

## Uso de serviços odontológicos entre pré-escolares: estudo de base populacional

The use of dental services among preschool children:  
a population-based study

Laíse Angélica Mendes Rodrigues<sup>1</sup>

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins<sup>2</sup>

Marise Fagundes Silveira<sup>1</sup>

Raquel Conceição Ferreira<sup>1</sup>

João Gabriel Silva Souza<sup>2</sup>

José Mendes da Silva<sup>1</sup>

Antônio Prates Caldeira<sup>1</sup>

**Abstract** *The prevalence and factors associated with the use of dental services in a representative, probabilistic, complex sample with two-stage clusters of preschoolers aged 18 to 36 months was estimated. Structured questionnaires were answered by parents/guardians and the preschoolers were assessed by trained and qualified dental surgeons. In the analysis the corrections for the design effect were considered and the magnitudes of the associations based on logistic regression (OR/IC 95%) were estimated. 809 preschool children were evaluated, 15.5% of which had used dental services. Being older (3.27/1.71-6.24), having higher per capita income (2.65/1.50-4.65), having their own house (1.83/1.04 -3.23), having access to preventive oral health information (5.44/3.00-9.86), flossing (2.75/1.50-5.02) established higher odds of the use of these service. Not having the experience of caries (0.22/0.13- 0.38) and not having basic lesions in soft tissues (0.10/0.01-0.77) reduced these odds. The prevalence of the use of dental services was low, indicating the need for greater provision of such services and the broadening of preventive actions and health promotion and the greater the odds of use among those with better socio-economic conditions suggests inequality.*

**Key words** *Preschool, Dental care, Utilization, Oral health*

**Resumo** *Estimou-se a prevalência e fatores associados ao uso de serviços odontológicos, em uma amostra probabilística, complexa, por conglomerados em dois estágios de pré-escolares com 18 a 36 meses de idade. Questionários estruturados foram aplicados aos pais/responsáveis, os pré-escolares foram avaliados por cirurgiões-dentistas treinados e calibrados. Nas análises foram consideradas as correções pelo efeito de desenho e estimaram-se as magnitudes das associações a partir de regressão logística (OR/ IC95%). Foram avaliados 809 pré-escolares, 15,5% havia usado serviço odontológico. Ser mais velho (3,27/1,71-6,24), ter maior renda per capita (2,65/1,50-4,65), ter moradia própria (1,83/1,04-3,23), ter acesso a informações preventivas de saúde bucal (5,44/3,00-9,86), usar fio dental (2,75/1,50-5,02) ocasionaram chances mais elevadas de uso desses serviços. Não possuir experiência de cárie (0,22/0,13-0,38) e não apresentar lesões fundamentais em tecidos moles (0,10/0,01-0,77) ocasionaram menores chances. A prevalência do uso de serviços odontológicos foi baixa, indicando a necessidade de maior oferta desses serviços e a ampliação de ações preventivas e de promoção de saúde. A maior chance de usos entre aqueles com melhores condições socioeconômicas sugere iniquidade.*

**Palavras-chave** *Pré-escolar, Assistência odontológica, Utilização, Saúde bucal*

<sup>1</sup> Departamento de Odontologia, Centro de Ciências Básicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Dr. Rui Braga s/n, Vila Mauricéia. 39.401-089 Montes Claros MG Brasil. laiseangelicamendes@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Faculdades Unidas do Norte de Minas.

## Introdução

Nos últimos anos, o Brasil tem vivenciado a ampliação dos serviços de saúde, com o incremento das unidades de atenção primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma estratégia organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, que objetiva reorientar a prática assistencial, oferecendo acesso universal por meio de equipes multiprofissionais. O número de equipes da ESF aumentou de 8.503, no ano 2000, para 33.000, assistindo cerca de cem milhões de pessoas em 85% dos municípios brasileiros no ano de 2010, com bons resultados<sup>1</sup>. Entretanto, a assistência odontológica ainda representa um desafio aos princípios propostos pelo SUS<sup>2</sup>. De acordo com dados do Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2002/2003), na faixa etária de 18 a 36 meses, as metas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ainda não foram alcançadas. Particularmente em relação à saúde bucal infantil, o estudo apontou que, em média, uma criança brasileira de três anos ou menos já possui pelo menos um dente com experiência de cárie<sup>3</sup>.

A Academia Americana de Odontopediatria (AAO) e a Associação Dentária Americana (ADA) recomendam que a primeira consulta odontológica deva acontecer antes do primeiro ano de vida, época de erupção dos primeiros dentes decíduos<sup>4</sup>. Entretanto é escassa a investigação da idade de realização da primeira consulta odontológica e da prevalência da utilização de serviços odontológicos entre pré-escolares menores de cinco anos, principalmente em amostras de base populacional<sup>5</sup>.

A atenção odontológica nos primeiros anos de vida está relacionada a momentos de educação, troca de experiências, identificação de fatores de risco para doenças bucais, acompanhamento da erupção dentária, do crescimento e desenvolvimento crânio-facial e execução de procedimentos preventivos e curativos se necessário<sup>6</sup>. Essa atenção configura-se como uma tendência mundial, que estabelece programas de educação e medidas preventivas, no intuito de facilitar a formação de hábitos saudáveis, a partir da conscientização dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos, uma vez que estes exercem influência nos hábitos dietéticos e de higiene bucal dos mesmos<sup>7</sup>.

