entre aquelas que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais (1,38; IC95% 1,27-1,50), com menor renda (1,73; IC95% 1,22-2,47), filhas de mães com menor escolaridade, que não utilizavam flúor (1,41; IC95% 1,20-1,65) e crianças filhas de mães que não percebiam necessidade odontológica nos seus filhos (1,31; IC95% 1,17-1,47). A prevalência de não uso de serviços odontológicos foi menor nas crianças sem cobertura pela Estratégias de Saúde da Família (ESF) (0,90; IC95% 0,80-1,00) e diminuiu com o aumento do número de dentes decíduos obturados (0,26; IC95% 0,14-0,47). **Conclusão:** Houve uma baixa prevalência de uso de serviços odontológicos. Os resultados sugerem uma distribuição desigual no uso de serviços, principalmente determinada por fatores sociais.

**Descritores:** Estudos transversais. Pré-escolares. Assistência odontológica para crianças.

### INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil é uma garantia constitucional e apresenta-se como direito a ser garantido pelo Estado, com a universalização da atenção. Neste sentido, o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde deve ser buscado de forma constante<sup>1</sup>, atenuando as desigualdades entre pobres e ricos. A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral, porém historicamente uma parcela importante da população brasileira enfrentou problemas de acesso a serviços odontológicos, sendo desigual e limitado a determinados grupos etários<sup>2</sup>.

A atenção odontológica em idades precoces pode contribuir para a prevenção das doenças bucais,

reduzindo suas sequelas e o custo com o tratamento<sup>3</sup>. Historicamente, as crianças de cinco anos foram excluídas do acesso a serviços odontológicos, destinados exclusivamente a escolares. No Brasil, no ano 2000<sup>4</sup>, a saúde bucal foi incluída nas equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorganização da atenção primária, atendendo às pessoas que residem em determinada área de abrangência, inclusive as crianças. Essa atenção está organizada em redes de atendimento onde a família é o foco da atenção, no ambiente onde vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença<sup>5</sup>. Nesse contexto, o uso de serviços odontológicos configura-se como um comportamento

<sup>1</sup> Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Montes Claros, MG.

<sup>2</sup> Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG.

<sup>3</sup> Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Cruzeiro do Sul (UNICSUL), São Paulo, SP.

<sup>4</sup> Departamento de Odontopediatria, UNICSUL, São Paulo, SP.

Contatos: ferreira\_rc@hotmail.com, martins.andreambl@gmail.com, benquererk@hotmail.com, danilo.duarte@cruzeirodosul.edu.br, adrianabenquerer@yahoo.com.br

passível de ser adotado entre usuários cadastrados na ESF.

O uso de serviços odontológicos, segundo Andersen & Davidson<sup>6</sup>, está associado de forma independente a um conjunto de fatores. Os comportamentos de saúde (práticas pessoais e uso formal de serviços) são variáveis intermediárias, precedidas pelos determinantes primários de saúde bucal (ambiente externo, sistema de atenção à saúde bucal e características pessoais) e que antecedem os desfechos de saúde bucal (condição de saúde bucal, percepção da condição de saúde bucal e satisfação com os serviços e ou com a condição de saúde). Esse modelo teórico é dinâmico e as variáveis se interagem de forma mútua, podendo as condições de saúde preceder os comportamentos de saúde, num mecanismo de retroalimentação<sup>6,7</sup>.

O uso de serviços de saúde é um indicador, embora não se trate de uma avaliação do acesso à atenção à saúde. O estudo dos fatores associados ao uso de serviços permite a identificação da iniquidade, possibilitando orientar o desenho de políticas de saúde que incentivem a procura de atendimento odontológico e/ou a garantia do acesso em idade precoce por parte da população<sup>8</sup>.

Estudo realizado na Bélgica mostrou que 21% das crianças de 5 anos não haviam procurado o cirurgião-dentista uma única vez<sup>9</sup>. Enquanto que um estudo americano registrou que 79,0% das crianças nunca foram ao dentista<sup>10</sup>. No Brasil, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1998 e 2003 (PNAD/1998/2003), foi observado que 42,9% e 36,8% das crianças de 5 a 9 anos, respectivamente, nunca consultaram o cirurgião-dentista. De modo geral, estudos nacionais mostraram grande variabilidade dos resultados (22,1% a 86,7%) referentes a saúde bucal e uso de serviços odontológicos entre as crianças<sup>11,12,13,14,15,16</sup>. Porém, somente um único estudo foi conduzido entre crianças de cinco anos, idade índice preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1997, para avaliação da saúde bucal de crianças com dentição decidua<sup>16</sup>. Torna-se, portanto, fundamental estudar os determinantes desse comportamento em saúde, nesta idade índice.

Diante do exposto, este estudo caracterizou o uso de serviços odontológicos, investigou a prevalência e os fatores associados a não utilização de serviços odontológico por crianças de cinco anos residentes no município de Montes Claros (Minas Gerais, Brasil).

