

Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil

Access to oral health in early childhood in the city of Porto Alegre, Brazil

Marcela Obst Comassetto ¹
 Alexandre Baumgarten ²
 Katherine de Andrade Kindlein ³
 Juliana Balbinot Hilgert ²
 Márcia Cançado Figueiredo ³
 Daniel Demétrio Faustino-Silva ⁴

Abstract *The goal was to assess the access and factors connected to dental visits in children up to age five in the city of Porto Alegre, Brazil. The cross-sectional study was conducted in 10 Basic Health Units through a questionnaire and clinical examination on 560 children. Clinical (visible plaque, gingival bleeding and defs), socio-demographic, and visit access variables were assessed. Poisson Regression was used to calculate the Prevalence Ratios (PR), with a 95% confidence interval. Results showed that 68.2% of children had never gone to a dentist. The main reason reported for not visiting a dentist was not feeling the need (48.7%) and difficult access to a health clinic (15.8%). The purpose of going to the dentist was for prevention/revision (55.8%), and the most sought-after places for visits were the private office (43.9%) and health clinic (39.5%). The final multivariate model showed that age of the child (95%CI, PR = 1.03 (1.02-1.05)), household income (PR = 1.05; (1.01-1.08)), and the mother having completed high school (PR = 1.69 (1.15-2.56)) were associated with seeking dental consultation. Thus, it is crucial to recognize the importance of the family setting during the first years of life.*

Key words *Oral health services, Dental care for children, Access to health services*

Resumo *O objetivo foi avaliar o acesso e fatores associados à consulta odontológica em crianças de até 5 anos no município de Porto Alegre, Brasil. Estudo transversal realizado em 10 Unidades Básicas de Saúde, através de questionário e exame clínico em 560 crianças. Foram avaliadas variáveis clínicas (placa visível, sangramento gengival e ceo-s), sociodemográficas, e de acesso à consulta. Regressão de Poisson foi utilizada para cálculo de Razões de Prevalência (RP), com intervalo de confiança de 95%. Os resultados mostraram que 68,2% das crianças nunca haviam ido ao dentista. O principal motivo relatado para a não realização de consulta odontológica foi não ter sentido necessidade (48,7%) e dificuldade de acesso ao posto de saúde (15,8%). A procura pelo dentista teve como propósito a prevenção/revisão (55,8%) e os locais mais procurados para consultas foi o consultório particular (43,9%) e o posto de saúde (39,5%). O modelo multivariado final mostrou que a idade da criança (IC95%, RP = 1,03 (1,02-1,05)), a renda familiar (RP = 1,05; (1,01-1,08)) e a mãe ter concluído o ensino médio (RP = 1,69 (1,15-2,56)) estiveram associados com a procura por consulta odontológica. Assim, torna-se fundamental reconhecer a importância do contexto familiar durante os primeiros anos de vida.*

Palavras-chave *Serviços de saúde bucal, Assistência odontológica para crianças, Acesso aos serviços de saúde*

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Departamento de Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). R. Ramiro Barcelos 2492, Santa Cecília. 90035-003 Porto Alegre RS Brasil.
marcela.obst@gmail.com

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, UFRGS. Porto Alegre RS Brasil.

³ Faculdade de Odontologia, UFRGS. Porto Alegre RS Brasil.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (CETPS), Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre RS Brasil.

Introdução

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), normatizado em 1978 em Alma Ata no Cazaquistão, foi sendo construído em todo o mundo passando por diversas interpretações e nomeações¹. No Brasil, o Ministério da Saúde define APS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde². A partir dos princípios ordenadores, definidos por Starfield em 2002³, têm-se o enfoque voltado para promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

No contexto da APS, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), hoje reconhecida como eixo fundamental para reorganização dos serviços, iniciou-se como um Programa em 1994 e se consolidou como estratégia prioritária na reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica criada em 2006 tem o papel de orientar as ações em saúde, a partir de uma visão territorial e próxima da realidade da população para que ocorra, de fato, a qualificação do modelo de atenção em saúde².

Dentre os atributos essenciais da Atenção Primária em Saúde, onde está inserida a Estratégia de Saúde da Família, a garantia do acesso e o uso dos serviços de maneira efetiva tem um caráter fundamental. Entretanto, muitas vezes, os conceitos de acesso e acessibilidade são utilizados com pouca clareza e de forma confusa. Para facilitar a compreensão desses termos, define-se acesso como “porta de entrada” no serviço de saúde, sendo exemplificado pelo local de acolhimento do usuário e pelos caminhos percorridos por este dentro do sistema⁵. De outra forma, acessibilidade é vista como um conceito mais amplo, correspondendo a uma relação intrínseca entre a oferta de serviços e seu impacto na capacidade de utilização da população⁶.