O uso de serviços de saúde depende primeiramente da percepção da morbidade por parte dos indivíduos ou de seus responsáveis, ou seja, reflete, entre outros aspectos, o entendimen-

to que eles têm sobre saúde<sup>6</sup>. O uso de serviços odontológicos é considerado um comportamento de saúde bucal que está associado de forma independente a um conjunto de fatores. Assim, os comportamentos de saúde (práticas pessoais e uso formal de serviços) são considerados como 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 desta (condição de saúde bucal, percepção desta e satisfação com os serviços e/ou com a condição de saúde)<sup>8</sup>. Deve-se considerar, todavia, que o referido modelo teórico é dinâmico e as variáveis se interagem de forma mútua, podendo os desfechos de saúde preceder os comportamentos assumidos<sup>9</sup>.

Para o Brasil, já se registrou que o acesso aos serviços odontológicos, além de ser limitado, é desigual<sup>10</sup>. Para os primeiros anos de vida, a taxa de procura de serviços odontológicos ainda é baixa, apesar do aumento observado nos anos recentes<sup>11</sup>. A identificação da prevalência do uso de serviços odontológicos, bem como os fatores a eles associados é importante na organização das políticas públicas de saúde, fundamentando uma prestação de serviço contextualizada à necessidade real da população<sup>5</sup>. Dessa forma, este estudo objetivou conhecer a prevalência da utilização de serviços odontológicos entre pré-escolares de 18 a 36 meses e os fatores associados a essa utilização em uma amostra de base populacional de pré-escolares no Norte de Minas Gerais.

## Métodos

Foi realizado um estudo transversal, analítico com amostra de base populacional em Montes Claros, Minas Gerais. O município teve a implantação da ESF em 1998, mas somente em 2005 o município teve a saúde bucal inserida na ESF. No ano de 2008, ano de início da coleta de dados, 50% da população era assistida pelas 49 equipes da ESF do município – 44 localizadas na zona urbana e 5 na zona rural. Das 49 equipes da ESF, 47 apresentavam equipe de saúde bucal, cobrindo aproximadamente 48% da população.

Adotou-se uma amostragem probabilística complexa, por conglomerados em dois estágios (setores censitários e quadras), estratificada pela faixa etária de 18 a 36 meses, conforme metodologia do projeto SB Brasil 2002/2003<sup>3</sup>, com garantia da proporcionalidade por sexo. No primeiro estágio foram selecionados 52 dos 276 se-

tores censitários e duas das 11 áreas rurais, por amostragem aleatória simples. No segundo estágio foram sorteadas, em média, sete quadras em cada setor censitário, onde foram visitados todos os domicílios presentes nas quadras. Nas áreas rurais, os domicílios situados em até 500 metros de distância de uma instituição de referência foram visitados.

No cálculo amostral foi considerada a população finita de 20.360 crianças<sup>12</sup>, a ocorrência dos eventos e doenças em 50% da população, um erro de 5,5%, uma taxa de não resposta de 20% e o *deff* (*design effect*/efeito de desenho) de 2,0. A partir daí foi estimada uma amostra mínima de 754 pré-escolares com idade entre 18 e 36 meses.

Os dados foram coletados nos anos de 2008 e 2009. Foram realizadas entrevistas por meio de questionários estruturados com os pais ou responsáveis. Em seguida, os pré-escolares foram avaliados por examinadores treinados e calibrados. Participaram da calibração 33 cirurgiões-dentistas, 20 acadêmicos de Odontologia que atuaram como digitadores, sendo que foram considerados aptos a coletar os dados os cirurgiões-dentistas que apresentaram valores de concordâncias Kappa inter e intraexaminadores maiores ou iguais a 0,61. A construção do banco de dados foi simultânea à coleta, pois os dados foram registrados no momento do exame em um programa especificamente desenvolvido para este fim, instalado em um computador de mão ("Palmtop").

O estudo investigou o uso de serviços odontológicos, que foi caracterizado quanto ao tipo de serviço (público ou privado), período da última consulta (menor ou igual a um ano ou superior a um ano), motivo da última consulta, avaliação da última consulta, regularidade das consultas, se consulta com o mesmo cirurgião-dentista, motivo de não ter consultado no último ano, satisfação com serviços utilizados e orientações recebidas sobre higiene e dieta.

As questões e os índices utilizados, assim como a condução dos exames bucais, foram avaliados segundo metodologia do SB Brasil 2002/2003<sup>3</sup>, além de outros complementares.

