



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

BALDANI, Márcia Helena; Mendes PUPO, Yasmine; Campos LAWDER, Juliana
Aparecida de; Marcondes da SILVA, Francilene Fátima; Ferreira ANTUNES, José
Leopoldo

Determinantes Individuais da Utilização Recente de Serviços Odontológicos por
Adolescentes e Adultos Jovens de Baixa Renda

Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 1, enero-marzo,
2011, pp. 91-98

Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63719237014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Determinantes Individuais da Utilização Recente de Serviços Odontológicos por Adolescentes e Adultos Jovens de Baixa Renda

Individual Determinants of Recent Use of Dental Services by Low-income Adolescents and Young Adults

Márcia Helena BALDANI¹, Yasmine Mendes PUPO², Juliana Aparecida de Campos LAWDER², Francilene Fátima Marcondes da SILVA³, José Leopoldo Ferreira ANTUNES⁴

¹Professor Adjunto do Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa/PR, Brasil.

²Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), Ponta Grossa/PR, Brasil.

³Cirurgiã-Dentista, Ponta Grossa/PR, Brasil.

⁴Professor Titular do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), São Paulo/SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar o papel dos determinantes individuais na utilização recente de serviços odontológicos entre adolescentes e adultos jovens de baixa renda, residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Ponta Grossa/PR, Sul do Brasil.

Método: Foi realizado um estudo transversal, exploratório, de base populacional. A amostra incluiu 190 indivíduos, entre 12 e 35 anos de idade, os quais responderam a um questionário sobre condições socioeconômicas, necessidade percebida e acesso a serviços odontológicos. A análise dos dados foi realizada por meio de regressão logística multivariada, segundo referencial teórico baseado no Modelo Comportamental de Andersen, considerando a consulta odontológica recente como variável dependente.

Resultados: Uma proporção de 53% dos indivíduos relatou consultas odontológicas recentes, as quais estiveram associadas com maior renda (OR 5,59; IC95% 1,18–26,63), episódios referidos de dor nos meses anteriores (OR 2,67; 95%CI 1,07–6,64), e o fato de possuir um dentista regular (OR 2,60; 95%CI 1,11–6,07). Os resultados indicam a presença de desigualdades no acesso relacionadas com as condições socioeconômicas. A referência a um dentista regular esteve associada com consulta odontológica recente, o que reforça a importância da continuidade interpessoal como facilitadora do acesso aos serviços de saúde.

Conclusão: A prevalência de utilização recente de serviços odontológicos entre adolescentes e adultos jovens foi alta. Os determinantes individuais mostraram-se importantes preditores de acesso aos serviços de saúde bucal. O modelo teórico confirmou a presença de desigualdades sociais e psicossociais na utilização de serviços odontológicos entre adolescentes e adultos jovens de baixa renda.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the role of the individual determinants of recent use of dental services by low-income adolescents and young adults living in the area covered by the Family Health Strategy (ESF) in the city of Ponta Grossa, PR, Brazil.

Methods: This investigation was a cross-sectional, exploratory, population-based study. The sample included 190 individuals aged 12 to 35 years, who answered a questionnaire on the socioeconomic conditions, perceived necessity and access to dental services. The data were analyzed by multivariate logistic regression, following a theoretical reference based on the Andersen's Behavioral Model, considering the recent dental visit as dependent variable.

Results: As much as 53% of the individuals reported recent dental visits, which were associated with higher income (OR 5.59; IC95% 1.18–26.63), pain episodes in the previous months (OR 2.67; 95%CI 1.07–6.64) and dentist for regular consultations (OR 2.60; 95%CI 1.11–6.07). The results indicate inequalities of access related to the socioeconomic conditions. The reference to a regular dentist was associated with recent dental visit, which reinforces the importance of interpersonal continuity as a facilitating the access to health services.

Conclusion: There was a high prevalence of recent use of dental services among adolescents and young adults. The individual determinants showed to be important predictors of access to oral health services. The theoretical model confirmed social and psychosocial inequalities in the use of dental services among low-income adolescents and young adults.

DESCRIPTORES

Atenção à saúde; Serviços de saúde bucal; Desigualdades em saúde.

KEYWORDS

Health care; Dental health services; Inequalities in health.

