**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO**

ANA LARISSA FERNANDES DE HOLANDA SOARES

**Fatores determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-
dentista nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto/SP e São
Luís /MA.**

Ribeirão Preto
2011

ANA LARISSA FERNANDES DE HOLANDA SOARES

Fatores determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto/SP e São Luís /MA.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP-USP) para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Odontopediatria.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Pereira Saraiva

Ribeirão Preto
2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Soares, Ana Larissa Fernandes de Holanda

Fatores determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto/SP e São Luís/MA. Ribeirão Preto, 2011.

102 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Odontopediatria.

Orientadora: Saraiva, Maria da Conceição Pereira.

1. Assistência odontológica. 2. Acesso aos serviços de saúde.
3. Serviços de saúde. 4. Odontologia para crianças

Soares ALFH. Fatores determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto/SP e São Luís /MA.
Tese apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Instituição: _____
Julgamento: _____	Assinatura: _____

DADOS CURRICULARES

Nome: Ana Larissa Fernandes de Holanda Soares

Sexo: Feminino

Filiação: José Lira de Holanda
Maria do Socorro Fernandes de Holanda

Nascimento: 19/04/1976 – Natal-RN – Brasil.

FORMAÇÃO ACADÊMICA/TITULAÇÃO

1994 - 1999 Graduação em Odontologia.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, Brasil.

2002 - 2003 Especialização em Saúde Coletiva.
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, Brasil
Título: Influência da amamentação natural e artificial no desenvolvimento de hábitos bucais e maloclusões: uma revisão sistemática.

2003 - 2005 Mestrado em Odontologia (Conceito CAPES 3).
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Natal, Brasil
Título: Relação entre o tempo de amamentação natural e a presença de hábitos de sucção não nutritivos, ano de obtenção: 2005

Dedico essa obra a todos os meus irmãos nordestinos que, em busca de um aprofundamento do saber, desbravam terras distantes, superando barreiras, dificuldades e o aperto no coração, proveniente da imensa saudade.

Procurei encontrar inspiração
Num recanto de terra pequenina
Pra fazer um poema em descrição
Das histórias da vida nordestina
Mas olhando para a força dessa gente
Vi que um verso não é suficiente
Pra mostrar a beleza do que vejo
Um poema seria um disparate
Não há verso no mundo que retrate
A grandeza do povo sertanejo.

Maurício Menezes

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A DEUS, por estar sempre presente ao meu lado, iluminado meus passos, sendo fundamental na concretização dos objetivos traçados e tornando a estrada da vida mais suave, gratificante e feliz;

À VOVÓ MARIA DAS NEVES (in memoriam), pelo seu exemplo de força, determinação, amor pela vida e pela família. Sua presença, em nosso meio, possibilitou a minha formação acadêmica e me fez compreender o verdadeiro significado da palavra AMOR;

A GUSTAVO, meu marido, pelo amor, amizade, compreensão, paciência e companheirismo dedicados generosamente durante todos esses dezoito anos de convivência, construindo comigo uma vida harmoniosa, feliz e de realizações;

A LAURA, minha filha, por ser a inspiração maior de todos os meus objetivos e por ter suportado, algumas vezes, a minha ausência nas horas de brincadeiras e tarefas escolares;

À TITIA TEREZINHA, pelo seu apoio, seu amor incondicional e pela presença incansável e fundamental em todas as fases da minha formação;

A RODRIGO e a JOÃO PAULO, meus irmãos, a minha mãe SOCORRO e ao meu pai JOSÉ LIRA, pela importância da família na conquista de qualquer objetivo na vida;

AGRADECIMENTOS

A Maria da Conceição Pereira Saraiva, por me aceitar como sua orientanda, viabilizando a efetivação do meu objetivo e pela sua generosidade em propagar seus conhecimentos científicos;

A Marina Fernandes de Sena, que, apesar da distância física, esteve muito próxima, contribuindo de forma determinante na construção desse trabalho, por meio de orientações, sugestões e apoio emocional nos momentos de incertezas;

Às minhas amigas Jussara de Azevedo Dantas, Ana Maria de Araújo e Karen Alyn de Aquino Lira, por terem sido muito mais do que amigas e sim, companheiras, confidentes e terapeutas em toda a minha vida;

À minha sogra Elvira Mafaldo, pelo carinho, atenção e por mostrar que, mesmo diante das dificuldades e barreiras, a realização de um objetivo é sempre possível.

A Flávia Andréa de Medeiros, pela amizade sincera e dedicada e pela ajuda nas horas cruciais;

A professora Lea Assed Bezerra da Silva, que permitiu a minha entrada, inicialmente como aluna especial, no Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria;

À Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, especificamente ao Departamento de Puericultura e Pediatria, por disponibilizar os dados necessários ao estudo em questão;

A Micheli Cristina Leite Rovanholo, secretária da pós-graduação, pela valiosa orientação, apoio e paciência no decorrer da minha caminhada no doutorado;

A todos os docentes, pela dedicação em transmitirem seus preciosos conhecimentos, especialmente aos professores Paulo Nelson e Cristina Borsatto, uma vez que, além dos conhecimentos adquiridos, suas aulas proporcionaram o ensinamento de como aplicar efetivamente a didática em sala de aula;

