

Maria Beatriz Junqueira  
Camargo<sup>1</sup>

Aluísio J D Barros<sup>1</sup>

Paulo Frazão<sup>II</sup>

Alicia Matijasevich<sup>1</sup>

Iná S Santos<sup>1</sup>

Marco Aurélio Peres<sup>III</sup>

Karen Glazer Peres<sup>III</sup>

# Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares

## Predictors of dental visits for routine check-ups and for the resolution of problems among preschool children

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Estimar a prevalência do uso de serviços odontológicos por pré-escolares e fatores associados.

**MÉTODOS:** Estudo transversal com 1.129 crianças de cinco anos de idade da Coorte de Nascimentos de Pelotas 2004, RS, de setembro de 2009 a janeiro de 2010. Registrou-se o uso de serviço odontológico pelo menos uma vez na vida e o motivo para a primeira consulta odontológica da criança. As categorias do desfecho foram: ter feito a primeira consulta por rotina, para resolver um problema ou nunca ter ido ao dentista. Os exames bucais e as entrevistas foram realizados nos domicílios. Aspectos socioeconômicos e variáveis independentes ligadas à mãe e à criança foram analisados por meio de regressão logística multinomial.

**RESULTADOS:** A prevalência de uso por qualquer motivo foi 37,0%. Os principais preditores para consulta de rotina foram nível econômico mais elevado, mãe com maior escolaridade e ter recebido orientação sobre prevenção. Principais preditores para consulta por problema foram ter sentido dor nos últimos seis meses, mãe com maior escolaridade e ter recebido orientação sobre prevenção. Cerca de 45,0% das mães receberam orientação de como prevenir cárie, principalmente fornecida por dentistas. Filhos de mães com história de maior aderência a programas de saúde tiveram maior probabilidade de ter feito uma consulta odontológica de rotina.

**CONCLUSÕES:** A taxa de utilização dos serviços odontológicos por pré-escolares foi inferior às de consultas médicas (puericultura). Além da renda e da escolaridade, comportamentos maternos têm papel importante no uso por rotina. Relato de dor nos últimos seis meses e número elevado de dentes afetados por cárie, independentemente dos demais fatores, estiveram associados ao uso para resolver problema. É necessária a integração de ações de saúde bucal nos programas materno-infantis.

**DESCRITORES:** Pré-Escolar. Consultórios Odontológicos, utilização. Fatores Socioeconômicos. Serviços de Saúde Bucal. Educação em Saúde Bucal. Assistência Integral à Saúde.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

<sup>II</sup> Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

<sup>III</sup> Departamento de Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

#### Correspondência | Correspondence:

Maria Beatriz Junqueira Camargo  
Universidade Federal de Pelotas  
Av. Mal. Deodoro, 1160 3º piso  
96020-220 Pelotas, RS, Brasil  
E-mail: mbiajac@uol.com.br

Recebido: 28/2/2011  
Aprovado: 25/7/2011

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To estimate the prevalence of dental visits among preschool children and determine the factors associated with using dental services.

**METHODS:** A cross-sectional study was conducted with 1,129 five-year-old children from the Pelotas Birth Cohort Study in Pelotas (Southern Brazil) 2004, from September 2009 to January 2010. Use of dental services at least once in the child's life and the reason for the child's first dental visit were recorded. The categories assigned for the first dental visit were: routine check-up, resolution of a problem, or never saw a dentist. The oral examinations and interviews were performed in the children's homes. Socioeconomic aspects and independent variables related to the mother and child were analyzed using multivariable logistic regression.

**RESULTS:** The prevalence of dental visits (both categories combined) was 37.0%. The main predictors for a routine visit were higher economic status, mothers with more schooling, and mothers who had received guidance about prevention. Major predictors for a visit because of a problem were having felt pain in the previous six months, mothers with higher education level, and mothers who had received guidance about prevention. Approximately 45.0% of mothers received information about how to prevent cavities, usually from the dentist. Children of mothers who adhered to health programs were more likely to have had a routine dental visit.

**CONCLUSIONS:** The rate of preschool visits to dental services was lower than the rate for medical appointments (childcare). In addition to income and education, maternal behavior plays an important role in routine visits. Pain reported in the last six months and a high number of teeth affected by tooth decay, independent of other factors, were associated with visits for a specific problem. It is important to integrate oral health instruction into maternal and child health programs.

**DESCRIPTORS:** Child, Preschool. Dental Offices, utilization. Socioeconomic Factors. Dental Health Services. Oral Health Education, Dental. Comprehensive Health Care.

---

## INTRODUÇÃO

Estudos sobre o uso dos serviços odontológicos entre pré-escolares são escassos e a maioria provém de países de alta renda.<sup>9,10,13,15,20</sup> Entre países de renda média e baixa, foram encontrados estudos em populações do Brasil,<sup>11,17</sup> México<sup>14</sup> e Filipinas,<sup>4</sup> os quais diferem quanto ao desfecho investigado: ter se consultado alguma vez na vida, ter se consultado nos últimos 12 meses para qualquer fim ou para fins de prevenção, entre outros. Portanto, os estudos são de difícil comparação entre si e apresentam ampla variação de prevalências.

Investigação com base em dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) mostrou aumento no percentual de crianças brasileiras de até quatro anos que tinham ido ao dentista pelo menos uma vez na vida (de 14,3% em 1998 para 18,1% em 2003).<sup>18</sup> Apesar de crescente, o uso de serviços odontológicos por pré-escolares é bastante reduzido.