INTRODUÇÃO

Durante praticamente toda a segunda metade do século XX, os serviços públicos odontológicos no Brasil priorizaram o atendimento a crianças com idades entre 6 e 12 anos. Aos demais segmentos da população eram ofertadas ações pontuais, basicamente serviços de urgência centrados na assistência reparadora ou mutiladora^{1,2}. Apesar da população de escolares haver sido alvo das políticas de saúde bucal durante décadas, dados do mais recente levantamento epidemiológico do Ministério da Saúde - SB Brasil³ revelaram que 13% dos jovens brasileiros entre 15 e 19 anos de idade nunca haviam consultado um dentista. O mesmo estudo demonstrou que 89% dos adolescentes apresentavam experiência presente ou passada de cárie dentária, com média de 6,2 dentes cariados, perdidos ou restaurados (índice CPO-D), valor duas vezes maior do que o obtido para a idade de 12 anos, de 2,8 dentes CPO. A situação de saúde bucal dos adultos mostrou-se ainda mais grave, sendo que 99,5% dos indivíduos entre 35 a 44 anos de idade apresentavam experiência de cárie e o índice CPO-D médio foi de 20,1. O componente perdido (P) foi responsável por 13% do valor total do índice e mais de 28% dos adultos não possuía nenhum dente funcional em pelo menos uma das arcadas³.

Um dos objetivos da inclusão, no final do ano 2000, de equipes odontológicas na Estratégia Saúde da Família foi ampliar o acesso às ações de saúde bucal, principalmente entre os grupos tradicionalmente excluídos. Apesar da rápida expansão do número de equipes de saúde bucal, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003⁴ revelou que o acesso aos serviços odontológicos permanece limitado, sendo que apenas 39% dos indivíduos entrevistados referiram haver consultado um dentista há menos de um ano. Apesar de baixa, a prevalência de consultas odontológicas recentes foi maior entre adolescentes (49%) e adultos jovens (45%)⁴.

Os fatores que afetam a utilização e o acesso aos serviços de saúde têm sido demonstrados por vários modelos teóricos⁵⁻⁸, porém o mais utilizado é o Modelo Comportamental de Andersen⁵. Os autores explicam a utilização dos serviços como produto não exclusivo dos determinantes individuais, mas sim como fruto dos fatores individuais, do sistema de saúde e do contexto social⁵. A utilização dos serviços seria, então, o resultado da interação entre estes fatores, além da experiência passada de utilização dos serviços.

O modelo teórico de Andersen postula que o uso dos serviços de saúde é uma função da predisposição

individual em utilizá-los (a qual é influenciada por características sociodemográficas, preferências e expectativas quanto à saúde bucal, e conhecimento sobre o sistema de saúde), o nível de necessidade (percepção da condição bucal, severidade da doença, limitação de atividades), e a presença de fatores que favoreçam ou facilitem a utilização destes serviços (renda, rede de suporte social, acesso a fontes regulares de cuidados em saúde)⁵.

Existem vários estudos, realizados no Brasil e outros países, que buscaram explicar os determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por meio do modelo de Andersen^{3,9-11}. Segundo estes estudos as mulheres, indivíduos entre 5 e 24 anos de idade, com maior renda e escolaridade tendem a utilizar os serviços com maior frequência e/ ou a utilizá-los de uma forma mais regular. As principais barreiras para a utilização de serviços odontológicos incluem fatores culturais e baixa percepção da necessidade de tratamento¹². No caso dos adolescentes, o padrão de utilização de serviços odontológicos está diretamente relacionado com a idade, gênero, condição socioeconômica, crenças e comportamentos quanto à saúde bucal, e autopercepção da condição bucal¹³. O fato de possuir uma fonte regular de cuidados em saúde também é considerado um forte preditor da utilização de serviços neste grupo populacional^{9,10}.

No Brasil, as características de acesso e utilização dos serviços odontológicos entre jovens têm sido pouco relatadas. Buscando ampliar a compreensão sobre o tema, este estudo teve por objetivo identificar os determinantes individuais da utilização recente de serviços odontológicos por adolescentes e adultos jovens de baixa renda, moradores das áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município de grande porte demográfico.

METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido com parte dos dados de um estudo amplo, o qual teve por objetivo identificar desigualdades na utilização e acesso a tratamento odontológico na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família em Ponta Grossa, município com cerca de 311 mil habitantes localizado no centro sul do Estado do Paraná. Ponta Grossa possuía, em 2005, 29 equipes de saúde da família (EqSF) e 14 equipes de saúde bucal (EqSB), implantadas em regiões denominadas de "fundo de vale", correspondentes às áreas mais carentes do município. Dentre as equipes de saúde bucal, apenas quatro atuavam na proporção de 1 EqSB para 1 EqSF, sendo

que as demais atuavam com duas EqSF cada. A população cadastrada no final de 2005, quando do delineamento do estudo, era de 98.284 pessoas, correspondendo a 32,7% da população total do município. Utilizando um método de mostragem estratificada e em múltiplos estágios, uma amostra probabilística dessa população foi selecionada para aquele estudo ($n = 670$), representativa do quatro grupos etários para os quais haviam informações disponíveis no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): bebês e pré-escolares, escolares e adolescentes, adultos e idosos.

O sorteio da amostra se processou por conglomerados, em 4 estágios, aproveitando as informações coletadas durante o cadastro das famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No primeiro estágio foram sorteadas 8 áreas de abrangência das equipes de saúde bucal (EqSB), mantendo-se a proporcionalidade entre as equipes que atuam na proporção 1 EqSB: 1 EqSF (com cerca de 4.000 pessoas adscritas cada) e as que atuam na proporção 1 EqSB: 2 EqSF (com cerca de 8.000 pessoas adscritas cada). Em seguida, foram sorteadas duas micro-áreas de cada equipe e, de cada uma delas, 50 famílias. Finalmente, todas as famílias selecionadas foram sorteadas até completar-se o número de indivíduos necessários para compor a amostra em cada grupo etário. A metodologia foi previamente testada em estudo piloto, realizado em uma das micro-áreas não sorteadas.

A população-alvo do estudo correspondeu aos adolescentes e adultos jovens selecionados para o estudo maior. Esta foi composta por 97 adolescentes (entre 12 e 19 anos) e 93 adultos jovens (20 a 35 anos de idade).

Os dados foram coletados entre agosto de 2007 e junho de 2008. Todos os indivíduos residentes nos domicílios sorteados e que concordaram em participar foram entrevistados por 10 acadêmicos dos cursos de Odontologia e Enfermagem da Universidade Estadual de Ponta Grossa, previamente treinados, os quais contaram com o apoio dos ACS das respectivas micro-áreas. Estes foram responsáveis por conduzir a equipe de acadêmicos aos domicílios sorteados e apresentá-los aos moradores, acompanhando-os em todos os momentos da coleta de dados, por exigência da Secretaria Municipal de Saúde, preocupada com a segurança da equipe de pesquisadores. Se nenhum morador estava presente no domicílio, era feita uma segunda tentativa em data posterior.

Os entrevistados responderam a um questionário estruturado envolvendo, além de condições socioeconômicas, as dimensões de conhecimento e condição de saúde bucal, necessidade percebida e acesso a tratamento odontológico. O questionário era composto por duas partes. A primeira consistiu de perguntas

estruturadas especificamente desenvolvidas para o estudo e pré-testadas. Estas questões foram adaptadas daquelas presentes no tópico sobre acesso e utilização de serviços de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios/2003⁴, e de um questionário utilizado pelo Departamento de Epidemiologia e Saúde Pública da Universidade de Londres¹⁴.

A segunda parte tinha por objetivo identificar o impacto da condição bucal na qualidade de vida. Para isso, foi utilizado o questionário Oral Health Impact Profile¹⁵, em sua versão reduzida – OHIP-14, o qual foi validado no Brasil para ser aplicado a indivíduos a partir dos 11 anos de idade¹⁶. O OHIP-14 é um instrumento especificamente desenvolvido para identificar a autopercepção da saúde bucal, apresentando questões que abrangem domínios como limitações funcionais, interações sociais, conforto, dor e satisfação com a aparência¹⁵.