Neste contexto, entra em cena a Política Nacional de Saúde Bucal, criada em 2004, com vistas a garantir a organização da atenção em saúde bucal no âmbito do SUS, estando em consonância com a garantia do acesso a esse serviço. Paralelamente, essa Política ressalta a importância da promoção e prevenção de saúde bucal na primeira infância, visto que esta é a faixa etária ideal para o estabelecimento de hábitos saudáveis, não se esquecendo da importância do enfoque familiar⁷.

Sabe-se que muitos aspectos podem determinar e influenciar o processo de saúde-doença. Com relação à saúde bucal infantil, a cárie den-

tária é o principal problema a ser enfrentado no Brasil, uma vez que no último Levantamento Nacional as crianças de 5 anos de idade apresentaram uma média de 2,43 dentes com experiência de cárie⁸, índice acima do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nesse sentido, são necessárias intervenções e abordagens precoces em nível individual e coletivo para prevenção da cárie. Na literatura é sugerido que o aconselhamento para saúde bucal deve começar dentro dos seis primeiros meses de erupção do primeiro dente decíduo da criança para diminuição do risco de cárie dentária⁹.

Apropriar-se dos fatores relacionados à procura por consulta odontológica na primeira infância torna-se necessário, visto que existe uma série de variáveis que permeiam o acesso. Além disso, são escassos os estudos nacionais a respeito da utilização dos serviços odontológicos, dos motivos que influenciam a procura por atendimento odontológico nos primeiros anos de vida e os fatores associados. Portanto, o objetivo do estudo foi avaliar o acesso e os fatores associados à consulta odontológica em crianças menores de 5 anos no município de Porto Alegre, RS, Brasil.

Metodologia

Estudo transversal realizado em Unidades Básicas de Saúde vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre durante a Campanha Nacional de Multivacinação de 2008, por meio da aplicação de questionário e exame clínico.

Foi realizada uma randomização por blocos a partir dos 11 distritos sanitários do município de Porto Alegre de modo que o sorteio respeitou a proporcionalidade populacional e o número de unidades de saúde de cada região. Os locais de vacinação foram selecionados aleatoriamente, de forma sistemática, usando como base o número de crianças vacinadas em cada unidade de saúde na campanha do ano anterior. Das 12 unidades de saúde, duas foram excluídas por motivo de não autorização do coordenador local para a realização da pesquisa, totalizando então 10 unidades de Atenção Primária.

Uma amostra consecutiva de 560 crianças com idade inferior a 5 anos e pelo menos um dente visível presente em boca foi avaliada. Os pais foram abordados enquanto aguardavam na fila da vacina e convidados a participar do estudo, em sequência alternada, de forma em que um era convidado e o outro não. Em casos de negativa em participar do estudo, o próximo da fila era convidado e assim sucessivamente. Os

responsáveis pelas crianças foram entrevistados por 10 avaliadores de campo previamente treinados, utilizando-se um questionário estruturado e pré-testado em um estudo piloto com crianças e mães do ambulatório de pediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Após, exames bucais foram realizados por 13 examinadores treinados e calibrados previamente para cárie seguindo as recomendações da OMS¹⁰. A calibração foi realizada através de um método *in vitro* utilizando dentes decíduos esfoliados e/ou extraídos descrito por Cleaton-Jones et al.¹¹ em duas etapas, com intervalo semanal. Outros estudos utilizaram essa metodologia em levantamentos epidemiológicos^{12,13} sendo, inclusive, recentemente validado clinicamente para o ICDAS que é um teste diagnóstico mais sensível que o índice ceo-d OMS¹⁴. Para a reprodutibilidade intra e inter-examinador foram aceitos escores Kappa $\geq 0,6$. Os exames foram realizados sob luz natural, com o auxílio de espátulas de madeira para o afastamento e remoção de possíveis detritos sobre as superfícies dentárias, com a utilização de gaze quando necessário.

As variáveis sociodemográficas coletadas foram: I) sexo; II) idade da criança e da mãe; III) número de filhos; IV) estrutura familiar (nuclear (casal com filhos), expandida (outros arranjos), mãe/filhos); V) renda familiar em Reais; VI) escolaridade da mãe e do pai; VII) cuidador da criança na maior parte do tempo (mãe, pai, avó/avó, irmãos, creche, vizinho, babá/cuidadora, outros). As variáveis de acesso à consulta odontológica foram: I) “A criança já consultou o dentista?”, com opção de resposta ‘sim’ ou ‘não’ – sendo o desfecho do estudo; II) motivos pela não procura (não ter sentido necessidade, dificuldade de acesso ao posto, falta de interesse, falta de tempo, criança não possuir dentes, não ter sido encaminhado/indicado, médico ou outro profissional já ter realizado orientações, outros); e motivos pela procura (prevenção, revisão, cárie, trauma, encaminhamento por outro profissional, dor, distúrbios de erupção, outros); III) local de realização da consulta (posto de saúde, consultório particular, outros).