A variável dependente 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, comportamento de saúde bucal e desfechos de saúde bucal. Os determinantes primários avaliados foram: idade em meses (tercis), sexo, raça/cor autodeclarada, renda *per capita*, moradia, inserção em equipes da

ESF, escolaridade materna, acesso a informações preventivas de saúde bucal da criança, percepção dos pais sobre a saúde bucal da criança e percepção dos pais quanto à necessidade de tratamento odontológico na criança. Foram investigados os seguintes comportamentos de saúde bucal: escovação dos dentes, higienização da língua e uso do fio dental. Os desfechos de saúde bucal foram avaliados pelos examinadores, sendo: prevalência de cárie, placa bacteriana visível e lesões fundamentais em tecidos moles. A prevalência da cárie foi avaliada pelo índice ceo-d (dentes cariados, extraídos e obturados/restaurados) sendo considerado com experiência de cárie os indivíduos que tinham pelo menos um dente acometido por esta ( $ceod \geq 1$ ). A presença de placa visível foi avaliada pelo Índice de Placa Visível (IPV)<sup>13,14</sup>. Foram avaliados seis dentes índices (55, 51, 65, 75, 71, 85), registrando-se para cada um deles o número de superfícies dentárias com placa bacteriana clinicamente visível<sup>13,14</sup>.

As análises foram obtidas utilizando-se o *software* PASW® (*Predictive Analytics Software*) versão 17.0 *for Windows* e os resultados foram apresentados em frequências simples (n), percentuais (%), e percentuais com a correção pelo efeito de desenho (%<sup>a</sup>). Foram conduzidas análises bivariadas por meio do teste qui-quadrado, onde as variáveis associadas ao uso de serviços odontológicos até o nível de significância de 20% ( $p \leq 0,20$ ) foram inseridas na análise multivariada pelo método *forward*. No modelo ajustado final, estimado através da Regressão Logística, foram mantidas as variáveis que apresentaram um nível de significância de até 5% ( $p \leq 0,05$ ). A qualidade do ajuste do modelo foi avaliada pelo teste de *Hosmer and Lemeshow* e o coeficiente de determinação foi calculado pelo teste de *Nagelkerke*.

Ao utilizar uma amostragem complexa (estratificada e por conglomerados em dois estágios), deve-se considerar algumas ponderações subsequentes, uma vez que tal desenho amostral resulta em probabilidades desiguais dos indivíduos comporem a amostra. Com isso, foi utilizada a correção pelo efeito de desenho, que aplica um peso amostral durante as análises, compensando assim as probabilidades desiguais de seleção<sup>15</sup>.

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros. Os pais ou responsáveis concordaram com a participação da criança no estudo por meio de assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram avaliados somente os pré-escolares que permitiram a realização do exame clínico oral.

## Resultados

Foram alocadas para o estudo 877 pré-escolares, registrando-se para este contingente uma taxa de não resposta de 7,7%. Assim, foram analisados os dados de 809 pré-escolares, com idade entre 18 e 36 meses. Houve uma distribuição homogênea entre os sexos, com discreto predomínio do sexo feminino (50,5%) e da renda *per capita* de R\$ 101,00 a R\$ 163,00 reais (27,5%). A maioria residia em domicílios próprios (71,4%) e 55,5% estavam inseridos em equipes da ESF (Tabela 1).

As características da utilização e percepção dos pais estão apresentadas na Tabela 2. Dos pré-escolares avaliados, 15,5% realizaram algum tipo de consulta odontológica. Para esse grupo, observou-se que 59,5% utilizaram o serviço público, 88,5% o fez há um período inferior ou igual há um ano, sendo que 40,8% das consultas foram

motivadas por alguma queixa específica (sangramento gengival, cavidade nos dentes, feridas, dor ou outros). A maioria dos pais avaliou o serviço utilizado como “bom” (54,8%). Dos investigados, 77% não realizavam visitas regulares ao dentista. A maioria dos pais relatou receber orientações sobre a higiene bucal da criança “sempre” ou “frequentemente” (60,4%). Quanto ao motivo da não utilização dos serviços odontológicos entre os pré-escolares no último ano, 60,1% dos pais responderam que não verificaram necessidade.

Quanto aos desfechos de saúde bucal, no que diz respeito à prevalência da cárie, identificou-se que 119 pré-escolares (14,7%) tiveram pelo menos um dente acometido pela cárie (Tabela 3).

Os resultados das análises bivariadas foram apresentados na Tabela 4 e o modelo ajustado da análise multivariada está representado na Tabela 5, onde as variáveis que apresentaram associação significativa com o uso de serviços odontológicos foram: idade, renda *per capita*, moradia, acesso a informações preventivas de saúde bucal da criança, uso do fio dental, experiência de cárie e lesões fundamentais em tecidos moles.

**Tabela 1.** Distribuição dos pré-escolares de 18 a 36 meses segundo determinantes primários e desfechos de saúde bucal, Montes Claros, MG, 2008/2009.