A variável dependente escolhida para o presente estudo foi "haver consultado um cirurgião-dentista nos últimos 12 meses". O referencial teórico utilizado para selecionar as variáveis independentes foi baseado nos determinantes individuais de utilização de serviços de saúde do Modelo Comportamental de Andersen⁵. As variáveis independentes foram selecionadas buscando-se abranger as três dimensões do modelo. Os fatores predisponentes foram representados pelas variáveis sociodemográficas: a) não modificáveis: idade e gênero; b) modificáveis: posse de automóvel e de casa própria. Como fatores facilitadores, as variáveis escolhidas foram: a) renda familiar mensal; b) ter a condição de saúde monitorada regularmente pela equipe de saúde da família e identificar um cirurgião-dentista específico como fonte regular de cuidados odontológicos (vínculo); c) tipo de serviço odontológico de referência (público ou privado).

A necessidade de cuidados odontológicos foi verificada por meio da autopercepção da condição bucal e relato de dor nos seis meses anteriores (questão 3 do OHIP-14).

As informações obtidas foram analisadas pelo programa SPSS for Windows versão 15.0. A análise dos dados foi realizada utilizando-se o teste qui-quadrado e cálculo de odds ratio, com intervalo de confiança em nível de 95%. Por meio de análise de regressão logística multivariada, foram obtidos modelos explicativos da utilização de serviços odontológicos segundo os determinantes individuais do modelo de Andersen⁵.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Aos indivíduos foi garantida total liberdade quanto à participação, sendo assegurados também os princípios de anonimato e privacidade das informações.

RESULTADOS

A amostra deste estudo incluiu 190 pessoas residentes nas áreas mais carentes de Ponta Grossa, com maior participação das mulheres (68% entre os adolescentes e 83% entre os adultos). A população foi caracterizada como de baixo nível socioeconômico, sendo que a renda per capita média foi de R\$209,59 (\pm R\$ 145,55), no limite da linha de pobreza estabelecida para o Brasil, de meio salário mínimo per capita ao mês (R\$ 415,00 na época da coleta dos dados desta pesquisa). Aproximadamente 93% da população investigada estava cadastrada na Unidade de Saúde da Família e 17% utilizava serviço de saúde privado (11% dos entrevistados declarou possuir plano de saúde odontológico).

Observou-se que 55% dos entrevistados consideraram sua saúde bucal como boa ou muito boa, porém 85% referiu a presença de problemas bucais e 45% relatou impacto da condição bucal na qualidade de vida, referindo dor de dentes nos seis meses anteriores à entrevista. Estes resultados são apresentados na Tabela 1. Os principais problemas referidos pelos adolescentes foram cárie dentária (29%), sangramento gengival (23%) e dentes mal posicionados (16%); os adultos, por sua vez, referiram principalmente presença de cárie dentária (38%), sangramento gengival (26%) e ausência de dentes (20%). Chama a atenção, neste último grupo, a proporção de indivíduos que relataram a presença de úlceras bucais (12%) e dentes com mobilidade (10%). Estes dados não estão expressos em tabelas.

Tabela 1. Características descritivas da amostra (n = 190). Adolescentes e adultos jovens, área de abrangência da Estratégia Saúde da Família/saúde bucal, Ponta Grossa, 2007-2008.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Grupo Etário (n=190)		
12 – 19 anos	97	51,1
20 – 35 anos	93	48,9
Mulheres (n=190)	143	75,3
Renda familiar muito baixa (menos de 1 salário mínimo) (n=170)	16	9,4
Estuda (n=189)	80	42,3
Trabalha (n=189)	47	24,9
Família possui domicílio próprio (n=186)	141	75,8
Família possui automóvel (n=184)	66	35,9
Autopercepção da Condição Bucal		
Considera sua saúde bucal boa/muito boa (n=189)	104	55,0
Problemas bucais autoreferidos (n=183)	155	84,7
Relato de episódios de dor nos 6 meses anteriores (n=188)	84	44,7

Na Tabela 2 são apresentados os dados de utilização de serviços odontológicos pela população estudada. Para a prevalência da utilização de serviços odontológicos há menos de um ano, variável dependente deste estudo, a margem de erro obtida foi de 7%, considerando um intervalo de confiança de 95% e população infinita.

Tabela 2. Distribuição proporcional dos adolescentes e adultos jovens, segundo utilização de serviços odontológicos. Ponta Grossa, área de abrangência da Estratégia Saúde da Família/saúde bucal, 2007-2008.