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal com uma amostra representativa das crianças de cinco anos participantes do “Projeto SBMOC- Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros, Minas Gerais”. Esse

projeto foi conduzido com o intuito de representar duas idades índice (cinco e 12 anos) e quatro faixas etárias (18-36 meses, 15-19, 35-44 e 65-74 anos), conforme recomendação da OMS, em 1997<sup>17</sup>. A coleta de dados foi realizada em 2008/2009, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes (Protocolo 318/06). Os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi fruto de parceria entre Unimontes e Prefeitura Municipal de Montes Claros.

### População estudada

O universo, segundo resultados do censo conduzido pelo IBGE no ano 2000, foi formado por 7017 crianças<sup>16</sup> de cinco anos de idade residentes na cidade de Montes Claros, Minas Gerais. Foi estimada uma amostra complexa, probabilística por conglomerados em dois estágios (setores censitários e quadras), conforme metodologia do SBBrazil 2002/2003<sup>18</sup>. No cálculo amostral, considerou-se a estimativa da ocorrência dos eventos ou doenças bucais em 50% da população, um erro de 5,5%, nível de confiança de 95%, o *deff* (*design effect* = efeito de desenho) de 2, uma taxa de não resposta de 20% e a garantia de proporcionalidade por sexo. Após correção para população finita, foi estimada uma amostra final de 729 crianças de cinco anos de idade. As unidades amostrais foram selecionadas em dois estágios: primeiro, por amostragem aleatória simples, foram selecionados 53 dos 276 setores censitários urbanos e duas das 11 áreas rurais. Em seguida, por amostragem aleatória simples, foram selecionadas duas quadras em cada um dos 53 setores. Todos os domicílios das quadras selecionadas foram incluídos e as crianças de cinco anos examinadas. Na zona rural, os residentes em todos os domicílios situados a uma distância de até 500 metros de uma instituição de referência foram convidados a participar<sup>18</sup>.

### Coleta de dados

Inicialmente, foi conduzido um estudo piloto para testar a logística e processo de trabalho dos entrevistadores no campo. Avaliou-se a reprodutibilidade dos instrumentos considerados, assim como, os níveis de concordância dos examinadores. A calibração consistiu da seleção de voluntários, treinamento teórico, treinamento prático, coleta de dados e cálculo da concordância. Trinta e três cirurgiões-dentistas examinaram e re-examinaram os voluntários, utilizando os códigos e critérios propostos pela OMS em 1997. Na estimativa das concordâncias, considerando satisfatórios os níveis  $\geq 0,60$ , utilizaram-se os coeficientes adequados à condição de saúde avaliada: Kappa (condições da coroa dentária e da raiz dentária, necessidade de tratamento dentário, alteração gengival e uso/necessidade de prótese), Kappa ponderado (fluorese,

cálculo e condições periodontais) e o coeficiente de correlação intra-classe (Índice de Estética Dental). Dentre, aproximadamente, 1600 voluntários, 945 foram selecionados. Os participantes do estudo piloto não foram incluídos no estudo principal. Os treinamentos teórico e prático demandaram noventa horas e foram realizados na Universidade Estadual de Montes Claros. Após a coleta de dados (sessenta horas) e cálculo da concordância, constatou-se que, dos trinta e três examinadores, vinte e seis foram considerados aptos a participarem da coleta de dados, dos quais, nove atuaram do início até a finalização e quinze atuaram em algum momento da coleta. Todo o processo de calibração e cálculo dos coeficientes de concordância foram detalhadamente descritos em artigos publicados anteriormente<sup>19,20</sup>. As coletas do estudo piloto e do estudo principal foram baseadas no “Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira”, que seguiu as orientações da OMS<sup>17</sup>.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas e exames intrabucais, realizados nos domicílios, em ambiente amplo, sob iluminação natural, com espelho, seguindo as normas de biossegurança preconizadas para investigações epidemiológicas. As informações foram registradas simultaneamente por anotadores treinados, empregando um computador de mão com um programa criado especificamente para a coleta de dados.

Na caracterização do uso de serviços odontológicos, foram avaliadas as seguintes variáveis: tipo de serviço utilizado, o motivo e o tempo desde a última consulta ao cirurgião-dentista, a avaliação do serviço utilizado na última vez, se o usuário recebeu orientações sobre higiene bucal, sobre dieta e sobre como evitar o câncer de boca.

A variável dependente “uso de serviços odontológicos” foi obtida pela resposta à seguinte pergunta: “A criança já foi ao dentista alguma vez na vida?” (sim ou não). As variáveis independentes foram classificadas em três grupos: determinantes primários, comportamentos de saúde bucal e desfechos de saúde bucal segundo modelo teórico de Andersen e Davidson<sup>6</sup>.

Foi considerada uma única variável exógena, a raça/cor de pele autodeclarada.

### Determinantes primários

Ambiente externo: (localização geográfica de residência), sistema de atenção à saúde bucal: (Domicílio cadastrado na ESF; recebeu informações sobre como evitar problemas bucais na criança); Características pessoais: (sexo, renda *per capita*; escolaridade materna em anos de estudo). A renda *per capita* foi categorizada considerando o valor do salário mínimo da época (R\$415,00/ que correspondia a \$191,24). A escolaridade das mães foi categorizada considerando os anos de escolaridade ( $\leq 4$ , 5 a 8, 9 a

11 e  $\geq 12$  anos).