Um componente histórico está entre os motivos para essa baixa utilização. As políticas públicas de saúde bucal, até a criação do Sistema Único de Saúde, priorizavam a oferta de assistência odontológica programática às crianças em idade escolar (seis a 14 anos), restando aos demais grupos populacionais o acesso ao atendimento de urgência.<sup>16</sup> Maior atenção era dada aos procedimentos curativos na dentição permanente. Ainda hoje, os serviços odontológicos preocupam-se com o atendimento de crianças a partir da dentição permanente<sup>19</sup> e pouca atenção é dirigida aos pré-escolares.<sup>3,6,19,21</sup>

A saúde bucal de pré-escolares depende dos cuidadores por meio da supervisão da escovação, da vigilância dos hábitos alimentares<sup>6</sup> e do entendimento de que consultas preventivas com o dentista podem auxiliar na manutenção da saúde bucal.<sup>12</sup> Como hábitos de higiene,

de alimentação e utilização dos serviços tendem a ser uma característica familiar, é importante considerar os hábitos do cuidador: as atitudes dos pais em relação à saúde bucal podem influenciar o desenvolvimento de comportamentos positivos relacionados à saúde bucal nas crianças.<sup>3</sup>

Maior escolaridade da mãe, maior renda e cobertura por seguro odontológico estão associadas ao maior uso dos serviços por pré-escolares.<sup>7,13,17,22</sup> Outras características relacionadas com o cuidador, como comportamentos, crenças, estado de saúde, utilização de serviços de saúde gerais e odontológicos, são pouco estudados.

O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência do uso de serviços odontológicos por pré-escolares e identificar fatores associados.

## MÉTODOS

Estudo transversal com 1.129 pré-escolares em Pelotas, RS, de setembro 2009 a janeiro de 2010. Pelotas tem população de 327.778 (IBGE, 2010<sup>a</sup>). O serviço público odontológico municipal contava com 52 dentistas lotados em 38 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e cinco escolas com seis dentistas no período. Não havia pessoal auxiliar odontológico. De acordo com o Conselho Regional de Odontologia do Estado do Rio Grande do Sul,<sup>b</sup> Pelotas estava em quarto lugar no estado em relação ao número de dentistas inscritos (630). O serviço odontológico prestado no município era basicamente assistencial. A água de abastecimento público é fluoretada desde 1962. Outras ações de prevenção e promoção de saúde eram pontuais e não existiam programas formalmente estruturados pela Secretaria Municipal da Saúde.

O estudo teve por base amostra de 1.303 nascidos de setembro a dezembro de 2004 participantes de uma coorte de nascimentos e a taxa de acompanhamento foi de 86,6%. Detalhes da metodologia da coorte foram descritos em outra publicação.<sup>2</sup> Seis das crianças entrevistadas não permitiram a realização do exame bucal.

A amostra foi definida para contemplar diversos desfechos em saúde bucal e o cálculo de poder foi efetuado *a posteriori*. A prevalência de uso de serviços odontológicos uma vez na vida (37,0%) e o tamanho da amostra final (n = 1.129) foram utilizados para esse cálculo. Frequências de exposição que variavam de 10% a 50% foram utilizadas e os valores mínimos necessários para detectar diferenças entre os grupos foram calculados com poder de 80% e nível de 95% de confiança. As

razões de prevalências mínimas para detectar diferenças ficaram entre 1,3 e 1,4 com frequências de exposição de 10% a 50%.

O instrumento, elaborado pelos pesquisadores, foi testado em 14 mães com filhos de três a sete anos em uma UBS. Após o teste, questões foram modificadas para melhorar o entendimento.

As crianças foram entrevistadas e examinadas por dentistas e estudantes de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). O treinamento teórico-prático para a aplicação do questionário teve duração de 12 horas com mães usuárias da clínica de odontopediatria da universidade.

O treinamento do exame clínico contou com componente teórico-prático com a presença de examinador treinado para participar do processo como “padrão-ouro”. O índice ceo-s que mede cárie na dentição decídua por superfície atingida (OMS, 1997)<sup>c</sup> foi utilizado e correlação intraclasse foi empregada para avaliar a repetibilidade diagnóstica dos valores obtidos. O resultado de cada examinador foi comparado ao “padrão-ouro” e o menor valor obtido foi 0,97.

Os exames clínicos e as entrevistas (respondidas pelos cuidadores/mães) foram realizados nos domicílios. Usaremos a palavra “mãe” para designar todos os cuidadores, uma vez que representaram mais de 90,0% dos respondentes. Espelho bucal plano e sonda periodontal do tipo *ball-point* devidamente esterilizados e lanternas de cabeça (fotóforo) para auxiliar na iluminação foram utilizados para o exame clínico. As medidas de biossegurança foram respeitadas conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997).

O desfecho utilizado foi a prevalência de uso de serviços odontológicos pelo menos uma vez na vida. A primeira consulta odontológica foi considerada para determinar o evento de interesse. Essa consulta foi categorizada segundo o motivo principal (rotina; para resolver um problema). Foi considerada consulta de rotina aquela realizada para revisão ou “check-up”, com finalidade de prevenção. A consulta por problema foi aquela decorrente de presença de algum sinal ou sintoma relacionado aos dentes/gengivas e ligada à necessidade de tratamento percebida pelo cuidador. Crianças que nunca tinham ido ao dentista formaram um terceiro grupo.