Utilização de Serviços Odontológicos	Frequência	
	n	%
Menos de 1 ano	100	52,6
1 a 2 anos	57	30,0
3 anos ou mais	31	16,3
Nunca foi ao cirurgião-dentista	2	1,1
Total	190	100,0

A Tabela 3 fornece informações complementares quanto às características dos adolescentes e adultos jovens que relataram consultas odontológicas recentes. A maior proporção deles situa-se no grupo de maior renda familiar (mais de um salário mínimo). Eles também tendem a possuir automóvel, referir uma fonte regular de cuidados odontológicos e utilizar serviços privados de saúde bucal (variável que esteve no limite da significância estatística de 5%). Não foram identificadas associações estatísticas entre idade ou gênero e o desfecho.

Os resultados da análise de regressão logística são demonstrados na Tabela 4. Na análise não ajustada, o único fator predisponente a associar-se com consulta odontológica recente foi a posse de automóvel. Renda familiar mais alta foi um importante fator facilitador para a utilização recente de serviços: indivíduos cuja renda familiar foi de um salário mínimo ou mais tiveram probabilidade 80% maior de haver consultado um dentista no ano anterior do que aqueles de menor renda.

A referência a uma fonte regular de cuidados odontológicos, um fator facilitador relacionado ao contexto social, também associou-se com o desfecho (Tabela 4). O fato de possuir um dentista regular aumentou em cerca de 3 vezes a chance de relatar consulta recente. Por outro lado, o fato de ter os problemas de saúde monitorados pela EqSF não associou-se com o desfecho.

No modelo ajustado, incluindo todas as variáveis, identificou-se que, além da renda e da fonte regular de cuidados odontológicos, a presença de impacto da condição bucal na qualidade de vida, com relato de dor nos 6 meses anteriores, também foi preditor da utilização recente de serviços de saúde bucal.

Tabela 3. Análise bivariada dos determinantes individuais da utilização recente de serviços odontológicos. Adolescentes e adultos jovens, área de abrangência da Estratégia Saúde da Família/ saúde bucal, Ponta Grossa, 2007-2008.

Variáveis	Total	Consulta		p – valor
		Odontológica Recente	n %	
Fatores Predisponentes	Grupo Etário			0,551
	12 – 19 anos (adolescentes)	97	49 50,5	
	20 – 35 anos (adultos)	93	51 54,8	
	Gênero			0,929
	Mulheres	143	75 52,4	
	Homens	47	25 53,2	
	Família possui automóvel			0,012
	Sim	66	43 65,2	
	Não	118	54 45,8	
	Família possui domicílio próprio			0,128
Fatores Facilitadores	Sim	141	78 55,3	
	Não	45	19 42,2	
	Renda familiar mensal			0,010
	Baixa (1 salário mínimo ou mais)	154	86 55,8	
	Muito baixa (menos de 1 salário mínimo)	16	3 18,8	
	Condição de saúde regularmente monitorada pela EqSF			0,560
	Não	64	33 51,6	
	Sim	96	54 56,3	
	Refere um cirurgião-dentista regular			0,022
	Não	90	40 44,4	
Necessidades	Sim	98	60 61,2	
	Usa serviço de saúde bucal privado			0,057
	Não	152	76 50,0	
	Sim	32	22 68,8	
	Autopercepção da saúde bucal			0,107
	Muito boa/ boa	104	60 57,7	
	Ruim/ muito ruim	85	39 45,9	
	Relato de episódios de dor nos 6 meses anteriores			0,496
	Não	104	53 51,0	
	Sim	84	47 56,0	

DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou uma abordagem inicial aos determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adolescentes e adultos jovens de baixa renda. A principal implicação dos resultados descritos seria o fato de que maior conhecimento sobre os fatores que influenciam a utilização de serviços podem subsidiar políticas de saúde mais efetivas.

Neste estudo, a proporção de indivíduos que referiram haver consultado um dentista no ano anterior à entrevista foi de 53%. Apesar de ser uma população de baixa renda, os resultados obtidos para o grupo de adultos jovens mostraram-se melhores do que os descritos pela PNAD 2003⁴, os quais demonstraram que, no Brasil, 45% dos adultos relataram consulta odontológica recente. Os resultados encontrados para Ponta Grossa também mostraram-se melhores do que os relatados no SB-