Variáveis	n	%	% <sup>a</sup>
Idade (meses)			
18 – 24	288	35,6	33,3
25 – 31	268	33,1	32,7
32 – 36	253	31,3	34,0
Sexo			
Feminino	408	50,4	50,5
Masculino	401	49,6	49,5
Raça/cor autodeclarada <sup>b</sup>			
Branca	314	39,0	36,7
Amarela	19	2,4	2,6
Preta	66	8,2	8,4
Parda	407	50,4	52,3
Renda per capita <sup>b</sup>			
Até R\$100,00	196	25,2	23,2
De R\$101,00 a R\$163,00	195	25,1	27,5
De R\$164,00 a R\$267,00	201	25,8	26,9
Acima de R\$267,00	186	23,9	22,4
Moradia			
Própria	578	71,4	71,4
Não Própria	231	28,6	28,6
Estratégia Saúde da Família <sup>b</sup>			
Inserido	383	47,9	55,5
Não inserido	417	52,1	44,5
Escolaridade Materna (anos)			
Nenhum estudo	50	6,2	4,9
1 - 8	255	31,5	31,4
9 - 11	279	34,5	33,9
> 11	225	27,8	29,8

<sup>a</sup> Percentual com correção pelo efeito de desenho. <sup>b</sup> Ausência de 3 registros da raça/cor; de 31 registros da renda per capita; de 9 registros da Inserção na Estratégia de Saúde da Família.

## Discussão

O presente estudo registrou uma baixa prevalência do uso de serviços odontológicos entre pré-escolares na população estudada. De modo geral, os fatores associados à utilização de serviços odontológicos na faixa etária pesquisada denotam o uso ainda terapêutico e a iniquidade entre diferentes estratos sociais. Esses achados destacam a importância do planejamento de ações de saúde bucal para a infância, que devem fortalecer as ações educativas e preventivas, assim como facilitar o acesso à população mais carente, já que o uso foi influenciado por aspectos socio-demográficos. São necessárias medidas e políticas públicas compensatórias para amenizar os efeitos de tais desigualdades<sup>16</sup>. Propor medidas de enfrentamento da exclusão social e intervenções de saúde pública complementares, que incluam a saúde bucal, voltadas aos grupos mais vulneráveis é um desafio para formuladores e gestores de políticas públicas no Brasil<sup>17</sup>.

O uso da epidemiologia no planejamento de ações e serviços de saúde bucal no Brasil vem aumentando; entretanto, são raros os estudos de base populacional que pesquisem a faixa etária abordada neste estudo<sup>18</sup>. Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008) a prevalência do uso de serviços odontológicos por pré-esco-

**Tabela 2.** Distribuição dos pré-escolares de 18 a 36 meses segundo o uso de serviços odontológicos, Montes Claros, MG, 2008/2009.

Variáveis	n	%	% <sup>a</sup>	Variáveis	n	%	% <sup>a</sup>
Nunca utilizou serviços odontológicos <sup>b</sup>	682	84,4	84,5	Motivo da criança não ter consultado no último ano			
Utilizou serviços odontológicos <sup>b</sup>	126	15,6	15,5	Consultou no último ano	113	89,7	88,5
Tipo de serviço				Não consultou no último ano	13	10,3	11,5
Serviço público	73	57,9	59,5	Não verificou necessidade	8	61,5	60,1
Serviço não público	53	42,1	40,5	Custo	2	15,4	26,2
Período da última consulta				Dificuldade de comunicação	1	7,7	6,3
≤ 1 ano	113	89,7	88,5	Falta de tempo	1	7,7	3,7
> 1 ano	13	10,3	11,5	Outros	1	7,7	3,7
Motivo da última consulta				Satisfação com serviços odontológicos			
Consulta de rotina/reparos/manutenção	54	42,9	39,3	Extremamente	17	13,5	13,5
Sangramento gengival	2	1,6	3,0	Bastante	90	71,4	72,8
Cavidades nos dentes	25	19,9	21,7	Mais ou menos	15	11,9	10,9
Feridas	9	7,1	9,8	Pouco	1	0,8	0,8
Dor	9	7,1	6,3	Nada	3	2,4	2,0
Outros	27	21,4	19,9	Orientações sobre higiene			
Avaliação da última consulta				Sempre	40	31,7	30,4
Ótimo / Bom	119	94,5	94,7	Frequentemente	35	27,9	30,0
Regular/Ruim/Péssimo	7	5,5	5,3	Ocasionalmente	24	19,0	19,2
Regularidade das consultas				Raramente	10	7,9	7,0
3 em 3 meses	3	2,4	1,5	Nunca	17	13,5	13,4
6 em 6 meses	13	10,3	11,0	Orientações sobre dieta			
Anualmente	12	9,5	10,5	Sempre	27	21,4	22,4
Não vai de forma regular	98	77,8	77,0	Frequentemente	27	21,4	19,5
Consulta com o mesmo Dentista <sup>b</sup>				Ocasionalmente	32	25,4	30,8
Sim	34	27,2	27,1	Raramente	9	7,1	6,4
Não	67	53,6	52,5	Nunca	31	24,7	20,9
Foi apenas 1 vez	24	19,2	20,4				

<sup>a</sup> Percentual com correção pelo efeito de desenho. <sup>b</sup> Ausência de 1 registro do uso de serviços odontológicos e de 1 registro de consulta com o mesmo dentista.

lares brasileiros foi de 23,0%, superando a do município<sup>19</sup>. Essa diferença pode ser consequência do maior intervalo etário investigado no país, que foi de zero a 48 meses.