Foram exploradas variáveis independentes concorrentes ao desfecho e históricas. As variáveis sociodemográficas foram: sexo da criança (masculino; feminino), cor da

<sup>a</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. [citado 2011 ago 20] Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php)

<sup>b</sup> Conselho Federal de Odontologia. Sistema de Cadastro: relatórios do CRO: Rio Grande do Sul: CD-Cirurgião-Dentista's pelos municípios com a respectiva população. 2011 [citado 2011 ago 20]. Disponível em: [http://www.crors.org.br/legislacao/\[www.crors.org.br\]tm.pdf](http://www.crors.org.br/legislacao/[www.crors.org.br]tm.pdf)

<sup>c</sup> World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4. ed. Geneva; 1997.

pele da criança referida pela mãe (branca; preta; parda; outros), escolaridade da mãe ao nascimento do(a) filho(a) (em anos de estudos:  $\leq 4$ , 5 a 8; 9 a 11;  $\geq 12$ ), nível econômico medido por meio do Indicador Econômico Nacional (IEN)<sup>1</sup> (categorizados em quintis) e idade da mãe ao nascimento (em anos: 13 a 19; 20 a 29;  $\geq 30$ ).

As variáveis comportamentais maternas foram: (a) padrão de uso de serviços odontológicos (uso regular: sim; não); (b) ao menos sete consultas no pré-natal (sim; não) e (c) puericultura adequada (sim; não). O uso regular pela mãe foi definido por meio da seguinte pergunta: “Como a Sra. definiria as suas consultas com o dentista?” (Eu nunca vou ao dentista; Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva; Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não; Eu vou ao dentista de forma regular – considerados regulares aqueles que escolheram as duas últimas opções). A variável “puericultura adequada” foi construída respeitando o calendário mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde,<sup>d</sup> corresponde a pelo menos três consultas aos três meses, cinco consultas aos seis meses, sete consultas aos 12 meses e nove consultas aos 24 meses.

Variáveis comportamentais e de saúde relacionadas à criança foram: mãe ter recebido orientação de como evitar cárie em crianças (sim; não) e quem orientou (médico; dentista; enfermeiro; professor na escola; parente; outros), idade que a criança começou a escovar os dentes sozinha (até os 36 meses; 37 a 60 meses; ainda recebe ajuda), freqüentar creche (sim; não), ter medo de ir ao dentista (sim; não), ter sentido dor nos últimos seis meses (sim; não), experiência de cárie (tercil de ceo-s), percepção de saúde bucal da criança (muito boa; boa; regular/ruim/muito ruim) e necessidade de tratamento (sim; não), ambas relatadas pela mãe.

Foi realizada dupla digitação utilizando o programa EpiInfo, versão 6.04d concomitante ao trabalho de campo, tendo sido corrigidos erros e inconsistências. Os dados foram transferidos para programa estatístico Stata versão 11 para realização das análises.

Para controlar a qualidade das entrevistas, 15% da amostra foi entrevistada por telefone, utilizando questionário resumido. A repetibilidade da pergunta que gerou o desfecho obteve um valor de concordância kappa igual a 0,92, mostrando confiabilidade dos resultados.

Foram descritas freqüências simples e relativas das categorias do desfecho. Regressão multinomial foi utilizada na análise bruta e ajustada para estimar o *odds ratio* (OR). A categoria de referência foi nunca ter ido ao dentista.

A análise ajustada foi realizada com base em modelo conceitual em dois níveis: no primeiro as variáveis socioeconômicas e demográficas e no segundo as comportamentais e de saúde das mães e das crianças. As variáveis do segundo nível foram controladas entre si e pelas do primeiro nível. Todas as variáveis com  $p \leq 0,2$  (na análise bruta) foram levadas para a análise ajustada.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (OF.101/09). Os responsáveis foram informados sobre a possibilidade de participar ou não da entrevista ou de parte dela. A entrevista e o exame bucal foram realizados após esclarecimentos e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos pais/responsáveis.

## RESULTADOS

Foram entrevistadas 1.129 mães das 1.303 crianças selecionadas, totalizando taxa de seguimento de 86,6%. Entre as crianças, 37,0% foram ao menos uma vez ao dentista, 67,2% realizaram essa consulta após os 24 meses, 51,7% estavam livres de cárie, a média do índice ceo-d (que mede a cárie na dentição decídua por dente atingido) foi 1,9 e do ceo-s 4,1 ( $n = 1.123$ ). A média de ceo-s passou para 11,8 ( $n = 357$ ) no último tercil da experiência de cárie. O componente cariado correspondeu a 94,0% do valor do ceo-s.

O uso dos serviços odontológicos por rotina e por problema teve taxa de prevalência mais elevada entre as mães mais escolarizadas e mais ricas (Tabela 1).

A prevalência de uso dos serviços odontológicos pelas crianças por motivo de rotina foi duas vezes maior entre aquelas que fizeram as consultas de puericultura recomendadas e as mães que fizeram mais de sete consultas de pré-natal.

Filhos cujas mães relataram usar de maneira regular os serviços odontológicos tiveram prevalência 2,5 vezes maior de uso por rotina quando comparados às mães que não o fizeram.

Maior prevalência de consulta ao dentista por problema foi observada entre as crianças que sentiram dor nos últimos seis meses (39,1%), que pertenciam ao tercil mais acometido por cárie (33,9%) e cuja percepção de saúde bucal pela mãe foi classificada como regular/ruim/muito ruim (35,2%).

Com exceção do sexo da criança, todas as variáveis do primeiro nível do modelo de análise estiveram associadas significativamente ao uso por rotina e para

<sup>d</sup> Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF); 2002 [citado 2011 ago 20]. (Série Cadernos de Atenção Básica, 11. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 173). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf)

**Tabela 1.** Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde conforme uso de serviços odontológicos por crianças aos cinco anos de idade da Coorte de Nascimentos 2004. Pelotas, RS, 2010.