Brasil³. Segundo este levantamento, 38% dos adultos (entre 35 e 44 anos de idade) haviam utilizado serviços odontológicos no ano anterior à pesquisa. Apesar de Ponta Grossa também estar localizada na região Sul do Brasil, a prevalência de utilização recente de serviços odontológicos obtida foi menor do que a relatada em estudo realizado em Canoas, na região metropolitana de Porto Alegre/RS¹⁷, onde foi identificada uma prevalência de consultas odontológicas recentes próxima de 65% para a população de 14 a 49 anos de idade. No entanto, deve-se considerar que um maior percentual de indivíduos no estudo de Canoas referiram utilizar serviços odontológicos privados (71%), o que pode ser indicativo de uma população com características socioeconômicas diferentes. Os resultados do presente estudo são similares aos obtidos para Pelotas/RS, onde foi identificada uma prevalência de 52,2% de consultas odontológicas recentes entre os adolescentes e de 53,6%

entre adultos¹⁸.

No presente estudo, a utilização recente de serviços odontológicos esteve diretamente associada com a renda familiar e propriedade de automóvel. Tanto na análise não ajustada quanto no modelo multivariado, possuir renda familiar maior ou igual a 1 salário mínimo mostrou-se um preditor importante de consulta odontológica recente nos grupos etários investigados. Para cada indivíduo do grupo de menor renda que foi ao dentista no ano anterior ao estudo, houve cinco do grupo de maior renda que o fizeram. Estes achados indicam

que persistem iniquidades no acesso relacionadas às condições socioeconômicas, condizentes com os relatos na literatura¹⁸⁻²¹. Os resultados revelados pela PNAD em 2003⁴ identificaram que 24% dos brasileiros que recebiam 1 salário mínimo ou menos haviam consultado o dentista recentemente. Para o presente estudo foram obtidos valores semelhantes, sendo que apenas 19% dos indivíduos com renda familiar menor do que 1 salário mínimo havia utilizado algum serviço odontológico, contra 56% daqueles com maior renda.

Tabela 4. Análise de regressão logística para a utilização recente de serviços odontológicos. Adolescentes e adultos jovens, área de abrangência da Estratégia Saúde da Família/ saúde bucal, Ponta Grossa, 2007-2008.

	Variáveis	OR	p – valor	OR aj (IC 95%)	p – valor
Fatores Predisponentes	Grupo Etário		0,551		0,174
	12 – 19 anos (adolescentes)	1,0		1,0	
	20 – 35 anos (adultos)	1,19 (0,67 – 2,10)		1,78 (0,77 – 4,10)	
	Gênero		0,929		0,746
	Mulheres	1,0		1,0	
	Homens	1,03 (0,53 – 1,99)		0,86 (0,34 – 2,16)	
	Família possui automóvel		0,012		0,132
	Sim	1,0		1,0	
	Não	0,45 (0,24 – 0,84)		0,53 (0,23 – 1,21)	
	Família possui domicílio próprio		0,128		0,129
Fatores Facilitadores	Sim	1,0		1,0	
	Não	0,59 (0,30 – 1,16)		0,49 (0,19 – 1,23)	
	Renda familiar mensal		0,010		0,031
	Baixa (1 salário mínimo ou mais)	1,0		1,0	
	Muito baixa (menos de 1 salário mínimo)	0,18 (0,05 – 0,66)		0,18 (0,04 – 0,85)	
	Condição de saúde regularmente monitorada pela EqSF		0,560		0,209
	Não	1,0		1,0	
	Sim	1,21 (0,64 – 2,28)		1,76 (0,73 – 4,28)	
	Refere um cirurgião-dentista regular		0,022		0,028
	Não	1,0		1,0	
Necessidades	Sim	1,97 (1,10 – 3,53)		2,60 (1,11 – 6,07)	
	Usa serviço de saúde bucal privado		0,057		0,394
	Não	1,0		1,0	
	Sim	2,20 (0,98 – 4,96)		1,74 (0,49 – 6,18)	
	Autopercepção da saúde bucal		0,107		0,162
	Muito boa/ boa	1,0		1,0	
	Ruim/ muito ruim	0,62 (0,35 – 1,11)		0,53 (0,22 – 1,29)	
	Relato de episódios de dor nos 6 meses anteriores		0,496		0,035
	Não	1,0		1,0	
	Sim	1,22 (0,69 – 2,18)		2,67 (1,07 – 6,64)	