As variáveis clínicas coletadas foram: I) placa visível (somente em dentes anterossuperiores); II) sangramento gengival espontâneo (avaliados por meio da presença ou ausência nos dentes anterossuperiores); III) ceo-s - índice correspondente ao CPO-S, mas em relação às superfícies da dentição decídua (não incluindo os dentes perdidos pela dificuldade de diferenciá-los do

processo natural de esfoliação dentária). Foi considerado índice 0 para os casos em que não havia nenhuma superfície de dente decíduo com lesão cavitada de cárie e índice maior ou igual a 1 quando uma ou mais superfícies decíduas estavam cariadas.

Para a análise de dados, após dupla digitação do banco com conferência, duas variáveis foram categorizadas buscando-se a melhor forma para o modelo: a renda familiar bruta foi descrita em salários mínimos (R\$ 415,00) e a escolaridade em ‘até fundamental completo’, ‘até ensino médio completo’ e ‘superior ou pós-graduação’. A análise se deu a partir do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21.0) sendo realizada estatística descritiva com cálculo da frequência absoluta e relativa, comparação de médias por meio do teste t de Student e teste de Mann-Whitney, além do teste do qui-quadrado para comparação de proporções. As razões de prevalência (RP) foram calculadas por meio da análise de Regressão de Poisson com variância robusta. O valor para rejeição da hipótese nula foi de 0,05.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, RS, Brasil.

Resultados

No presente estudo 560 crianças foram avaliadas. Destas, a maior parte era do sexo masculino (51,6%), possuía idade média de 32,6 (DP $\pm 16,2$) meses, ficava a maior parte do tempo com a mãe (51,3%) seguido da creche (25,1%). Suas mães (54,5%) e pais (49,4%) não possuíam o segundo grau completo e a renda familiar era em média de 3,21 (DP $\pm 16,2$) salários mínimos. Quanto às questões odontológicas, 382 crianças nunca foram ao dentista (68,2%), 208 apresentavam placa visível no momento da entrevista, 96 tinham experiência de cárie e 24 com sangramento gengival espontâneo.

A proporção da realização ou não de consulta odontológica associada a variáveis sociodemográficas e odontológicas é apresentada na Tabela 1. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$) para a realização de consulta odontológica quanto a sexo, número de filhos, tipo de família, presença de placa visível e sangramento gengival. A idade média das crianças que realizaram consulta foi de 41,4 meses (DP $\pm 15,3$) superior a das que não realizaram consulta (28,6 - DP $\pm 14,9$), apresentando diferença significativa ($p < 0,001$). De forma si-

Tabela 1. Frequência da realização ou não de consulta odontológica associada a variáveis sócio demográficas e odontológicas. Porto Alegre, 2008.

Variáveis	Não realizou consulta odontológica	Realizou consulta odontológica	p-valor
Sexo			
Masculino	199 (69,1%)	89 (30,9%)	0,83*
Feminino	174 (68,2%)	81 (31,8%)	
Idade (meses)	28,6 (\pm 14,9)	41,4 (\pm 15,3)	<0,001 [#]
Idade da mãe (anos)	28,3 (\pm 7,4)	30,0 (\pm 6,9)	0,009 [#]
Número de filhos	1,9 (\pm 1,2)	1,7 (\pm 1,0)	0,223 [%]
Tipo de família			
Nuclear	212 (67,1%)	104 (32,9%)	0,104*
Expandida	126 (75,4%)	41 (24,6%)	
Mãe/filhos	33 (63,5%)	19 (36,5%)	
Renda familiar (SM)	2,46 (\pm 3,4)	4,82 (\pm 6,8)	<0,001 [%]
Escolaridade da mãe			
Até Fundamental completo	179 (78,2%)	50 (21,8%)	<0,001*
Até médio completo	159 (66,5%)	80 (33,5%)	
Superior ou pós-graduação	42 (51,2%)	40 (48,8%)	
Escolaridade do pai			
Até Fundamental completo	150 (75,4%)	49 (24,6%)	<0,001*
Até médio completo	152 (68,2%)	71 (31,8%)	
Superior ou pós-graduação	35 (47,9%)	38 (52,1%)	
Cuidador			
Mãe	214 (74,8%)	72 (25,2%)	0,001*
Creche	80 (57,1%)	60 (42,9%)	
Outros	88 (68,2%)	41 (31,8%)	
Placa visível			
Não	202 (68,7%)	92 (31,3%)	0,412*
Sim	135 (65,2%)	72 (34,8%)	
Sangramento gengival			
Não	288 (68,9%)	130 (31,1%)	0,054*
Sim	12 (50,0%)	12 (50,0%)	
ceo-s			
0	324 (72,0%)	126 (28,0%)	0,001*
1 ou mais	58 (55,2%)	47 (44,8%)	