Variável	Prevalência de uso serviços odontológicos							
	Total		Rotina		Resolver problema		Nunca foi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo (1.129)	p = 0,5*							
Masculino	590	52,3	101	17,1	125	21,2	364	61,7
Feminino	539	47,7	85	15,8	103	19,1	351	65,1
Cor da pele (1.128)	p <0,001*							
Branca	751	66,6	156	20,8	149	19,8	446	59,4
Parda	222	19,7	16	7,2	46	20,7	160	72,1
Preta	139	12,3	12	8,6	28	20,1	99	71,3
Outros	16	1,4	2	12,5	5	31,3	9	56,2
Escolaridade mãe (1.106) (anos)	p <0,001*							
Até 4	144	13,1	5	3,5	23	16,0	116	80,5
5 a 8	445	40,2	46	10,3	88	19,8	311	69,9
9 a 11	394	35,6	71	18,0	84	21,3	239	60,7
> 12	123	11,1	53	43,1	30	24,4	40	32,5
Nível econômico – IEN (quintis) (1.129)	p <0,001*							
Q1 – mais pobres	264	23,4	21	8,0	43	16,3	200	75,7
Q2	235	20,8	19	8,1	52	22,1	164	69,8
Q3	247	21,9	37	15,0	49	19,8	161	65,2
Q4	183	16,2	32	17,5	39	21,3	112	61,2
Q5 – mais ricos	200	17,7	77	38,5	45	22,5	78	39,0
Idade da mãe (anos) (1.128)	p <0,001*							
Até 19	214	19,0	26	12,2	53	24,8	135	63,0
20 a 29	544	48,2	73	13,4	108	19,9	363	66,7
30 ou mais	370	32,8	87	23,5	67	18,1	216	58,4
Uso de serviços odontológicos de forma regular pela mãe (1.128)	p <0,001*							
Não	655	58,1	68	10,4	119	18,2	468	71,4
Sim	473	41,9	118	25,0	109	23,0	246	52,0
Ter feito mais de 7 consultas de pré-natal (1.052)	p <0,001*							
Não	276	26,2	26	9,4	49	17,8	201	72,8
Sim	776	73,8	148	19,1	167	21,5	461	59,4
Ter feito pelo menos 9 consultas de puericultura aos 24 meses (1.115)	p <0,001*							
Não	345	30,9	32	9,3	53	15,4	260	75,3
Sim	770	69,1	151	19,6	173	22,5	446	57,9
Recebeu orientação sobre prevenção (1.128)	p <0,001*							
Não	619	54,9	35	5,7	86	13,9	498	80,4
Sim	509	45,1	151	29,7	142	27,9	216	42,4
Freqüente creche (1.128)	p <0,001*							
Não	604	53,5	61	10,0	117	19,4	426	70,6
Sim	524	46,5	125	23,9	111	21,2	288	54,9

Continua

Tabela 1 continuação

Variável	Prevalência de uso serviços odontológicos							
	Total		Rotina		Resolver problema		Nunca foi	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade em que a criança começou a escovar os dentes sozinha (1.129) (meses)							p <0,001*	
Antes dos 36	307	27,2	29	9,5	58	18,9	220	71,6
Entre 37 e 60	306	27,1	34	11,1	51	16,7	221	72,2
Ainda recebe ajuda	516	45,7	123	23,8	119	23,1	274	53,1
Tem medo de ir ao dentista (1.094)							p <0,001*	
Não	775	70,8	158	20,4	165	21,3	452	58,3
Sim	319	29,2	26	8,2	62	19,4	231	72,4
Sentiu dor nos últimos 6 meses (1.115)							p <0,001*	
Não	931	83,5	173	18,6	153	16,4	605	65,0
Sim	184	16,5	12	6,5	72	39,1	100	54,4
Tercil de cárie (ceo-s) (1.123)							p <0,001*	
1	580	51,7	130	22,4	65	11,2	385	66,4
2	186	16,6	33	17,7	41	22,0	112	60,3
3	357	31,8	22	6,2	121	33,9	214	59,9
Percepção de saúde bucal do filho (1.125)							p <0,001*	
Muito boa	294	26,1	77	26,2	46	15,7	171	58,1
Boa	584	51,9	93	15,9	95	16,3	396	67,8
Regular/ Ruim/Muito ruim	247	22,0	16	6,5	87	35,2	144	58,3
Necessidade de tratamento percebida pelas mães (1.129)							p <0,001*	
Não	428	38,1	84	19,6	63	14,7	281	65,7
Sim	695	61,9	101	14,5	163	23,5	431	62,0

\* Teste qui-quadrado de heterogeneidade

IEN: Indicador Econômico Nacional

ceo-s: indicador de cárie na dentição decídua por superfície afetada

resolver um problema quando comparadas às crianças que nunca tinham ido ao dentista (Tabela 2).

Sentir dor nos últimos seis meses, pertencer aos grupos menos afetados pela cárie e a percepção de saúde bucal do filho pela mãe foram variáveis associadas a ambos os desfechos, embora em sentidos opostos, percepção boa/muito boa foi associada ao uso por rotina e percepção regular/ruim e muito ruim ao uso por problema. Crianças que recebiam ajuda para escovar os dentes e freqüentavam creches apresentaram maior chance de terem feito consulta com dentista para fins de rotina ou para resolver um problema. Identificar que a criança necessitava de uma consulta odontológica esteve associado a fazer consulta por problema.

Excluindo renda e escolaridade, ter recebido orientação sobre prevenção foi a variável mais fortemente associada a ir ao dentista por motivo de rotina e por problema (OR 9,9 e 3,8, respectivamente).