A autopercepção da condição bucal tem sido utilizada como indicador do comportamento da população com relação à busca por serviços de saúde. Segundo os resultados do SB Brasil³, um dos principais motivos da ida recente ao cirurgião-dentista é a experiência de dor dentária, a qual é considerada um importante preditor da utilização de serviços odontológicos⁵. Neste estudo, a variável de presença de dor nos 6 meses anteriores às entrevistas associou-se com o desfecho na

análise multivariada. Os resultados aqui descritos são semelhantes aos obtidos para adolescentes canadenses²² e chilenos¹³. Ambos os estudos demonstraram associação entre utilização mais frequente de serviços odontológicos com maior renda, melhor classificação da saúde bucal e maiores níveis de morbidade referida, em análises ajustadas por gênero e idade. Resultados similares também foram obtidos entre adolescentes de Niterói/RJ²³.

O fato de ter acesso a uma fonte regular de cuidados em saúde foi o preditor mais consistente e significativo para a utilização de todos os tipos de serviços ambulatoriais, preventivos, curativos ou emergenciais por adolescentes americanos de zona urbana e rural^{9,10}. A importância da fonte regular de cuidados em saúde também foi identificada com relação aos serviços odontológicos: os adolescentes que possuíam um dentista regular tiveram quase 3 vezes mais chance de haver consultado no ano anterior, mesmo após o ajuste pelas demais variáveis do estudo americano. Resultados similares foram observados no Brasil, em município de grande porte demográfico no Estado do Rio Grande do Sul¹¹. O fato de referir uma fonte regular de serviços de saúde (maior possibilidade de vínculo com um profissional ou estabelecimento de saúde) esteve associado com haver consultado um médico nos dois meses anteriores à pesquisa. A longa relação entre um médico e seus pacientes, que se baseia na confiança mútua e responsabilidade, é denominada de "continuidade interpessoal"²⁴. A continuidade interpessoal (vínculo) está diretamente relacionada com melhores níveis de cuidados preventivos, menos hospitalização e consultas a serviços de urgência, e melhor acesso ao sistema de saúde²⁵. Em Pelotas/RS, uma pesquisa demonstrou que os indivíduos que utilizavam a ESF tiveram maior chance de apresentar continuidade interpessoal (vínculo) do que os que utilizavam as unidades de saúde tradicionais²⁵.

Embora este estudo forneça informações importantes sobre utilização de serviços odontológicos por adolescentes e adultos jovens de baixa renda, não se pode deixar de considerar suas limitações. Devido ao desenho do estudo, transversal, os resultados obtidos referenciam hipóteses relativas aos fatores associados, mas não têm poder de inferência causal. Outra limitação está relacionada com a possibilidade de viés de resposta, o que afeta qualquer inquérito epidemiológico, uma vez que as conclusões são baseadas em informações auto-referidas. Por exemplo, alguns indivíduos podem ter relatado consultas odontológicas mais recentes, ou maior procura por tratamento odontológico, para não parecerem negligentes. Alguns entrevistados também podem ter apresentado dificuldades de memória, ao responder aos questionários.

Embora a taxa de recusa em participar tenha sido baixa, foi impossível entrevistar as pessoas que estavam ausentes dos domicílios, o que implicou em participação expressivamente mais elevada de mulheres na amostra. Além disso, famílias não foram entrevistadas por residirem em áreas geográficas de acesso limitado ou por indisponibilidade dos ACS de algumas das micro-áreas sorteadas. Portanto, não pode ser descartada a hipótese

de que os indivíduos não entrevistados representem um grupo com um padrão diferente de utilização e acesso aos cuidados odontológicos. No entanto, os resultados aqui descritos mostram-se semelhantes aos de outros autores.

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê acesso universal aos serviços de saúde a todos os indivíduos. Este estudo demonstrou que, apesar dos esforços governamentais para minimizar as barreiras de acesso com a implantação de equipes odontológicas na ESF, as desigualdades na utilização dos serviços persistem. As principais barreiras estiveram relacionadas com baixa renda e baixos níveis de continuidade interpessoal ou ausência de vínculo com um profissional ou serviço de saúde bucal. Excetuando-se a presença de morbidade (necessidade percebida) e as variáveis demográficas, diferenças nas demais dimensões do modelo explicativo indicariam a presença de desigualdades, uma vez que estes fatores deveriam exercer o mínimo de influência na distribuição dos serviços de saúde⁵. Por meio deste modelo teórico foi possível demonstrar o papel dos determinantes individuais na utilização recente de serviços odontológicos por indivíduos jovens de baixa renda. Os resultados aqui apresentados são consistentes com estudos que verificaram que apenas a provisão de um serviço de saúde bucal universal e gratuito é insuficiente para remover as disparidades na utilização dos serviços, ou mesmo na condição bucal da população^{26,27}. No presente estudo é reforçada a importância do vínculo como fator protetor ao acesso aos serviços odontológicos.