Os resultados mostraram que, para os pré-escolares avaliados, o uso dos serviços odontológicos aumentou com a idade. Em um estudo realizado no Sul do país, com crianças entre zero e cinco anos, observou-se que aquelas com dois e três anos apresentaram quase três vezes mais chances de terem ido ao dentista em relação àquelas com até um ano de idade<sup>5</sup>. Deve-se considerar que esse aumento na utilização em função da idade já é esperado, pelo próprio tempo de vida. Além disso, o avanço da idade implica maiores chances de intercorrências na cavidade bucal.

Parte dos resultados observados pode ser considerada como marcadores de uma indesejável iniquidade na assistência à saúde bucal infantil. Os pré-escolares com melhor condição socioeconômica, ou seja, cujas famílias recebiam renda *per capita* superior a um salário mínimo

e residiam em domicílios próprios usaram mais os serviços odontológicos em relação àqueles cujas famílias tinham uma renda *per capita* de até um salário mínimo e residiam em domicílios não próprios. Quando o uso de serviços em uma população é determinado pela necessidade e pelas variáveis demográficas (idade e sexo) sugere-se que o sistema de saúde é equitativo. Porém, quando existem dificuldades ou impedimentos nesse uso situados nos determinantes primários de saúde, significa que existem barreiras econômicas, geográficas ou escassez na oferta de serviços, pois onde existir ampla oferta de serviços com qualidade, as características pessoais como renda e escolaridade passam a ter pouca significância sobre a utilização<sup>20</sup>. Ressalta-se que um dos objetivos dos serviços odontológicos públicos é reduzir os efeitos das desigualdades sociais em relação à saúde bucal<sup>21</sup>.

A associação encontrada entre o uso de serviços odontológicos por pré-escolares e o acesso dos pais a informações preventivas de saúde bu-

**Tabela 3.** Distribuição dos pré-escolares de 18 a 36 meses segundo desfechos de saúde bucal, Montes Claros, MG, 2008/2009.

Variáveis	n	%	% <sup>a</sup>
Desfechos de Saúde Bucal			
Experiência de cárie <sup>*</sup>			
ceo-d ≥ 1	119	14,7	14,1
ceo-d = 0	688	85,3	85,9
Índice de Placa visível <sup>*</sup>			
Com placa	169	21,1	19,7
Sem placa	633	78,9	80,3
Lesões fundamentais em tecidos moles <sup>*</sup>			
Sem lesão	788	98,0	97,6
Com 1 lesão	13	1,6	2,1
Com 2 lesões	3	0,4	0,3

<sup>a</sup> Percentual com correção pelo efeito de desenho. <sup>\*</sup> Ausência do registro do IPV de 7 crianças, da experiência de cárie de 2 crianças, e da presença de lesões fundamentais em tecidos moles de 5 crianças.

cal da criança evidencia a importância da educação em saúde, no sentido de conscientizar os pais quanto ao uso de serviços odontológicos em caráter preventivo e promocional e não apenas terapêutico. Os pais são modelos para os filhos e são responsáveis pelos cuidados diários da criança, bem como pela tomada de decisões acerca da mesma e pelo uso dos serviços odontológicos. A importância da educação dos pais nesse processo já foi registrada em estudos prévios, onde a participação em programas educativos resultou em maiores cuidados com a saúde bucal dos filhos e maior procura pelo dentista<sup>22</sup>.

Em relação aos comportamentos de saúde bucal, a variável que se manteve no modelo final foi o uso de fio dental. Esse dado sugere que a visita ao dentista pode influenciar os comportamentos de saúde por meio de ações educativas, favorecendo o estabelecimento de hábitos saudáveis. Assim, um ponto fundamental da assistência odontológica ofertada a pré-escolares é a educação e a conscientização dos pais sobre a saúde bucal de seus filhos<sup>7</sup>, já que são responsáveis pela educação e transmissão de comportamentos adequados a estes últimos. Ações educativas e preventivas com os pais são fundamentais para que eles possam introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança<sup>23</sup>. Ressalta-se que a educação em saúde bucal deve fornecer instrumentos para fortalecer a autonomia dos usuários no controle do processo saúde-doença e na condução de

seus hábitos, respeitando a cultura local, com vistas à melhoria da sua qualidade de vida<sup>24</sup>. Os resultados mostraram que o uso do fio dental é um hábito vinculado a consultas odontológicas, enquanto a escovação não, sugerindo que enquanto o uso do fio dental depende de orientações para se estabelecer como uma prática diária, a escovação já está consolidada. Entretanto, por se tratar de um estudo transversal, não é possível identificar a direção das associações. Sendo assim, pais que são mais cuidadosos com a higiene bucal de seus filhos também podem estar mais atentos a promover a utilização de serviços odontológicos de forma preventiva. No entanto, acredita-se que em vez de “culpar a vítima” por comportamentos inadequados em saúde, é necessário considerar as circunstâncias, o ambiente e as políticas nos espaços nos quais as pessoas vivem, que podem gerar tais comportamentos<sup>25</sup>.