Consulta de rotina pelas crianças associou-se positivamente com alguns comportamentos maternos, como a realização de pelo menos sete consultas de pré-natal, utilização adequada de puericultura e uso regular de

serviços odontológicos. Realizar consulta para fins de rotina, entre filhos de mães com tais comportamentos, foi no mínimo 2,5 vezes maior que no grupo de referência (Tabela 2). De maneira similar, levar os filhos ao dentista para resolver um problema foi mais prevalente entre mães que utilizaram os serviços adequadamente (puericultura, pré-natal e padrão de consultas odontológicas).

Permaneceram associadas à consulta por motivo de rotina na análise ajustada (Tabela 2): possuir maior escolaridade e nível econômico, mãe ser usuária regular dos serviços odontológicos, ter recebido orientação sobre prevenção, a criança receber ajuda para escovar os dentes, ter feito a puericultura de forma adequada e a mãe relatar que a criança não tem medo de ir ao dentista. O grupo pertencente ao tercil intermediário de cárie apresentou maior chance de fazer uso por rotina comparado ao grupo mais afetado.

As características associadas a ter ido ao dentista por um problema, após ajuste, foram maior renda e escolaridade da mãe, ter recebido orientação sobre prevenção, ter feito a puericultura de forma adequada e ter sentido dor nos últimos seis meses. O tercil de menor experiência

**Tabela 2.** Regressão logística multinomial bruta e ajustada para estimar o efeito das características socioeconômicas, comportamentais e de saúde no uso de serviços odontológicos por crianças aos cinco anos de idade da Coorte de Nascimentos 2004. Pelotas, RS, 2010.

Variável	Análise bruta - OR (IC95%)		Análise ajustada - OR (IC95%) <sup>a</sup>	
	Rotina <sup>b</sup>	Resolver problema <sup>b</sup>	Rotina <sup>b</sup>	Resolver problema <sup>b</sup>
Nível 1 (n = 1.105)				
Sexo criança	p = 0,5		-	-
Masculino	1	1	-	-
Feminino	0,9 (0,6;1,2)	0,9 (0,6;1,2)	-	-
Cor da pele da criança	p < 0,001		p = 0,2	
Branca	2,9 (1,5; 5,4)	1,2 (0,7;1,9)	1,7 (0,9;3,3)	1,0 (0,6;1,6)
Parda	0,8 (0,4; 1,8)	1,0 (0,6;1,7)	0,8 (0,4;1,8)	1,0 (0,6;1,7)
Outros	1,8 (0,4; 9,5)	2,0 (0,6;6,3)	1,4 (0,3;7,8)	1,7 (0,5;5,5)
Preta	1	1	1	1
Escolaridade da mãe (anos)	p < 0,001		p < 0,001	
Até 4	1	1	1	1
5 a 8	3,4 (1,3;8,8)	3,1 (1,2;8,1)	3,1 (1,2;8,3)	1,2 (0,7;2,0)
9 a 11	6,9 (2,7;17,5)	4,8 (1,8;12,7)	5,5 (2,1;14,5)	1,5 (0,8;2,6)
> 12	30,7 (11,5;82,3)	14,7 (5,1;42,5)	15,6 (5,4;45,1)	2,8 (1,3;5,8)
Nível econômico (quintis)	p < 0,001		p = 0,01	
Q1 – mais pobres	1	1	1	1
Q2	1,1 (0,6;2,1)	1,5 (1,0;2,3)	0,8 (0,4;1,6)	1,4 (0,9;2,2)
Q3	2,2 (1,2;3,9)	1,4 (0,9;2,2)	1,4 (0,8;2,6)	1,3 (0,8;2,1)
Q4	2,7 (1,5;4,9)	1,6 (1,0;2,6)	1,4 (0,7;2,7)	1,4 (0,8;2,4)
Q5 – mais ricos	9,4 (5,4;16,3)	2,7 (1,6;4,4)	2,8 (1,4;5,5)	1,9 (1,1;3,5)
Idade da mãe (anos)	p < 0,001		p = 0,02	
13 a 19	1,0 (0,6;1,7)	0,8 (0,5;1,1)	0,7 (0,4;1,1)	0,6 (0,4;1,0)
20 a 29	2,1 (1,3;3,4)	0,8 (0,5;1,2)	1,0 (0,6;1,8)	0,6 (0,4;1,0)
30 ou mais	1	1	1	1
Nível 2 (n = 963)				
Padrão de uso de serviços odontológicos da mãe	p < 0,001		p = 0,06	
Uso por necessidade	1	1	1	1
Uso regular	3,3 (2,4;4,6)	1,7 (1,3;2,4)	1,7 (1,1;2,6)	1,3 (0,9;1,9)
Mãe ter feito mais de 7 consultas de pré-natal	p < 0,001		p = 0,5	
Não	1	1	1	1
Sim	2,5 (1,6; 3,9)	1,5 (1,0;2,1)	0,9 (0,5;1,6)	1,3 (0,8;2,0)
Ter feito pelo menos 9 consultas de puericultura aos 24 meses	p < 0,001		p = 0,008	
Não	1	1	1	1
Sim	2,8 (1,8;4,1)	1,9 (1,3;2,7)	1,8 (1,0;3,0)	1,8 (1,2;2,7)
Recebeu orientação sobre prevenção	p < 0,001		p < 0,001	
Não	1	1	1	1
Sim	9,9 (6,7;14,9)	3,8 (2,8;5,2)	8,4 (5,2;13,6)	3,8 (2,6;5,5)
Idade que a criança começou a escovar os dentes sozinha	p < 0,001		p = 0,001	
Menor ou igual a 36 meses	1	1	1	1
Dos 37 aos 60 meses	1,2 (0,7;2,0)	0,9 (0,6;1,3)	1,0 (0,5;2,0)	0,8 (0,5;1,3)
Ainda recebe ajuda	3,4 (2,2;5,3)	1,6 (1,1;2,4)	2,4 (1,4;4,2)	1,4 (0,9;2,1)