### Comportamentos de saúde bucal

Práticas pessoais: número de vezes que limpou os dentes na última semana e uso de suplemento de flúor.

### Desfechos de saúde bucal

Condições de saúde bucal: (alteração de tecido mole, experiência de cárie, placa bacteriana, sangramento gengival, cálculo dentário, maloclusão, necessidade normativa de tratamento odontológico, número de dentes decíduos cariados, perdidos e obturados); percepção da condição de saúde bucal: (a mãe acha a boca da criança saudável e a mãe considera que a criança necessita de tratamento odontológico atualmente). Foram avaliadas as cinco superfícies dentárias (vestibular, lingual/palatina, mesial, distal e oclusal) de seis dentes índices (51, 71, 55, 65, 75 e 85), sendo registrada a pior condição observada para cada um dos sextantes na identificação da presença de placa, sangramento e de cálculo. A presença de sangramento gengival foi avaliada considerando a presença de gengivite, por meio do índice de alterações gengivais (AG).

A maloclusão foi avaliada conforme índice preconizado pela OMS<sup>17</sup>, modificado pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 1996, conforme metodologia adotada no Projeto SB Brasil 2003<sup>18</sup>. As crianças foram classificadas segundo a presença e gravidade da maloclusão em: 00 = oclusão normal, 01 = maloclusão leve (um ou mais dentes com giroversão ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular), 02 = maloclusão moderada/grave [efeito inaceitável sobre a aparência facial, redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados pela presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores: Trespasse horizontal maxilar estimado em 9 mm ou mais (*overjet* positivo); Trespasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que o tamanho de um dente (*overjet* negativo); mordida aberta; desvio de linha média estimado em 4 mm ou mais; apinhamento ou espaçamento estimado em 4 mm ou mais].

A avaliação da condição da coroa foi conduzida com o intuito de estimar a experiência de cárie pelo índice ceo-d (dentes cariados, extraídos e obturados)<sup>16</sup>. Estimou-se o índice assim como o número de dentes: cariados, extraídos e obturados. Foram considerados livres de cárie as crianças com ceo-d=0.

Quanto a *Percepção da condição de saúde bucal* foi avaliado se a mãe da criança: achava que a boca da criança estava saudável ou se considerava que a criança necessitava de tratamento odontológico no momento da entrevista.

### Análise e interpretação dos dados

Foi utilizado o programa estatístico SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*) versão 18.0 para Windows®. Como o estudo envolveu amostra complexa por conglomerados, todas as análises foram realizadas com correção pelo efeito de desenho<sup>21</sup>.

Inicialmente foi realizada análise descritiva das variáveis consideradas na caracterização do uso de serviços e das variáveis independentes investigadas. As análises descritivas incluíram frequência absoluta (n), frequência relativa com correção pelo efeito de desenho (%) para as variáveis categóricas. Investigou a associação da variável dependente com as independentes por meio das análises bivariadas e Regressão de Poisson Robusta com estimativa das razões de prevalências ajustadas e não ajustadas e os intervalos de 95% de confiança (IC 95%). Entraram

no modelo múltiplo, as variáveis associadas à variável dependente com valor de  $p < 0,25$ , permanecendo do modelo ajustado as que permaneceram associadas, independente das demais, com valor de  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

Uma amostra de 997 crianças de cinco anos de idade participou do estudo. A taxa de resposta foi de 94,4%. A maioria das crianças ( $n = 603$ , 64,3%) nunca usou serviços odontológicos. Quanto à caracterização dos que usaram esses serviços odontológicos, constatou-se que a maioria usou serviço público, há menos de um ano, devido a alguma queixa, considerou o serviço como ótimo/bom e ficou satisfeito com o serviço. A maior parte relatou ter recebido orientações de higiene e de dieta, porém a maioria não recebeu informações sobre câncer de boca (Tabela 1)

**Tabela 1** - Caracterização do uso de serviços odontológicos pelas crianças de 5 anos de idade. Montes Claros, MG, 2008/2009 (n = 394)

VARIÁVEIS	n	%*
<i>Tipo de serviço</i>		
Serviço público	291	74,3
Serviço não público	102	25,7
<i>Tempo desde a última consulta ao cirurgião-dentista</i>		
< 1 ano	304	79,0
1 a 2 anos	72	17,7
≥ 3 anos	15	3,3
<i>Motivo da última consulta ao cirurgião-dentista</i>		
Consulta de rotina/reparos/manutenção	188	48,4
Queixa (rosto inchado, dor, feridas, caroços ou mancha na boca)	205	51,6
<i>Avaliação do serviço odontológico utilizado na última vez</i>		
Ótimo/bom	354	91,1
Regular/Ruim/Péssimo	31	8,9
Satisfeito	312	79,9
Insatisfeito	73	20,1
<i>Recebeu orientações sobre higiene bucal</i>		
Sim	341	75,2
Não	47	24,8
<i>Recebeu orientações sobre dieta</i>		
Sim	292	75,2
Não	95	24,8
<i>Recebeu informações sobre a prevenção do câncer de boca</i>		
Sim	117	31,6
Não	271	68,4

**Fonte:** Banco de Dados Projeto SB Moc. \*Correção pelo efeito desenho.

Na análise bivariada, variáveis referentes aos grupos de variáveis exógenas, aos determinantes primários, aos comportamentos, aos desfechos de

saúde bucal foram associadas ao não uso de serviços odontológicos ( $p \leq 0,25$ ), essas variáveis foram incluídas no modelo múltiplo (Tabela 2).