CONCLUSÃO

A prevalência de utilização recente de serviços odontológicos entre adolescentes e adultos jovens foi elevada. Apesar de relacionados a uma população de baixa renda, os resultados descritos para o grupo de adultos jovens foram melhores do que os obtidos por outros estudos populacionais conduzidos no Brasil. Os determinantes individuais foram importantes preditores do acesso aos serviços odontológicos para jovens na área de abrangência da ESF. Os resultados sugerem a necessidade de se aprimorarem os mecanismos institucionais de acesso aos serviços de saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Secretaria de Saúde do município de Ponta Grossa, e especialmente aos agentes comunitários de saúde (ACS), pela assistência durante as entrevistas.

Também agradecemos aos acadêmicos da Universidade Estadual de Ponta Grossa pela valiosa colaboração para a obtenção dos dados. Somos gratos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro (Processo n. 409792/2006-3).

REFERÊNCIAS

1. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenis W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(3):453-8.
2. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública* 2007; 23(8):1803-14.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização dos serviços de saúde – PNAD 2003. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
5. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1-10.
6. Petersen RE, Pedersen KM. Socioeconomic demand model for dental visits. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; 12(6):361-5.
7. Grembowski D, Andersen RM, Chen MS. A public health model for dental care process. *Med Care Rev* 1989; 46(4):439-96.
8. Tennstedt SL, Brambilla DL, Jette AM, McGuire SM. Understanding dental service use by older adults: sociobehavioral factors vs need. *J Public Health Dent* 1994; 54(4):211-19.
9. Ryan SA, Millstein SG, Greene B, Irwin Jr CE. Utilization of ambulatory health services by urban adolescents. *J Adolesc Health* 1996; 18(3):192-202.
10. Ryan S, Riley A, Kang M, Starfield B. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155(2):184-90.
11. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):372-8.
12. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(4):819-32.
13. Lopez R, Baelum V. Factors associated with dental attendance among adolescents in Santiago, Chile. *BMC Oral Health* 2007; 7:4.
14. Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 223-42.
15. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 11(1):3-11.
16. Oliveira BH, Ndanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-14.
17. Lisboa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(4):29-39.
18. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(5): 1063-72.
19. Davoglio RS, Aerts DRGC, Abegg C, Freddo SL, Monteiro L. Fatores associados a hábitos de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre adolescentes. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3):655-67.
20. Roberts-Thomson K, Brennan DS, Spencer AJ. Social inequality in the use and comprehensiveness of dental services. *Austr J Public Health* 2010; 19(1):80-5.
21. Slack-Smith LM, Mills CR, Bulsara MK, O'Grady MJ. Demographic, health and lifestyle factors associated with dental services attendance by young adults. *Austr Dent J* 2007; 52(3):205-9.
22. Vingilis E, Wade T, Seeley J. Predictors of adolescent health care utilization. *J Adolesc* 2007; 30(5):773-800.
23. Claro LBL, March C, Mascarenhas MTM, Castro IAB, Rosa MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8):1565-74.
24. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003; 1(3):134-43.
25. Rosa Filho LA, Fassa AG, Paniz VMV. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(4):915-25.
26. Ismail AI, Sohn Woosung. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc* 2001; 132(3):295-303.
27. Maserejian NN, Trachtenberg F, Link C, Tavares M. Underutilization of dental care when it is freely available: a prospective study of the New England Children's Amalgam Trial. *J Public Health Dent* 2008; 68(3):139-48.

Recebido/Received: 20/08/09
Revisado/Reviewed: 03/03/10
Aprovado/Approved: 19/05/10

Correspondência:

Márcia Helena Baldani
Rua Manoel Antonio Braga Ramos, 324 - Jardim América
Ponta Grossa/PR CEP: 84050-080
E-mail: mbaldani@uepg.br