*Teste do qui-quadrado; [#]Teste t de student para amostras independentes; [%]Teste de Mann-Whitney; SM: Salários mínimos.

milar a idade das mães que levaram seus filhos à consulta foi de 30,0 anos (\pm 6,9) superior às que não levaram (28,3 - DP \pm 7,4; p = 0,009). A renda familiar também apresentou diferenças significativas, sendo de 4,82 (DP \pm 6,8) salários mínimos para as famílias que levaram seus filhos ao dentista, superior a 2,46 (DP \pm 3,4) salários mínimos para as que não levaram. Com relação à escolaridade da mãe e do pai, pôde-se perceber que as crianças que foram ao dentista têm mães e pais com maior grau de ensino. Diferença estatisticamente significativa com relação a prevalência de cárie (p = 0,001) foi encontrada, tendo as

crianças que nunca foram ao dentista maior experiência de cárie (55,2%) quando comparadas às que já compareceram a uma consulta (44,8%).

A Tabela 2 apresenta análises brutas e ajustadas por regressão de Poisson com razões de prevalências e intervalos de confiança de 95%. A análise univariada apontou que a maior idade da criança e da mãe, maior renda familiar e escolaridade materna, maior parte do tempo na creche, além de ceo-s superior a um estiveram associadas à procura por consulta odontológica. Entretanto, no modelo multivariado final, apenas a idade da criança (RP = 1,035; IC95% 1,022-1,048), a ren-

Tabela 2. Razões de prevalência (RP) bruta e ajustada em relação à realização de consulta odontológica. Porto Alegre, 2008.

Variáveis	RP bruta (IC95%)	RP ajustada (IC95%)	p-valor (ajustada)*
Idade (meses)	1,034 (1,024-1,044)	1,035 (1,022-1,048)	<0,001
Idade da mãe (anos)	1,022 (1,002-1,042)	0,995 (0,969-1,022)	0,705
Renda familiar (SM)	1,045 (1,024-1,066)	1,045 (1,008-1,082)	0,015
Escolaridade da mãe			
Até 8ª completa	1	1	-
Até médio completo	1,533 (1,077-2,183)	1,689 (1,114-2,561)	0,014
Superior a pós-graduação	2,234 (1,474-3,386)	1,766 (0,924-3,37)	0,085
Cuidador			
Mãe	1	1	-
Creche	1,702 (1,209-2,398)	1,036 (0,683-1,571)	0,868
Outros	1,262 (0,860-1,853)	1,091 (0,701-1,698)	0,699
Sangramento gengival			
não	1	1	-
Sim	1,608 (0,890-2,904)	1,235 (0,656-2,327)	0,513
ceo-s			
0	1	1	-
1 ou mais	1,599 (1,114-2,335)	0,996 (0,665-1,515)	0,985

IC95%: Intervalo de Confiança de 95%; RP: Razão de Prevalência; SM: Salários mínimos.

*Ajuste para Idade da Criança, Idade e Escolaridade da Mãe, Renda Familiar, Provedor do Cuidado, Sangramento gengival e CEOS.

da familiar (RP = 1,045; IC95% 1,008-1,082) e a conclusão da mãe no ensino médio (RP = 1,689; IC95% 1,114-2,561) tiveram associação com a procura por consulta odontológica. O modelo ajustado apresentou uma qualidade aceitável, verificado por meio do teste de Deviance ($p = 0,604$) e teste de Omnibus ($p < 0,001$).

O principal motivo apresentado pelos acompanhantes para a não procura por consulta odontológica foi a falta da necessidade percebida em 48,7% dos casos, seguida da dificuldade de acesso ao posto de saúde (15,8%). Por sua vez, o principal motivo que fez com que os acompanhantes levassem as crianças ao dentista foi a prevenção/revisão (55,8%), seguido da cárie dentária (9,8%) e trauma odontológico (9,2%). Dentre os locais procurados para as consultas, o consultório particular apresentou maior frequência (43,9%), seguido pelo posto de saúde (39,5%) e do hospital (7,0%) (Tabela 3).