Continua

Tabela 2 continuação

Variável	Análise bruta - OR (IC95%)		Análise ajustada - OR (IC95%) <sup>a</sup>	
	Rotina <sup>b</sup>	Resolver problema <sup>b</sup>	Rotina <sup>b</sup>	Resolver problema <sup>b</sup>
Frequente creche	p < 0,001		p = 0,6	
Não	1	1	1	1
Sim	3,0 (2,2;4,3)	1,4 (1,0;1,9)	1,2 (0,8;1,9)	1,1 (0,8;1,6)
Tem medo de ir ao dentista	p < 0,001		p = 0,01	
Não	1	1	1	1
Sim	0,3 (0,2;0,5)	0,7 (0,5;1,0)	0,5 (0,3;0,8)	0,7 (0,5;1,1)
Sentiu dor nos últimos 6 meses	p < 0,001		p < 0,001	
Não	1	1	1	1
Sim	0,4 (0,2;0,8)	2,8 (2,0;4,0)	0,7 (0,3;1,7)	2,5 (1,6;4,0)
Tercil de cárie	p < 0,001		p < 0,001	
1	3,3 (2,0;5,3)	0,3 (0,2;0,4)	1,4 (0,8;2,9)	0,3 (0,2;0,4)
2	2,9 (1,6;5,1)	0,6 (0,4;1,0)	2,0 (1,0;4,2)	0,7 (0,4;1,2)
3	1	1	1	1
Percepção de saúde bucal do filho	p < 0,001		p = 0,2	
Muito boa	4,1 (2,3;7,3)	0,4 (0,3;0,7)	0,8 (0,4;1,9)	0,6 (0,3;1,1)
Boa	2,1 (1,2;3,7)	0,4 (0,3;0,6)	0,8 (0,4;1,7)	0,6 (0,3;1,0)
Regular/ Ruim/Muito ruim	1	1	1	1
Necessidade de tratamento percebida pela mãe	p < 0,001		p = 0,06	
Não	1	1	1	1
Sim	0,8 (0,6;1,1)	1,7 (1,2;2,3)	0,6 (0,4;1,0)	0,6 (0,4;1,0)

<sup>a</sup> As variáveis foram controladas para os níveis acima e entre si.

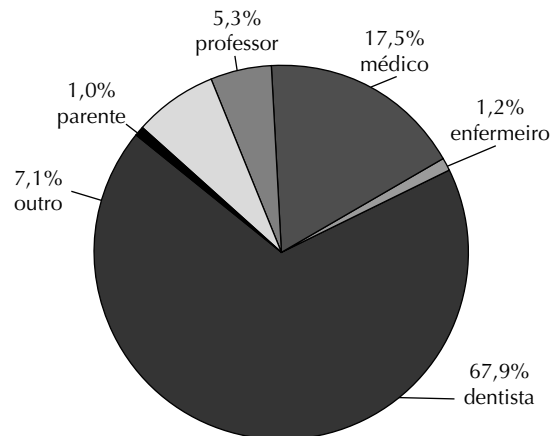
<sup>b</sup> Categoria de referência foi nunca ter ido ao dentista e foi omitida da tabela.

de cárie apresentou menor chance de uso de serviço por problema, comparado ao tercil superior. O mesmo foi observado para as mães mais jovens comparadas às de 30 anos ou mais.

Menos da metade das mães receberam orientação sobre como prevenir cáries em crianças (Tabela 2). Entre as que receberam orientação, em 67,9% dos casos foi dada por dentistas, em 17,5%, por médicos e em 1,2%, por enfermeiros (Figura).

## DISCUSSÃO

Durante a infância é principalmente a mãe quem identifica a necessidade de levar a criança aos serviços de saúde. Nossos resultados contribuem para a produção de conhecimentos sobre esse fenômeno, considerando a existência de poucos estudos aos cinco anos de idade. O estudo foi realizado em uma cidade de porte médio que apresenta uma relação favorável dentista/população de 1/520, aproximadamente. Entretanto, existem barreiras de caráter econômico, cultural e de organização dos serviços que podem dificultar a utilização dos serviços de saúde bucal. Em 2009, as crianças de cinco anos apresentaram em média 1,9 dente decíduo atacado por cárie em Pelotas. Metade não tinha nenhum dente



**Figura.** Indivíduos que orientaram sobre prevenção em saúde bucal as mães das crianças da Coorte de Nascimentos 2004. Pelotas, RS, 2010.

atingido por cárie, valor ligeiramente inferior à média nacional estimada para 2003.<sup>e</sup> Em relação ao percentual de cárie não tratada, o valor encontrado foi superior às estimativas para o País, indicando que a maioria dos dentes atingidos pela doença não receberam tratamento. A amostra teve elevada taxa de resposta. Os eventos



foram mensurados acuradamente. Tanto os dados provenientes de exames bucais quanto aqueles oriundos de entrevistas foram controlados.

Este estudo é aninhado em uma coorte de nascimentos, o que permite que variáveis ligadas à vida progressa do sujeito sejam coletadas próximas a sua ocorrência. Isso evita possíveis vieses ligados à dificuldade de aferição desses eventos e proporciona informações de melhor qualidade.