Em relação aos desfechos de saúde bucal, os serviços foram mais usados por pré-escolares com experiência de cárie e com lesões fundamentais em tecidos moles, sugerindo um comportamento ainda hegemônico de procura por serviços terapêuticos. Resultados semelhantes foram encontrados em um estudo indiano sobre o conhecimento e as atitudes dos pais em relação aos cuidados dentais das crianças, onde dois terços das visitas odontológicas estavam associados a problemas dentais<sup>22</sup>. Em um estudo realizado em João Pessoa, que investigou o motivo da consulta odontológica em uma clínica infantil, 67,7% das crianças de zero a seis anos procuraram o serviço para tratamento<sup>26</sup>. Alguns autores referem à falta de informação dos pais quanto ao período ideal para realização da primeira visita ao dentista e o uso terapêutico em lugar do uso preventivo e promocional como fatores associados à baixa prevalência do uso de serviços odontológicos entre crianças<sup>27</sup>. A prevalência de cárie na dentição decídua aumenta proporcionalmente com a idade da criança, o que justifica que a atenção à saúde bucal tenha início o mais precocemente possível, de preferência antes do final do primeiro ano de vida<sup>28</sup>. Outros autores consideram que a dificuldade no acesso a serviços públicos de saúde odontológica, bem como o número de profissionais capacitados e dispostos a atender crianças jovens, devido à falta de cooperação delas, também podem estar associados a essa prevalência baixa<sup>29</sup>. Assim, é possível identificar uma coexistência de comportamentos preventivos como o uso do fio dental e de comportamentos ainda hegemônicos de procura por serviços terapêuticos associados ao uso de serviços odontológicos.

**Tabela 4.** Análise bivariada do uso de serviços odontológicos entre pré-escolares (18 a 36 meses) de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008/2009.

Variáveis	Uso de Serviços Odontológicos		$\chi^2$ <sup>a</sup>	p <sup>a</sup>
	Sim n (%) <sup>a</sup>	Não n (%) <sup>a</sup>		
Idade (em meses)				
18 – 24	22 (6,8)	266 (93,2)	38,02	0,000
25 – 31	38 (13,8)	230 (86,2)		
32 – 36	66 (25,7)	186 (74,3)		
Sexo			0,62	0,436
Masculino	67 (16,5)	334 (83,5)		
Feminino	59 (14,5)	348 (85,5)		
Raça/cor autodeclarada <sup>b</sup>			8,96	0,056
Não branco	67 (12,6)	425 (87,4)		
Branco	59 (20,6)	254 (79,4)		
Renda per capita <sup>bc</sup>			13,43	0,004
≤ 1 Salário mínimo	80 (12,9)	550 (87,1)		
> 1 Salário mínimo	39 (25,2)	108 (74,8)		
Moradia			7,36	0,009
Não Própria	27 (10,0)	204 (90,0)		
Própria	99 (17,7)	478 (82,3)		
ESF			0,21	0,707
Não inserido	64 (15,0)	353 (85,0)		
Inserido	62 (16,1)	320 (83,9)		
Escolaridade Materna			0,62	0,399
≤ 8 anos	39 (14,2)	266 (85,8)		
> 8 anos	87 (16,3)	415 (83,7)		
Acesso a informações preventivas sobre a saúde bucal da criança			63,41	0,000
Não	21 (4,9)	375 (95,1)		
Sim	105 (25,2)	304 (74,8)		
Percepção dos pais sobre a saúde bucal da criança			9,64	0,022
Nenhum pouco a moderadamente saudável	58 (20,7)	240 (79,3)		
Muito ou extremamente saudável	68 (12,5)	440 (87,5)		
Percepção dos pais quanto à necessidade de tratamento odontológico na criança			9,13	0,008
Necessita	76 (13,2)	514 (86,8)		
Não necessita	50 (21,9)	166 (78,1)		
Escovação dos dentes			1,45	0,172
Não escova	2 (6,8)	28 (93,2)		
Escova	124 (15,8)	654 (84,2)		
Higienização da língua			5,96	0,013
Não higieniza	74 (13,2)	468 (86,8)		
Higieniza	52 (19,7)	214 (80,3)		
Uso do fio dental			24,25	0,000
Não usa	102 (13,8)	650 (86,2)		
Usa	24 (39,2)	32 (60,8)		
Experiência de cárie			70,02	0,000
ceo-d ≥ 1	48 (41,6)	71 (58,4)		
ceo-d = 0	77 (11,0)	610 (89,0)		
Placa			0,44	0,567
Com placa	29 (17,4)	140 (82,6)		
Sem placa	97 (15,2)	535 (84,8)		
Lesões fundamentais em tecidos moles			12,34	0,016
Com lesão	6 (44,0)	10 (56,0)		
Sem lesão	119 (14,8)	668 (85,2)		

<sup>a</sup> Dados com correção pelo efeito de desenho. <sup>b</sup> Ausência de 3 registros do grupo étnico; de 31 registros da renda per capita; de 9 registros da Inserção na ESF; de 1 registro da escolaridade materna; de 3 registros do acesso a informações preventivas; de 2 registros da percepção dos pais quanto à saúde bucal da criança; de 2 registros da percepção dos pais quanto à necessidade de tratamento; de 2 registros da experiência de cárie; de 7 registros da placa; de 5 registros da presença de lesões fundamentais em tecidos moles. <sup>c</sup> Baseada no salário mínimo em 2008, no valor de R\$ 415,00.