Discussão

Este estudo se propôs a avaliar o acesso à saúde bucal em um município do Sul do Brasil, buscando entender quais os fatores que estão associados à consulta odontológica em crianças menores de

5 anos. A investigação da relação entre as condições clínicas e socioeconômicas e o acesso ao dentista nesta faixa etária determinou um caráter inédito ao estudo para o município de Porto Alegre.

No Brasil, existem poucos estudos epidemiológicos descrevendo a utilização de serviços odontológicos na primeira infância. Um estudo no Município de Canela (RS) realizado no mesmo ano, com a mesma faixa etária do presente estudo em Campanha de Vacinação, observou uma prevalência de 13,3% de crianças que já haviam realizado algum tipo de consulta odontológica¹⁵. Em outro estudo nacional, realizado com pré-escolares em Pelotas (RS) a prevalência de uso de serviço odontológico por qualquer motivo foi de 37%¹⁶. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizada em 2008, também apresentou uma prevalência semelhante: 77,9% das crianças de 0 a 4 anos de idade nunca haviam ido ao dentista¹⁷.

No cenário internacional as prevalências de consulta odontológica em pré-escolares variam conforme o país estudado. Crianças de até 5 anos tiveram maior acesso ao dentista no Reino Unido (94%)¹⁸ e Canadá (96,9%)¹⁹, enquanto que em outros países também desenvolvidos como Austrália²⁰ e Espanha²¹, essa prevalência

Tabela 3. Motivos da não procura e da procura por consulta odontológica. Porto Alegre, 2008.

Motivos da não procura	n (%)	Motivos da procura	n (%)
Não ter sentido necessidade	129 (48,7%)	Prevenção	58 (35,6%)
Dificuldade de acesso ao posto de saúde	42 (15,8%)	Revisão	33 (20,2%)
Falta de interesse	32 (12,1%)	Cárie	16 (9,8%)
Falta de tempo	15 (5,7%)	Trauma	15 (9,2%)
Criança não possuir dentes	9 (3,4%)	Encaminhamento por outro profissional	11 (6,7%)
Não ter sido encaminhado/indicado	7 (2,6%)	Dor	6 (3,7%)
Médico ou outro profissional já ter realizado orientações	6 (2,3%)	Distúrbios de erupção	6 (3,7%)
Outros	25 (9,4%)	Outros	18 (11,1%)
Total	265 (100%)	Total	163 (100%)

foi de aproximadamente 30%. Por sua vez, estudos realizados no México²² e China²³, com amostras representativas, obtiveram resultados semelhantes ao deste estudo (31,8%). Apesar de esse levantamento demonstrar maior acesso do que em âmbito nacional, esta prevalência ainda é insuficiente para garantir a universalidade aos cuidados precoces em saúde bucal. Além disto, a superioridade desse valor pode ser explicada por apresentarmos uma amostra não probabilística.

Com relação à procura por consulta odontológica, foi possível perceber que o principal motivo de ida ao dentista foi a busca pela prevenção/revisão em 55,8% das crianças, resultado semelhante ao município de Torres (RS) (52,3%)²⁴. De forma similar, na Espanha, das 1159 crianças (3 a 6 anos), 80,5% tiveram como motivação o “check-up” para a consulta²¹. Em Melbourne (Austrália) a maioria dos pais, de 625 crianças imigrantes de até 4 anos, relataram “nenhuma razão para consulta odontológica”²⁵. Mesmo que a literatura demonstre uma baixa prevalência de revisão como motivo para consulta²³, diversos autores afirmam que o acesso ao dentista na primeira infância se dá para a prevenção de doenças e manutenção da saúde bucal^{20,21,26-28}. Pode-se inferir assim, que a concepção dos pais ou responsáveis destas crianças está mais voltada para o cuidado prévio e de manutenção de saúde do que para uma concepção curativista.

Poucos estudos apresentaram o motivo para a não procura do tratamento odontológico na primeira infância. Neste levantamento, a principal razão foi a falta de necessidade percebida pelos pais (48,7%), da mesma forma que em estudo realizado no Canadá²⁹. Diferentemente, na Austrália, as barreiras encontradas foram os custos

com o tratamento (40%) e longas listas de espera para atendimento (28%)²⁵. Essa ausência de percepção dos pais pode ser explicada pelo fato de acreditarem que os acometimentos aos dentes decíduos não são relevantes e que o dentista deve ser procurado somente em casos em que a criança apresenta sintomatologia extrema³⁰.