**Tabela 2** - Distribuição da amostra e prevalência de não utilização de serviços odontológicos entre crianças de 5 anos de idade segundo as variáveis independentes estudadas e resultados da análise bivariada. Brasil, 2008/2009. n = 997

(continua)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Amostra total		Prevalência das crianças que não usaram serviços odontológicos			RP (IC 95 %)*	Valor de p*
	n	%*	n	%	%*		
<b>VARIÁVEL EXÓGENA</b>							
<i>Raça/cor da pele autodeclarada**</i>							
Branco	323	29,3	183	56,7	57,6	1	
Amarelo, indígena, negro, pardo	667	70,7	415	62,2	67,4	1,17 (1,03-1,33)	0,014
<b>DETERMINANTES PRIMÁRIOS DE SAÚDE BUCAL</b>							
<i>Ambiente externo</i>							
<i>Localização Geográfica**</i>							
Zona urbana	982	99,3	595	60,6	64,4	1	
Zona rural	14	0,7	7	50,0	73,7	1,14 (0,85-1,54)	0,379
<i>Sistema de atenção à saúde bucal</i>							
<i>Domicílio cadastrado na Estratégia Saúde da Família**</i>							
Inserido	754	84,8	460	61,0	65,8	1	
Não inserido	230	15,2	135	58,7	58,5	0,89 (0,77-1,02)	0,097
<i>Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais na criança**</i>							
Sim	577	58,1	284	49,2	54,7	1	
Não	409	41,9	315	77,0	78,8	1,44 (1,29-1,60)	0,000
<i>Características pessoais</i>							
<i>Sexo**</i>							
Feminino	460	43,7	267	58,0	60,3	1	
Masculino	536	56,3	335	62,5	67,8	1,12 (1,01-1,26)	0,037
<i>Renda per capita **</i>							
> 1 salário mínimo	57	4,7	23	40,4	35,0	1	
≤ 1 salário mínimo	898	95,3	552	61,5	65,4	1,87 (1,30-2,70)	0,001
<i>Escolaridade materna (anos de estudo)**</i>							
≥ 12	201	18,3	107	53,2	53,4	1	
9 a 11	347	32,2	188	54,2	55,0	1,03 (0,85-1,25)	0,758
5 a 8	284	35,2	203	71,5	78,0	1,47 (1,24-1,73)	0,000
≤ 4	133	14,3	91	68,4	71,1	1,33 (1,10-1,62)	0,004
<b>COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL</b>							
<i>Práticas pessoais</i>							
<i>Número de vezes que limpou os dentes na última semana**</i>							
Mais de duas vezes	500	51,5	312	62,4	68,4	1	
Duas vezes ou mais	366	37,4	212	57,9	60,8	0,89 (0,79-1,00)	0,053
Uma vez	118	10,3	71	60,2	58,6	0,86 (0,71-1,03)	0,103
Nenhuma	11	0,8	7	63,6	63,9	0,93 (0,57-1,52)	0,784
<i>Uso de suplemento de flúor**</i>							
Sim	215	21,4	89	41,4	44,2	1	
Não	770	78,6	508	66,0	70,3	1,59 (1,34-1,88)	0,000
<b>DESFECHOS DE SAÚDE BUCAL</b>							
<i>Condição de saúde bucal</i>							
<i>Alterações em tecidos moles</i>							
Sem alteração	979	98,7	593	60,6	64,6	1	
Com alteração	18	1,3	10	55,6	57,8	0,89 (0,59-1,36)	0,600

(conclusão)

VARIÁVEIS INDEPENDENTES	Amostra total		Prevalência das crianças que não usaram serviços odontológicos			RP (IC 95 %)*	Valor de p*
	n	%*	n	%	%*		
<i>Experiência de cárie (ceo-d)</i>							
Não (ceo-d = 0)	526	50,4	368	70,0	72,1	1	
Sim (ceo-d ≥ 1)	470	49,6	234	49,8	56,8	0,79 (0,70-0,88)	0,000
<i>Placa bacteriana**</i>							
Ausência	723	71,8	423	58,5	61,5	1	
Presença	273	28,4	179	65,6	72,5	1,17 (1,05-1,31)	0,000
<i>Sangramento gengival**</i>							
Ausência	963	96,2	580	60,2	64,8	1	
Presença	33	2,8	22	66,7	55,5	0,86 (0,59-1,25)	0,426
<i>Cálculo dentário**</i>							
Sem cálculo	990	99,6	598	60,4	64,5	1	
Com cálculo	6	0,4	4	66,7	72,3	1,12 (0,69-1,82)	0,643
<i>Maloclusão**</i>							
Não	783	76,4	462	59,0	62,3	1	
Sim	213	23,6	140	65,7	71,8	1,15 (1,03-1,30)	0,018
<i>Necessidade normativa de tratamento odontológico**</i>							
Não	595	57,5	370	62,2	63,9	1	
Sim	401	42,5	232	57,9	65,4	1,02 (0,92-1,14)	0,669
<i>Ceo-d</i>							
						0,96 (0,94-0,99)	0,006
Número de dentes cariados						1,00 (0,98-1,03)	0,762
Número de dentes extraídos						0,06 (0,01-0,46)	0,006
Número de dentes obturados						0,24 (0,13-0,42)	0,000
<i>Percepção da condição de saúde bucal</i>							
<i>A mãe achou a boca da criança saudável**</i>							
Sim	811	86,1	495	61,0	66,0	1	
Não	165	13,9	90	54,5	50,5	0,77 (0,64-0,92)	0,003
<i>A mãe considerou que a criança necessitava de tratamento **</i>							
Sim	411	37,6	206	50,1	50,3	1	
Não	576	62,4	391	67,9	73,1	1,46 (1,28-1,65)	0,000