**Tabela 5.** Análise multivariada do uso de serviços odontológicos entre pré-escolares (18 a 36 meses) de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2008/2009.

Variáveis	$\beta^a$	OR <sup>a</sup> Ajustada (IC 95%) <sup>a</sup>	p <sup>a</sup>
<b>Determinantes primários de Saúde Bucal</b>			
Idade (em meses)		1,00	
18 a 24 meses			
25 a 31 meses	0,68	1,98 (1,19 - 3,30)	0,010
32 a 36 meses	1,18	3,27 (1,71 - 6,24)	0,001
Renda <i>per capita</i>			
$\leq$ 1 Salário mínimo		1,00	
$>$ 1 Salário mínimo	0,97	2,65 (1,50 - 4,65)	0,001
Moradia			
Não Própria		1,00	
Própria	0,61	1,83 (1,04 - 3,23)	0,038
Acesso a informações preventivas sobre a saúde bucal da criança			
Não		1,00	
Sim	1,69	5,44 (3,00 - 9,86)	0,000
<b>Comportamentos de Saúde Bucal</b>			
Uso do fio dental			
Não usa		1,00	
Usa	1,01	2,75 (1,50 - 5,02)	0,002
<b>Desfechos de Saúde Bucal</b>			
Experiência de cárie			
ceo-d $\geq$ 1		1,00	
ceo-d = 0	-1,52	0,22 (0,13 - 0,38)	0,000
Lesões fundamentais em tecidos moles			
Com lesão		1,00	
Sem lesão	-2,27	0,10 (0,01 - 0,77)	0,028

Teste de *Hosmer and Lemshow*:  $p=0,574$ ;  $R_{2Nagelkerke}^2: 0,327$ . <sup>a</sup>Dados com correção pelo efeito de desenho;  $\beta$  = Coeficiente ajustado; OR = Modelo ajustado da Regressão Logística; IC = Intervalo de confiança de 95%.

Vários estudos vêm demonstrando que a ESF tem sido singular na reorganização da atenção primária no Brasil; entretanto, a maneira como as estratégias são implantadas nos municípios é crucial para o seu sucesso<sup>2</sup>. No presente estudo não foi evidenciada associação entre o uso de serviços odontológicos por pré-escolares e o fato destes residirem em uma área coberta pela ESF. Ressalta-se que na presente investigação a cobertura do domicílio na ESF não considerou se esta tinha ou não a presença de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB). Outros estudos, como o que comparou o acesso a serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela ESF, realizado no ano de 2006, em Campina Grande (PB)<sup>30</sup>, e o que avaliou o impacto da ESF sobre a utilização de serviços odontológicos, realizado no mesmo ano em Natal (RN)<sup>2</sup>, também não evidenciaram essa associação. A partir daí, sugere-se que ausência dessa associação se deve à inadequação da formação profissional<sup>30,31</sup>, à influência dos fatores sociodemográficos e ao direcionamento das

políticas de saúde bucal, com caráter excludente, priorizando a atenção às crianças em idade escolar, e não o conjunto da população exposta ao risco de adoecer<sup>30</sup>. Outro fator para a ocorrência desse quadro é a possibilidade de que a inclusão das equipes de saúde bucal nas unidades de saúde da família não tenha traduzido uma mudança no processo de trabalho. Nesse sentido, as práticas continuam com baixo impacto e com baixa cobertura, pois o processo de trabalho ainda se mantém centrado na abordagem curativo-restauradora, herança de um modelo biomédico hegemônico de saúde<sup>32</sup>. Torna-se imprescindível o amadurecimento desse processo de trabalho, para que as políticas traduzidas em novos modelos e estratégias sejam capazes de impactar sobre as condições de saúde da população<sup>2</sup>.

Dentre as limitações do estudo, deve-se considerar o fato de ter sido realizado em um único município, de não ter abordado o acesso como um dos indicadores e de não ter avaliado a gravidade das lesões cariosas. Entretanto, destaca-se



o fato de se tratar de um estudo de base populacional, que aborda um tema pouco estudado, principalmente na referida faixa etária, cujos dados foram coletados por profissionais formados, treinados e calibrados.

## Conclusão

O uso de serviços odontológicos entre pré-escolares é um comportamento de saúde bucal que está associado a determinantes primários como a idade, a condição social e o acesso dos pais a informações preventivas de saúde bucal. Também está associado a outros comportamentos de saúde como o uso do fio dental e a desfechos de saúde bucal como a experiência de cárie e a presença de lesões fundamentais em tecidos moles.