Com relação à renda familiar, foi possível observar em um estudo realizado com 970 crianças de 5 a 12 anos na cidade de Recife³¹ (PE) que as crianças que não realizaram consulta odontológica também estavam inseridas em famílias de baixa renda (55,1% com renda mensal familiar de até um salário mínimo). De maneira semelhante, em outros municípios brasileiros esta observação foi encontrada^{15,16,32}. A literatura internacional corrobora com estes resultados, visto que existem diversos estudos em que a menor renda está associada positivamente com a menor procura ao dentista^{20,21,33-35}, mesmo quando o acesso à saúde no país é elevado¹⁸. Nesse sentido, pode-se inferir que a baixa renda é um fator intimamente relacionado com o menor acesso aos serviços, podendo estar combinado a poucos recursos financeiros ou até mesmo a pouco acesso à informação de saúde desta população.

Massoni et al.³¹ observaram, com relação à escolaridade dos pais ou responsáveis, um valor próximo ao deste estudo, em que 42,7% haviam cursado até o ensino médio. Outros autores³⁶⁻³⁸ demonstraram uma associação significativa entre a realização de consulta odontológica e nível de escolaridade da mãe. Apesar do nível de escolaridade paterna seguir um padrão semelhante à escolaridade materna, este se torna sem significância em análises multivariadas sobre o tema^{32,33,39}. Buscando-se controlar a renda como um possível

fator de confusão nas análises, o maior nível de escolaridade da mãe ainda esteve associado à utilização de serviços de saúde, tanto no Brasil^{16,32}, como em âmbito internacional^{21,33,35,40}. Pode-se explicar esta associação devido ao menor acesso a informações de saúde das mães, prejudicando o entendimento da importância da prevenção precoce.

Observou-se que a idade da mãe no presente estudo apresentou associação significativa com a procura por serviço odontológico. Os resultados apontaram que crianças, cujas mães eram mais velhas, realizavam mais consultas odontológicas do que mães mais jovens. É possível perceber, de maneira semelhante, em outro estudo realizado em municípios do Maranhão, cuja amostra foi de 1214 crianças de idades entre 0 a 5 anos, que a utilização dos serviços de saúde bucal foi maior entre as crianças cujas mães apresentavam mais de 35 anos de idade⁴¹. Da mesma forma, em Pelotas (RS)¹⁶ e Campina Grande (PB)³², crianças com mães mais jovens utilizavam menos os serviços. Entretanto essa observação ainda não é conclusiva na literatura internacional, visto que alguns estudos encontram associação com a idade materna^{27,38}, enquanto outros não^{33,42}. Apesar de os resultados do presente estudo não terem apontado associação entre o número de filhos e a realização de consulta odontológica, discute-se que mulheres mais velhas, provavelmente, tenham mais conhecimento sobre o cuidado das crianças, advindo de gestações anteriores⁴³.

Quanto à relação entre o índice de cárie e a realização de consulta odontológica, encontram-se na literatura dados coincidentes. No estudo de Darmawikarta et al.⁴⁴ encontrou-se que crianças com lesões de cárie eram menos propensas a terem visitado o dentista do que aquelas que não apresentavam experiência cariiosa. Corroborando, outro estudo, realizado em Ponta Grossa (PR) com uma amostra de 123 crianças de 1 a 3 anos de idade que compareceram à Campanha de Vacinação para Poliomielite, demonstrou que crianças que tinham acompanhamento odontológico recente, apresentavam menos prevalência de cárie⁴⁵. No presente estudo, não foi encontrado associação estatisticamente significativa nesse aspecto.

Este estudo observou, assim como em uma coorte realizada com uma amostra semelhante³³, que as crianças que já haviam visitado o dentista tinham maior média de idade. Em outros estudos da literatura isso também é apresentado^{15,22,32,38,46}, demonstrando que à medida que passam os me-

ses de vida, maior é a chance de a consulta odontológica ter sido realizada. Este aumento pode ser explicado por diversos fatores, desde a necessidade percebida pelos pais devido ao fato de problemas bucais se tornarem mais prevalentes com o aumento da idade, até o fato de haver mais tempo para que os pais conheçam a importância da prevenção. Além disso, também é possível que pela severidade das demandas odontológicas com o passar do tempo, poderia haver um aumento na prevalência de cárie e, ao desencadear dor, os pais levariam as crianças ao dentista.