\* Com correção pelo efeito de desenho.

\*\* Número inferior de respondentes/ participantes.

A prevalência de crianças que não usaram serviços odontológicos foi maior entre as crianças de mães que relataram ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais, entre crianças de famílias com menor renda *per capita*, filhos de mães com menor escolaridade, crianças que não usavam suplementos de flúor e crianças cujas

mães não percebiam a necessidade de tratamento odontológico do filho. A prevalência de crianças que não usaram serviços odontológicos ao longo da vida foi menor entre as que residiam em uma área com cobertura pela Estratégia Saúde da Família e naquelas com maior número de dentes obturados (Tabela 3).

**Tabela 3** - Análise múltipla da não utilização de serviços odontológicos e as variáveis independentes entre crianças de 5 anos de idade de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008/2009. n = 997

Variáveis	RP Ajustado (IC 95%)*	Valor de p*
<b>DETERMINANTES PRIMÁRIOS DE SAÚDE BUCAL</b>		
<i>Sistema de atenção à saúde bucal</i>		
<i>Cobertura pela Estratégia Saúde da Família</i>		
Sim		
Não	0,90 (0,80-1,00)	0,05
<i>Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais</i>		
Sim		
Não	1,38 (1,27-1,50)	0,00
<i>Características pessoais</i>		
<i>Renda per capita</i>		
> 1 Salário mínimo	1	
≤ 1 Salário mínimo	1,73 (1,22-2,47)	0,002
<i>Escolaridade materna</i>		
≥ 12		
9 a 11	0,98 (0,83-1,15)	0,79
5 a 8	1,22 (1,06-1,41)	0,006
≤ 4	1,14 (0,96-1,35)	0,145
<b>COMPORTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL</b>		
<i>Usa de suplementos de flúor</i>		
Sim	1	
Não	1,41 (1,20-1,65)	0,000
<b>DESFECHOS DE SAÚDE BUCAL</b>		
<i>Condição de saúde bucal</i>		
Número de dentes decíduos obturados	0,26 (0,14-0,47)	0,000
<i>Percepção da condição de saúde bucal</i>		
A mãe considera que a criança necessita de tratamento odontológico atualmente		
Sim	1	
Não	1,31 (1,17-1,47)	0,000

\* Com correção pelo efeito de desenho.

## DISCUSSÃO

Neste estudo, toda a análise foi realizada com correção pelo efeito de desenho, uma vez que é o procedimento recomendado para amostras por conglomerados<sup>21</sup>.

Quanto à caracterização dos que usaram serviços odontológicos, constatou-se que a maioria usou serviço público. Ressalta-se que a melhoria na oferta de serviços e nas políticas públicas de saúde bucal mostram que os investimentos influenciam na utilização e acesso de indivíduos de maneira geral<sup>2</sup>. Neste estudo, foi observado que a maioria das crianças foi ao cirurgião-dentista há menos de um ano. Diferentemente do observado em Sobral, onde um terço das crianças, devido a alguma queixa<sup>14</sup>, realizaram o tratamento odontológico há mais de um ano, o que caracteriza utilização dos serviços vinculado à urgência odontológica ou busca para solução de

algum problema pontual<sup>22</sup>. Na amostra estudada, para a maioria das crianças, as mães relataram ter recebido orientações sobre higiene e dieta. Contudo, a maioria relatou não ter recebido informações sobre câncer de boca. Esses resultados evidenciam a necessidade de reforço nas ações de promoção e educação em saúde. A educação em saúde contribui para o empoderamento da população, podendo, como consequência, melhorar a sua qualidade de vida<sup>23</sup>.

O interesse e a preocupação com as desigualdades em saúde vêm crescendo no Brasil<sup>2</sup>. A principal implicação dos resultados descritos nesse estudo é que o maior conhecimento sobre quem não utiliza os serviços pode subsidiar políticas públicas de saúde inclusivas mais efetivas para esta população. Para Andersen & Davidson<sup>6</sup>, a presença de outros fatores, além dos demográficos e dos relacionados às necessidades de saúde em si, denotam uma situação

de iniquidade, ou seja, só haveria equidade na utilização de serviços odontológicos se os indivíduos possuísem condições potencialmente iguais para a utilização de serviços de saúde<sup>7</sup>.