O baixo uso de serviços odontológicos entre pré-escolares de 18 a 36 meses evidencia a neces-

sidade de incremento na oferta desses serviços e a necessidade de implementação de políticas de saúde que visem às ações preventivas e promocionais em relação à saúde bucal deste estrato populacional. A menor prevalência do uso entre as famílias socialmente menos favorecidas caracterizou a iniquidade da utilização dos serviços, evidenciando que políticas de saúde para universalizar o uso de serviços odontológicos entre pré-escolares são urgentes e devem ser implementadas de forma integral e segundo as necessidades de cada grupo social.

Considerando-se que a ESF se apresenta como um instrumento singular na reorganização da atenção primária no Brasil, é importante que os gestores de saúde discutam possíveis reestruturações e adequações que possam promover ações equânimes em relação à saúde bucal em todas as faixas etárias, inclusive em pré-escolares.

## Colaboradores

LAM Rodrigues e AMEBL Martins trabalharam na concepção e no delineamento, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. MF Silveira e RC Ferreira participaram da análise dos dados, redação do artigo e revisão crítica. JGS Souza, JM da Silva e AP Caldeira participaram na redação do artigo. A aprovação da versão a ser publicada foi feita pelo orientador AP Caldeira e pela co orientadora AMEBL Martins.

## Agradecimentos

Agradecimentos ao apoio logístico da Unimontes e da Prefeitura Municipal de Montes Claros (MG), ao fomento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) e à colaboração dos participantes. A pesquisadora Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins é bolsista do CNPQ, Raquel Conceição Ferreira da FAPEMIG e Antônio Prates Caldeira do CNPQ.

## Referências

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377(9779):1778-1797.
2. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, Lima KC, Roncalli AG. Impacto da estratégia saúde da família com a equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):985-996.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Resultados Principais do Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003*. Brasília: MS; 2004.
4. Ismail A, Nainar H, Sohn W. Children's First Dental Visit: Attitudes and Practices of US Pediatricians and Family Physicians. *Pediatr Dent* 2003; 25(5):425-430.
5. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LDEA, 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(1):150-156.
6. Silva BDM, Forte FDS. Acesso a serviço odontológico, percepção de mães sobre saúde bucal e estratégias de intervenção em Mogeio, PB, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2009; 9(3):313-319.

7. Silva EL. Odontologia para bebês. *Rev Para Med* 2007; 21(4):53-56.
8. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res* 1997; 11(2):203-209.
9. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):81-92.
10. Fernandes LS, Peres MA. Associação Entre Atenção Básica em Saúde Bucal e Indicadores Socioeconômicos Municipais. *Rev Saude Publica* 2005; 39(6):930-936.
11. Pinheiro RS, Torres TZ. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):999-1010.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Agregados por setores censitários dos resultados de universo*. 2ª ed. Brasília: IBGE; 2000.
13. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975; 25(4):229-235.
14. Silness J, Løe H. Periodontal disease in pregnancy. II Correlation between oral hygiene and periodontal condition. *Acta Odontol Scand* 1964; 22:121-135.
15. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Supl. 1):38-45.
16. Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2004; 20(1):143-152.
17. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica* 2006; 19(6):385-393.
18. Almeida T F, Couto MC, Oliveira MS, Ribeiro MB, Vianna MIP. Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, em Salvador - BA, 2008. *Rev Odontol UNESP* 2010; 39(6):355-362.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
20. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores associados à realização de consultas médicas de crianças menores de 5 anos. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2(1-2):60-71.
21. Silva MCB, Silva RA, Ribeiro CCC, Cruz MCFN. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). *Cien Saude Colet* 2007; 12(5):1237-1246.
22. Bahuguna R, Jain A, Khan SA. Knowledge and Attitudes of Parents regarding child dental care in an Indian Population. *Asian Journal of Oral Health & Allied Sciences* 2011; 1(1):9-12.
23. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP, Moraes MEL, Soares MG. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):269-276.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. Nº 17*. Brasília: MS; 2006.
25. Moyses ST, Watt R. Promoção de saúde bucal: definições. In: Buischi YP, organizador. *Promoção de Saúde Bucal na clínica odontológica*. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 1-22.
26. Costa CHM, Forte FDS, Sampaio FC. Motivos para consulta e perfil socioeconômico de usuários de uma clínica infantil. *Rev Odontol UNESP* 2010; 39(5):285-289.
27. Mofidi M, Zeldin LP, Rozier G. Oral Health of Early Head Start Children: A Qualitative Study of Staff, Parents, and Pregnant Women. *Am J Public Health* 2009; 99(2):245-251.
28. Stocco G, Baldani MH. O controle das consultas odontológicas dos bebês por meio da carteira de vacina: avaliação de um programa-piloto desenvolvido na Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa (PR, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011, 16(4):2311-2321.
29. Seale NS, McWhorter AG, Mouradian WE. Dental Education's Role in Improving Children's Oral Health and Access to Care. *Acad Pediatr* 2009; 9(6):440-445.
30. Rocha RACP, Goes PSA. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(12):2871-2880.
31. Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e a qualificação profissional. *Trab Educ Saude* 2011; 9(1):95-108.
32. Mitre SM, Andrade IEG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2071-2085.

---

Artigo apresentado em 03/08/2013

Aprovado em 13/10/2013

Versão final apresentada em 21/10/2013