A literatura demonstra que as mulheres adultas, de maneira geral, apresentam maior procura por serviços odontológicos do que os homens. Entretanto, os presentes resultados demonstram, embasados na literatura^{47,48}, que não há diferença relacionada aos sexos na procura ao dentista durante a primeira infância, podendo ser explicado pelo fato de nesta faixa etária a procura por consulta odontológica ser dependente da decisão dos pais ou responsáveis da criança.

Este estudo apresenta a limitação de não ter uma amostra probabilística. Além disso, o fato de ter sido realizado exclusivamente durante um dia de Campanha de Vacinação pode ter gerado uma amostra mais homogênea, visto que aqueles que vão às campanhas talvez também procurem mais o cirurgião-dentista. É provável que outros fatores relacionados ao acesso possam estar envolvidos na baixa prevalência de procura por consulta odontológica na primeira infância. Assim, estudos longitudinais e que avaliem quais os fatores relacionados aos serviços podem estar associados, certamente, serão úteis para o aprofundamento deste assunto. Além disso, acredita-se que a avaliação dos avanços alcançados até o presente momento em Porto Alegre também se faz válida no sentido de contribuir para a contínua qualificação das políticas, servindo de guia para as ações em saúde bucal na APS da cidade.

Conclusão

O acesso à saúde bucal na primeira infância na população estudada apresentou-se baixo, e esteve associado com aspectos socioeconômicos, com a idade da criança e escolaridade da mãe, além da renda familiar. Destaca-se a necessidade da valorização da prevenção e promoção de saúde bucal infantil e a importância do contexto familiar neste processo durante os primeiros anos de vida da criança.

Colaboradores

MO Comassetto e KA Kindlein participaram da concepção, e na redação do manuscrito. A Baumgarten participou da concepção, análise e interpretação dos dados, e na redação do manuscrito. JB Hilgert participou do delineamento e revisão crítica do manuscrito. MC Figueiredo e DD Faustino-Silva participaram da concepção, delineamento, na redação e revisão crítica do manuscrito.

Agradecimentos

JB Hilgert recebe bolsa produtividade em pesquisa PQ-2 CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico).

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Declaration of Alma-Ata*. Geneva: WHO; 1978.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica n. 17*. Brasília: MS; 2006.
3. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde (MS); 2002.
4. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a Organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 24 out.
5. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):161-170.
6. Quindere PHD, Jorge MSB, Nogueira MSL, Costa LFA, Vasconcelos MGF. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):687-707.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *A Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Bucal Brasil 2010*. Brasília: MS; 2010.
9. Agarwal D, Sunitha S, Reedy CVK, Machale P. Early childhood caries prevalence, severity and pattern in 3-6 Year Old Preschool Children of Mysore City, Karnataka. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2012; 12(4):561-565.
10. World Health Organization (WHO). *Oral health surveys: basic methods*. Geneva: ORH, EPID; 1997.
11. Cleaton-Jones P, Fatti LP, Chandler HD, Grossman ES. Dental caries diagnosis calibration for clinical fields surveys. *Caries Research* 1989; 23(3):195-199.
12. Bönecker M, Marcenes W, Sheiham A. Caries reductions between 1995, 1997 and 1999 in preschool children in Diadema, Brazil. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12(3):183-188.
13. Gradella CMF, Oliveira LB, Ardenghi TM, Bönecker M. Epidemiologia da cárie dentária em crianças de 5 a 59 meses de idade no município de Macapá, AP. *Rev Gaucha Odontol* 2007; 55(4):329-334.
14. Piovesan C, Moro BLP, Lara JS, Ardenghi TM, Guedes RS, Haddad AE, Braga MM, Mendes FM. Laboratorial training of examiners for using a visual caries detection system in epidemiological surveys. *BMC Oral Health* 2013; 13:49.
15. Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer L de A, 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.
16. Camargo MJB, Barros AJD, Frazão P, Matijasevich A, Santos IS, Peres MA, Peres KG. Preditores da realização de consultas odontológicas de rotina e por problema em pré-escolares. *Rev Saude Publica* 2012; 46(1):87-97.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2008*. Brasília: IBGE; 2010.
18. Morris AJ, Nuttall NM, White DA, Pitts NB, Chestnutt IG, Evans D. Patterns of care and service use amongst children in the UK. *Br Dent J* 2006; 200(8):429-434.