A prevalência de uso dos serviços odontológicos pelo menos uma vez na vida foi 37,0% e confirma a limitada literatura nacional sobre o tema. Em Canela, RS,<sup>11</sup> a prevalência média para crianças de quatro a cinco anos foi 26,5% e em Sobral, CE,<sup>17</sup> para crianças de cinco a nove anos, a prevalência média foi 50,9%. Países de renda elevada apresentam situações contrastantes e, em alguns casos, parecida com a nossa. O Canadá<sup>9</sup> e o Reino Unido<sup>15</sup> apresentam prevalência de 94%. Espanha<sup>22</sup> e Austrália,<sup>20</sup> por outro lado, apresentam prevalências de 28,5% e 24,0%, respectivamente.

O presente estudo identificou o motivo de uso do serviço e é o primeiro de base populacional com pré-escolares no Brasil, que apresenta distinção entre os diferentes tipos de uso.

Foram observadas desigualdades no uso do serviço odontológico. A taxa de uso foi mais elevada entre crianças com mães mais escolarizadas e mais ricas. Esse resultado reforça estimativas de outras pesquisas,<sup>7,17,13,22</sup> mesmo em países nos quais o acesso não é o maior problema.<sup>15</sup> No presente estudo, essa associação foi mais evidente no uso por rotina. Mesmo quando controladas entre si, escolaridade e riqueza continuaram significativas, sugerindo efeito do poder aquisitivo e do domínio de informações e expectativas positivas em relação à saúde bucal associada à escolarização.

Um achado relevante deste estudo diz respeito aos aspectos comportamentais ligados à mãe, pouco investigados na literatura. Observou-se que o grupo de mães que levou seus filhos para uma consulta de rotina tinha perfil diferente das demais. Agendar consulta odontológica regularmente para si e auxiliar os filhos de cinco anos na escovação dos dentes foram comportamentos comuns no grupo de mães que levou os filhos para consulta de rotina. Isso sugere a importância que a mãe atribui a esses aspectos, assim como a tendência de reprodução do autocuidado no cuidado dos filhos.

Levar o filho ao dentista para consulta de rotina esteve associado ao comportamento preventivo apresentado no passado e aferido pela adesão aos programas preventivos de pré-natal e de puericultura. A utilização

de serviços preventivos de saúde pelas mães pode ser importante preditor da adesão a programa preventivo odontológico voltado às crianças.<sup>3</sup>

Entre os fatores associados ao uso de serviços, cabe destacar algumas diferenças relacionadas ao motivo que levou a mãe a consultar um dentista para seu filho. A mãe ter mencionado que o filho sentiu dor nos últimos seis meses e elevada experiência de cárie pela criança associaram-se à realização de consulta para resolver um problema. Ter recebido orientação sobre prevenção de doenças bucais foi fator fortemente associado ao uso por rotina e para resolver um problema. O aconselhamento aos pais em consultas odontológicas pode constituir parte das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.<sup>12</sup> Informações sobre os meios para manter a dentição decídua saudável relacionados à alimentação e aos hábitos de higiene podem ser desenvolvidos individual e coletivamente. Em sistemas de saúde bem estruturados, esses conteúdos são abordados de forma interdisciplinar sob a responsabilidade da equipe multiprofissional. Orientações sobre saúde bucal não são tarefas unicamente do dentista, mas dos profissionais de saúde que atendem a criança e a mãe. No presente estudo, 45% das mães receberam orientação. Dessas, menos de 20% foram realizadas por outros profissionais da equipe.

A utilização de serviços de saúde decorre de múltiplos fatores, como a necessidade de saúde da população, os prestadores de serviços e outros ligados às diretrizes de organização do sistema de saúde.<sup>24</sup> Tanto a forma de organização dos serviços<sup>19,21</sup> como fatores relacionados à percepção da mãe sobre a importância do uso dos serviços odontológicos<sup>8,23</sup> estão relacionados à utilização desses serviços.

Em Pelotas, como em boa parte das cidades de característica similar, as necessidades de saúde bucal são enfrentadas por meio de ações de assistência individual, ações coletivas e iniciativas intersetoriais.<sup>16</sup> A experiência de cárie da população mostra que as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças bucais devem ser mantidas sem prejuízo de medidas para aprimorá-las com vistas a reduzir a severidade da cárie entre os mais afetados.

Entre aqueles com maior renda/escolaridade, que em geral podem pagar por serviço privado, a taxa de uso por rotina é mais elevada. Entre aqueles que dependem do sistema público de saúde, essa taxa poderia ser aumentada, uma vez que aproximadamente 70,0% das mães aderem aos programas preventivos como o pré-natal e a puericultura. A integração de conhecimentos de saúde bucal nessas consultas poderia resultar em maior grau de integralidade do cuidado, aumento da autonomia

dos cuidadores e forte estímulo para o uso dos serviços odontológicos de forma preventiva. Nos sistemas bem estruturados, isso é tarefa do pessoal auxiliar.

No Brasil, a saúde infantil está presente na agenda das políticas públicas de saúde há décadas e ações na atenção materno-infantil estão perto de atingir cobertura universal.<sup>25</sup> O número de municípios sem recursos de assistência odontológica diminuiu.<sup>5</sup> A atenção odontológica foi realocada para a rede básica, propiciando condições para maior integração das ações de saúde bucal aos demais programas.<sup>5</sup> Entretanto, é grande a dificuldade em compartilhar conhecimentos e articular as ações de forma cooperada numa abordagem interdisciplinar no âmbito dos programas de saúde. A integração de ações de saúde bucal nos programas de saúde materno-infantil pode auxiliar na elevação da utilização regular do serviço odontológico, o que tem implicações para a melhora da educação em saúde bucal e para a redução do diagnóstico tardio e da perda dentária por cárie não tratada.