A proporção de crianças que nunca fizeram a primeira consulta com o cirurgião-dentista foi de 64,3%. Este dado reforça os resultados observados em níveis nacionais, que revelam alta proporção de pré-escolares que nunca procuraram atendimento odontológico<sup>4</sup>. De acordo com a PNAD, realizada em 2003, aproximadamente 80% das crianças menores de cinco anos nunca realizaram uma consulta odontológica. O mesmo ocorreu em Canela/RS, onde 86,7% não realizaram uma consulta com o cirurgião-dentista<sup>13</sup>. Noro et al.<sup>14</sup> encontraram que 49,1% das crianças de cinco a nove anos jamais tiveram acesso ao tratamento odontológico na cidade de Sobral/CE. Em Recife/PE, 32,6% das crianças de cinco anos não foram ao consultório odontológico e, entre as crianças de escola pública, a porcentagem foi ainda maior 48,9%<sup>12</sup>. Em Recife/PE, Massoni et al.<sup>15</sup> verificaram que 22,1% das crianças de cinco a doze anos não haviam realizado uma consulta com o cirurgião-dentista. Em um estudo, 79,0% das crianças americanas em idade pré escolar, não fizeram a primeira consulta com cirurgião-dentista<sup>10</sup>. Em Santa Maria/RS, 76,3% das crianças de um a cinco anos, avaliadas durante a Campanha Nacional de Vacinação, nunca realizaram uma consulta odontológica<sup>23</sup>. As diferenças nas características sociodemográficas das populações investigadas e referentes a questões metodológicas podem explicar as variações nas prevalências da utilização de serviços odontológicos registradas. Constata-se, entretanto, a necessidade de políticas de saúde inclusivas que garantam o acesso a esses serviços.

O Ministério da Saúde incluiu, desde o ano 2000, a equipe de saúde bucal na ESF. A Constituição Federal prevê acesso universal aos serviços de saúde a todos os indivíduos<sup>4</sup>. Este estudo demonstrou que, mesmo com esforços governamentais, com a implantação de equipes odontológicas nas ESF, as desigualdades na utilização de serviços persistem. As crianças que residiam em domicílios cadastrados na ESF não realizaram nenhuma consulta odontológica. Este fato pode estar relacionado à alta carga de trabalho e desequilíbrios entre esforço/recompensa comprometendo a saúde do trabalhador bem como causando impacto negativo na prestação de serviço à comunidade<sup>24</sup>. Por outro lado, pode ser devido à indisposição dos cirurgiões-dentistas em acolher as crianças de cinco anos, por não terem habilidade neste atendimento.

Além do acesso aos serviços odontológicos, é direito do cidadão o acesso às informações em saúde, previsto na Constituição Brasileira e na Política Nacional de Saúde Bucal. As informações e

conhecimentos podem contribuir para a construção da sua autonomia e para o exercício da sua cidadania, capacitando-o para escolhas saudáveis<sup>25</sup>. Neste estudo, a prevalência de crianças que não usaram serviços odontológicos foi maior naquelas cujas mães relataram não ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais.

A iniquidade no acesso e na utilização de serviços odontológicos tem sido previamente demonstrada no Brasil<sup>4,12,15,22</sup>. As condições de vida desfavoráveis representam barreiras sociais na utilização de serviços, tanto pela falta de recursos financeiros quanto pela falta de conhecimentos e informações acerca dos cuidados domiciliares relacionados à promoção de saúde bucal<sup>15</sup>. Pesquisa realizada por Piovesan et al.<sup>22</sup> mostrou que os fatores socioeconômicos e psicossociais são importantes preditores da utilização de serviços por crianças de 12 anos de idade e, por Machry et al.<sup>23</sup>, em crianças de um a cinco anos. No presente estudo tais achados foram confirmados, pois dois indicadores socioeconômicos foram significativamente associados à utilização de serviços. O que evidencia uma menor prevalência de utilização de serviços odontológicos nas crianças de famílias com menor renda *per capita* e filhos de mães com menor escolaridade. De forma semelhante, Barros & Bertoldi<sup>2</sup> observaram que crianças de zero a seis anos com melhores condições socioeconômicas consultaram o dentista cinco vezes mais que aquelas com piores condições socioeconômicas. Diferenças na utilização de serviços entre crianças, segundo diferentes níveis de renda, foram previamente observadas em estudos nacionais<sup>3,10-11,13-14,20</sup> e internacionais<sup>26,27,28</sup>; além de estudos em outras idades e faixas etárias<sup>7,22,29-30</sup>.

Mães com maior escolaridade, provavelmente, possuem maior discernimento quanto a real necessidade de tratamento da criança. Além disso, a educação permite acesso a uma determinada ocupação e a um melhor nível de renda, podendo influenciar diferentes condutas relacionadas à saúde<sup>14-15</sup>. Adicionalmente, as crianças de cinco anos são consideradas vulneráveis e a procura por atendimento é dependente das decisões dos responsáveis<sup>13</sup>. As famílias assumem importante papel como espaço criador de oportunidades e de perspectivas de vida para seus membros e, por conseguinte, podem interferir na utilização de serviços de saúde<sup>31</sup>. As mães têm uma participação fundamental dentro da família, principalmente em respeito à saúde, pois são elas quem determinam muitos dos hábitos que seus filhos adotarão<sup>23</sup>. É possível que a utilização de serviços de saúde pelas mães estabeleça impacto positivo sobre a saúde bucal das crianças<sup>28</sup>. Portanto, a primeira consulta odontológica deveria ser estimulada desde a gestação, incluindo a consulta odontológica como

protocolo no exame pré-natal<sup>25</sup>.