19. 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.
20. Harford JE, Luzzi L. *Child and teenager oral health and dental visiting: Results from the National Dental Telephone Interview Survey 2010. Dental Statistics and Research*. Canberra: AIHW; 2013. Series n. 64.
21. Tapias-Ledesma MA, Jiménez R, Carrasco Garrido P, Gil de Miguel A. 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 Dent* 2005; 65(4):215-220.
22. Medina-Solís CE, Maupomé G, Avila-Burgos L, Hajar-Medina M, Segovia-Villanueva A, Pérez-Núñez R. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent* 2006; 28(3):285-292.
23. Qiu RM, Tao Y, Zhou Y, Zhi QH, Lin HC. The relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's social support. *BMC Oral Health* 2016; 16(1):86.
24. Fernandes DSC, Klein GV, Lippert AO, Medeiros NG, Oliveira RP. Motivo do atendimento odontológico na primeira infância. *Stomatos* 2010; 16(30):4-10.
25. Christian B, Young D, Gibbs L, de Silva A, Gold L, Riggs E, Calache H, Tadic M, Hall M, Moore L, Waters E. Exploring child dental service use among migrant families in metropolitan Melbourne, Australia. *Aust Dent J* 2015; 60(2):200-204.
26. Machado IP, Volschan BCG, Cruz RA, Santos VLC. Considerações gerais sobre a prevenção de cárie na primeira infância. *Rev Odontopediatr* 1994; 3(1):1-10.
27. Slack-Smith LM. Dental visits by Australian preschool children. *J Paediatr Child Health* 2003; 39:442-445.
28. Lara TS, Meneses MTV, Paiva SM. A influência do nível econômico familiar na decisão dos pais em levar o bebê para a primeira consulta odontológica. *Arq Odontol* 2003; 39(3):184-194.
29. Amin MS, Perez A, Nyachhyon P. Barriers to utilization of dental services for children among low-income families in Alberta. *J Can Dent Assoc* 2014; 80:e51.
30. Bell JE, Huebner CE, Reed SC. Oral health need and access to dental services: evidence from the national survey of children's health, 2007. *Matern Child Health J* 2012; 16(1):27-34.
31. Massoni ACLT, de Vasconcelos FMN, Katz SRT, 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(2):73-78.
32. Granville-Garcia AF, Clementino MA, Gomes MC, Costa EM, Pinto-Sarmento TC, Paiva SM. Influence of Oral Problems and Biopsychosocial Factors on the Utilization of Dental Services by Preschool Children. *J Dent Child* 2015; 82(2):76-83.
33. Slayton RL, Warren JJ, Levy SM, Kanellis MJ, Islam M. Frequency of reported dental visits and professional fluoride applications in a cohort of children followed from birth to age 3 years. *Pediatr Dent* 2002; 24(1):64-68.
34. Edelstein BL, Chinn CH. Update on disparities in oral health and access to dental care for America's children. *Acad Pediatr* 2009; 9(6):415-419.
35. 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):369-380.
36. Leroy R, Bogaerts K, Hoppenbrouwers K, Martens LC, Declerck D. Dental attendance in preschool children – a prospective study. *Int J Paediatr Dent* 2013; 23(2):84-93.
37. Gottens ML. *Traumatismo dentário em escolares de 8 a 12 anos do município de Pelotas/RS [tese]*. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2012.
38. Isong U, Weintraub JA. Determinants of dental service utilization among 2 to 11-year-old California children. *J Public Health Dent* 2005; 65(3):138-145.
39. Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, da Silva Teixeira CR, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health* 2013; 13:60.
40. Brown LJ, Lazar V. Dental care utilization: how saturated is the patient market? *J Am Dent Assoc* 1999; 130(4):573-580.
41. Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSB, Silva AAM, Silva RA. Factors associated with use of oral health services: a population-based study in municipalities of the state of Maranhão, Brazil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):629-640.
42. Sohn W, Ismail A, Amaya A, Lepkowski J. Determinants of dental care visits among low-income African-American children. *J Am Dent Assoc* 2007; 138(3):309-318.
43. Johnson AGM, Johnson M, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Yeo AE, Ellis S. The oral health status, practices and knowledge of pregnant women in South – western Sydney. *Aust Dent J* 2013; 58(1):26-33.
44. Darmawikarta D, Chen Y, Carsley S, Birken CS, Parkin PC, Schroth RJ, Maguire JL, TARGet Kids! Collaboration. Factors associated with dental care utilization in early childhood. *Pediatrics* 2014; 133(6):1594-1600.
45. 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.
46. Romaine MA, Bell JE, Huebner CE. Variations in children's dental service use based on four national health surveys. *Pediatrics* 2012; 130(5):182-189.
47. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A dos S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):687-707.
48. Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Factors affecting children's adherence to regular dental attendance. *J Am Dent Assoc* 2014; 145(8):817-828.

Artigo apresentado em 18/07/2016

Aprovado em 21/03/2017

Versão final apresentada em 23/03/2017