Concluimos que a taxa de utilização dos serviços odontológicos por pré-escolares foi 37,0%, inferior ao uso de consultas médicas (puericultura). Além da renda e da escolaridade, comportamentos ligados à mãe têm papel importante, como ter feito a puericultura adequadamente, o uso regular dos serviços odontológicos, ter recebido orientação sobre prevenção e supervisionar a escovação dental do filho. Aspectos ligados à criança, como ter sentido dor nos últimos seis meses e pertencer ao tercil de maior experiência de cárie, independentemente dos demais fatores, estiveram associados ao uso de serviços para resolver um problema.

Para elevar a taxa de uso de serviço odontológico por rotina, principalmente entre os de menor renda e escolaridade, é necessário aumentar o domínio das mães sobre os conhecimentos relacionados ao processo saúde-doença bucal e seus determinantes. Além disso, é preciso prover os serviços de pessoal auxiliar e capacitar as unidades de atenção primária para estimular o uso de serviços odontológicos regularmente.

## REFERÊNCIAS

1. Barros AJD, Victora CG. Indicador econômico para o Brasil baseado no censo demográfico de 2000. *Rev Saude Publica*. 2005;39(4):523-9. DOI:10.1590/S0034-89102005000400001
2. Barros AJD, Santos IS, Victora CG, Albernaz EP, Domingues MR, Timm IK, et al. Coorte de nascimentos de Pelotas, 2004: metodologia e descrição. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):402-13. DOI:10.1590/S0034-89102006000300006
3. Beautrais AL, Fergusson DM, Shannon FT. Use of preschool dental services in a New Zealand birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1982;10(5):249-52.
4. Cariño KMG, Shinada K, Kawaguchi Y. Early childhood caries in northern Philippines. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(2):81-9. DOI:10.1034/j.1600-0528.2003.00010.x
5. Frazão P. Vinte anos de Sistema Único de Saúde: avanços e desafios para a saúde bucal [editorial]. *Cad Saude Publica*. 2009;25(4):712. DOI:10.1590/S0102-311X2009000400001
6. Finlayson TL, Siefert K, Ismail AI, Sohn W. Maternal self-efficacy and 1-5 year-old children's brushing habits. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(4):272-81. DOI:10.1111/j.1600-0528.2007.00313.x
7. Hashim R, Thomson WM, Ayers KM, Lewsey JD, Awad M. Dental caries experience and use of dental services among preschool children in Ajman, UAE. *Int J Paediatr Dent*. 2006;16(4):257-62. DOI:10.1111/j.1365-263X.2006.00746.x
8. Hilton IV, Stephen S, Barker JC, Weintraub JA. Cultural factors and children's oral health care: a qualitative study of cares of young children. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):429-38. DOI:10.1111/j.1600-0528.2006.00356.x
9. Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc*. 2001;132(3):295-303.
10. Isong U, Weintraub A. Determinants of dental service utilization among 2 to 11-year-old California children. *J Public Health Dent*. 2005;65(3):138-45. DOI:10.1111/j.1752-7325.2005.tb02803.x
11. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fisher 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. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):150-6. DOI:10.1590/S0102-311X2008000100014
12. Lee JY, Bouwens TJ, Savage MF, Vann Jr WF. Examining the costeffectiveness of early dental visits. *Pediatr Dent*. 2006;28(2):102-5;192-8.
13. Lewis C, Mouradian W, Slayton R, Williams A. Dental insurance and its impact on preventive dental care visits for U.S. children. *J Am Dent Assoc*. 2007;138(3):369-80.
14. Medina-Solís CE, Maupomé G, Avila-Burgos L, Hajar-Medina M, Segovia-Villanueva A, Pérez-Nuñez R. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent*. 2006;28(3):285-92.
15. Morris AJ, Nuttall NM, White DA, Pitts NB, Chestnutt IG, Evans D. Patterns of care and service use amongst children in the UK 2003. *Br Dent J*. 2006;200(8):429-34. DOI:10.1038/sj.bdj.4813462
16. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. (Temas em Saúde).
17. 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(7):1509-16. DOI:10.1590/S0102-311X2008000700005
18. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. *Cien Saude Coletiva*. 2006;11(4):999-1010. DOI:10.1590/S1413-81232006000400020
19. Silva MCB, Silva RA, Ribeiro CCC, Cruz MCN. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luis (MA). *Cienc Saude Coletiva*. 2007;12(5):1237-46. DOI:10.1590/S1413-81232007000500021
20. Slack-Smith LM. Dental visits by Australian preschool children. *J Paediatr Child Health*. 2003;39(6):442-5. DOI:10.1046/j.1440-1754.2003.00185.x
21. Splieth CH, Bünger B, Pine C. Barriers for dental treatment of primary teeth in East and West Germany. *Int J Paediatr Dent*. 2009;19(2):84-90. DOI:10.1111/j.1365-263X.2008.00949.x
22. Tapias-Ledesma MA, Jimenez R, Garrido PC, Miguel AG. Influence of sociodemographic variables on dental service utilization and oral health among the children included in the year 2001 Spanish National Health Survey. *J Public Health Dentistry*. 2005;65(4):215-20. DOI:10.1111/j.1752-7325.2005.tb03021.x
23. Tickle M, Milsom KM, Humphris GM, Blinkhorn AS. Parental attitudes to the care of the carious primary dentition. *Br Dent J*. 2003;195(8):451-5;449. DOI:10.1038/sj.bdj.4810600
24. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20 (Supl 2):S190-8. DOI:10.1590/S0102-311X2004000800014
25. Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Pain J, et al. Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer. *Lancet*. 2011;Supl Saúde no Brasil 6:90-102. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X