Neste estudo, a prevalência do não uso dos serviços odontológicos foi maior entre as crianças que não utilizavam flúor, uma vez que a maioria das crianças usou o serviço devido a alguma queixa (dor). Por outro lado, a consulta de rotina (prevenção, orientação e flúor) foi menos utilizada, concordando com estudo de Colares & Caraciolo<sup>12</sup>. Além disso, as crianças de cinco anos de idade, cujas mães relataram não ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais, não utilizaram os serviços odontológicos. As informações sobre a importância do flúor ou sobre como evitar problemas bucais normalmente são orientações transmitidas durante a consulta de rotina da criança no consultório odontológico. Portanto, verifica-se que a procura por serviços odontológicos para prevenção das doenças que acometem a cavidade bucal ainda não está plenamente incorporada à cultura no país, mas tem ganhado destaque devido às mudanças pelas quais a odontologia tem passado nos últimos tempos<sup>15</sup>.

A associação com o número de dentes obturados sugere que as crianças que acessam o serviço odontológico estejam recebendo tratamento curativo dos dentes. Este fato mostra maior procura pelo reparo da saúde bucal do que pela prevenção, ocorrendo associação entre a presença de necessidade de tratamento restaurador e utilização de serviços. Com relação à história da prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, havia a característica de ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e com acesso restrito da população. Grande parte dos municípios planejava e desenvolvia ações para a faixa etária de seis a doze anos (escolares)<sup>32</sup>.

A prevalência do não uso dos serviços odontológicos foi maior entre as crianças filhas de mães que não percebiam a necessidade de tratamento odontológico. Massoni et al.<sup>15</sup> observaram que os responsáveis apontavam a não utilização dos serviços odontológicos “por considerarem desnecessários” e “a crianças não ter cárie”. Esta situação reflete a falta de conhecimento dos mesmos quanto à necessidade de controle e manutenção da saúde bucal sem a instalação de processos patológicos, além da concepção de uma odontologia principalmente curativa, buscada apenas quando necessário. Normalmente, os indivíduos dão maior importância aos sintomas e aos impactos psicossociais das doenças bucais do que aos sinais visíveis da doença<sup>23</sup>. A associação entre dor e necessidade de tratamento é frequente na literatura<sup>7</sup>.

A análise múltipla mostrou a adequação do modelo teórico de Andersen & Davidson<sup>6</sup>. Variáveis referentes aos determinantes primários, aos comportamentos e aos desfechos de saúde foram fatores associados ao não uso de serviços odontológicos. Embora este estudo forneça informações importantes

sobre o uso de serviços odontológicos por crianças de cinco anos em Montes Claros/MG, não se pode deixar de considerar suas limitações. Devido ao desenho do estudo transversal, os resultados obtidos referenciam hipóteses relativas aos fatores associados, mas não tem poder de inferência causal. Outra limitação está relacionada com a possibilidade de viés na resposta o que afeta qualquer inquérito epidemiológico, uma vez que as informações são baseadas em informações auto-referidas. No entanto, os resultados descritos mostram-se semelhantes aos de outras localidades.

## CONCLUSÃO

A maioria das crianças de cinco anos não usou os serviços odontológicos. Dentre aqueles que usaram, a maioria utilizou o serviço público há menos de um ano, devido a alguma queixa; ficou satisfeito com o serviço; relatou ter recebido orientações de higiene e de dieta; porém relatou não ter recebido informações sobre câncer de boca. A prevalência de crianças que não usaram serviços odontológicos foi maior entre aquelas cujas mães relataram ter recebido informações sobre como evitar problemas bucais, de famílias com menor renda *per capita*, filhos de mães com menor escolaridade, crianças que não usavam suplementos de flúor, crianças cujas mães não percebiam a necessidade de tratamento odontológico do filho e aquelas que moravam em área com cobertura pela ESF. Evidencia-se iniquidade no uso de serviços odontológicos, principalmente determinada por fatores sociais, sugerindo-se a necessidade de aprimoramento das políticas de saúde quanto ao acesso aos serviços de saúde odontológicos entre crianças de cinco anos.

## ABSTRACT

**Aim:** Cross-sectional study that evaluated the prevalence and factors associated with the non-use of dental services among 5-year-old children in Montes Claros, Brazil. **Methods:** Sample included 997 children who were submitted to clinical exams by calibrated examiners. Parents answered questionnaires about socio-economic conditions, perceived needs, and use of dental services. Bivariate and multivariate analyses (Robust Poisson Regression) tested the association between the “use of dental services” and independent variables according to Andersen’s Behavioral Model. The SPSS 18.0 program was used to analyze data. **Results:** A proportion of 64.3% (n = 603) had never used dental services. There was greater prevalence of children who did not use dental services among those who did not receive information about how to avoid oral problems (1.38; 95% CI 1.27-1.50), with lower income (1.73; 95% CI 1.22-2.47), children of

mothers with a lower educational level, who did not use fluoride (1.41; 95% CI 1.20-1.65), and children of mothers who did not perceive their children's dental needs (1.31; 95% CI 1.17-1.47). The prevalence of the non-use of dental services was lower in children without Family Health Strategy (FHS) coverage (0.90; 95% CI 0.80-1.00) and diminished with the increase in the number of filled primary teeth (0.26; 95% CI 0.14-0.47). **Conclusion:** There was low prevalence of dental service use. The results suggest an unequal distribution in the use of dental services, especially those determined by social factors.

**Uniterms:** Cross-sectional studies. Child preschool. Dental care for children.

## REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377: 2042–53.
2. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciê. Saúde Coletiva*. 2002; 4:709-17.
3. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciê. Saúde Coletiva*. 2006; 11 Suppl 1:79-87.
4. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciê. Saúde Coletiva*. 2006; 11 Suppl 4:999-1010.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res*. 1997; 11: 203-9.
7. Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por idosos. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 7:1651-66.
8. Bertoldi AD, Barros AJ, Wagner A, Ross-Degan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy*. 2009 Mar; 89 Suppl 3:295-302.
9. Loroy R, Bogaerts K, Hoppenbrouwers K, Matens LC, Declerck D. Dental attendance in preschool children: a prospective study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2013; 23:84-93.
10. Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or caregiver, staff, and dentist perspectives on access to dental care issues for head start children in Ohio. *Am J Public Health*. 2005; 8:1352-9.
11. Pinheiro RS, Aguiar FP, Sass PE, Vilela MJN. Diferença no uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil: uma análise baseada em modelos hierárquicos. *Ciê. Saúde Coletiva*. 2006; 14 Suppl 1:141-8.
12. Colares V, Caraciolo G. Motivo da visita ao dentista pelas crianças com cinco anos de idade na cidade do Recife. *Odontologia Clin-Cientif*. 2005; 4 Suppl 3:193-198.
13. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Suppl 1:150-6.
14. Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24:1509-16.
15. Massoni ACLT, Vasconcelos FMN, Katz CRT, Rosenblatt A. Utilização de serviços odontológicos e necessidades de tratamento de crianças de 5 a 12 anos, na cidade de Recife, Pernambuco. *Rev. Odontol. UNESP*. 2009; 38 Suppl 2:73-8.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. [acesso 08 mai. 2011]. Montes Claros; 1998. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estatistica/populacao/>.
17. World Health Organization. Oral Health surveys: basic methods. 4th. ed. Geneva: ORH EPID, 1997.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB2000: Condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 50 p.
19. Martins AMEBL, Haikal DS, Santos-Neto PE, Alves SFF, Eleutério NB, Oliveira PHA et al. Calibração de examinadores do levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população de Montes Claros MG - Projeto SBMOC. *Rev. Unimontes Cientif*. 2012; 14: 43-56.
20. Ferreira RC, Guedes SK, Pereira AF, Souza JGS, Santos-Neto PE, Oliveira LFB, et al. Reprodutibilidade de instrumentos utilizados para caracterização dos serviços odontológicos: descrição de comportamentos e de condições subjetivas de saúde. *Rev. Unimontes Cientif*. 2012; 1:154-169.
21. Triola MF. Introdução à estatística. 7. ed. Rio de Janeiro: LTC; 1999.
22. Piovesan C, Antunes JLF, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. *Braz Oral*

- Res. 2011; 25 Suppl 2:143-9.
23. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Teixeira CRS, Piovesan C, Mendes FM, et al. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health* 2013; 13:60
  24. Haikal DS, Santa-Rosa TTA, Oliveira PEA, Sales LOS, Pereira ACA, Macedo CCS, et al. Qualidade de vida, satisfação e esforço/recompensa no trabalho, transtornos psíquicos e níveis de atividade física entre trabalhadores de atenção primária à saúde. *Revista de APS*. 2013; 16: 301-312.
  25. Moimaz SAS, Rocha NB, Saliba O, Garbin CAS. O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2007; 19 Suppl 1:39-45.
  26. Shi L, Stevens GD. Disparities in access to care and satisfaction among U.S. Children: the roles of race ethnicity and poverty status. *Public Health Rep*. 2005; 120: 431-441.
  27. Medina-Solís CE, Villalobos-Rodelo JJ, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sanchez AA, Portillo-Núñez CL, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas em la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 Suppl 12:2621-2631.
  28. Amin MS. Utilization of dental services by children in low-income families in Alberta. *J Can Dent Assoc*. 2011; 77:b57.
  29. Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do município de Canoas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15 Suppl 4:29-39.
  30. Baldani MH, Pupo YM, Lawder JAC, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização recente de serviços odontológicos por adolescentes e adultos jovens de baixa renda. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr. João Pessoa*, 2011 jan/mar; 11 Suppl 1:91-98.
  31. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11:5-6.
  32. Gibilini C, Esmeriz CEC, Volpato LF, Meneghim ZMAP, Silva DD, Sousa MLR. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arq. Odontol*. 2010; 46 Suppl 4:213-23.