Aos que compõem atualmente, ou, em algum momento, já fizeram parte da Clínica de Pacientes Portadores de Necessidades Especiais, destacando os nomes de Carolina Paes Torres Mantovani, Alexandra Mussolino de Queiroz, Aldevina Campos de Freitas e Benedita Viana Rodrigues, pelo carinho e acolhimento nas manhãs de quinta-feira, durante o tempo em que eu residi em Ribeirão Preto/SP;

Aos colegas de Doutorado, pela convivência harmoniosa e saudável;

À Professora Izabel Yoko Ito (in memoriam), pelo exemplo de dedicação à ciência, o qual contribuiu no aprimorando da minha visão sobre a importância e a postura ideal inerente ao pesquisador;

À professora Heloísa Bettiol, pelas importantes contribuições fornecidas na qualificação do projeto de pesquisa;

Aos colegas do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, pelo constante incentivo e confiança depositado na minha pessoa;

À colega, Evania Leiros de Souza, pela ajuda durante a normatização do trabalho;

Aos pais e responsáveis das crianças que responderam generosamente os questionários aplicados durante a coleta dos dados.

Suba o primeiro degrau com fé. Não é necessário que você veja toda a escada. Apenas dê o primeiro passo.

Martin Luther King

RESUMO

Soares ALFH. Fatores determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto/SP e São Luís /MA [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, 2011. 102f.

O módulo de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizado no país, no ano de 1998, mostrou que 77,1% das crianças brasileiras, na faixa etária entre 0 – 6 anos, nunca haviam visitado um cirurgião-dentista. Em 2003, os dados do PNAD indicaram uma diminuição no percentual de crianças, que, até aquele momento, não havia tido um contato com algum cirurgião-dentista. No entanto, o valor ainda permanecia muito alto. Este trabalho objetiva avaliar os determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, a partir de duas coortes de nascidos vivos, uma em Ribeirão Preto/SP, 1994 (2004/2005), e outra em São Luís/MA, 1997 (2005/2006). A população final, utilizada para a presente pesquisa, foi composta pelos participantes do seguimento dos estudos, ou seja, 673 crianças em São Luís/MA e 790 em Ribeirão Preto/SP. A análise estatística inicial foi realizada para o desfecho idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, tendo como referência a idade de seis anos. As análises bivariadas precederam a regressão logística hierárquica e foi considerado o nível de significância de 0,05 e o intervalo de confiança de 95%. Os resultados demonstraram que 34,1% (EP=1,9) das crianças de Ribeirão Preto/SP e 35,5% (EP=2,2) da amostra de São Luís/MA não tinham visitado um cirurgião-dentista até os seis anos de idade. A idade da primeira visita odontológica obteve significância estatística durante a análise multivariada, nas duas cidades, com a falta de escolaridade da mãe e a ausência de plano de saúde. Além disso, Ribeirão Preto/SP mostrou associação com crianças que moravam sem os pais biológicos ($p=0,0005$), filhas de mães mais velhas ($p=0,0485$) e que não realizaram ou fizeram, no máximo, três consultas durante o pré-natal ($p=0,0319$). Em contrapartida, São Luís/MA, apresentou relação com crianças que possuíam maior número de irmãos ($p=0,0296$) e sem nenhuma experiência de dor de dente ($p=0,0001$). Concluindo, podemos perceber que não visitar o cirurgião-dentista, na primeira infância, sofre influência de diversos fatores socioeconômicos, fatores ligados a criança e à mãe, destacando aqui, principalmente, a escolaridade materna e a posse de plano de saúde.

Palavras-chave: Assistência odontológica. Acesso aos serviços de saúde. Serviços de saúde. Odontologia para crianças.

ABSTRACT

Soares ALFH. Determining factors of age of first dental visit in cohorts of liveborns in Ribeirão Preto and São Luís/ Brazil [Thesis]. São Paulo: University of São Paulo, School of Dentistry of Ribeirão Preto, 2011. 102f.

The Health module of the National Household Survey Sample (PNAD), conducted in 1998 showed that 77.1% of Brazilian children in the 0-6-year age group had never visited a dentist. In 2003, PNAD data indicated a decreased percentage of children had never had a dental appointment; however, the level remained very high. This study aimed at assessing the determinants of age at first dental visit, based on two cohorts of liveborns, one in Ribeirão Preto, 1994 (2004/2005), and the other in São Luís, 1997 (2005/2006). The final population used for the present research was composed of participants of follow-up studies, that is, 673 children in São Luís and 790 in Ribeirão Preto. Initial statistical analysis was conducted for age at first dental visit, with six years of age as reference. Bivariate analyses preceded hierarchical logistic regression, considering a significance level of 0.05 and confidence interval of 95%. Results demonstrated that 34.1% (SE=1.9) of children from Ribeirão Preto, and 35.5% (SE=2.2) of the sample from São Luís had not visited a dentist by the age of six years. Age at first dental visit was statistically correlated, in multivariate analysis in both cities, with lack of maternal education and absence of a health plan. Furthermore, Ribeirão Preto showed an association with children who did not live with their biological parents ($p=0.0005$) and daughters of older mothers ($p=0.0485$) who had undergone none or at most three prenatal consultations ($p=0.0319$). São Luís also exhibited a relationship with children who had a larger number of siblings ($p=0.0296$) and had not experienced toothache ($p=0.0001$). In conclusion, not visiting the dentists in early childhood is influenced by a number of socioeconomic factors linked to both children and their mothers, primarily maternal schooling and having a health plan.

Keywords: Dental care. Health services accessibility. Health services. Dental care for children.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Comparação das características dos indivíduos que participaram ao nascimento e no seguimento das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/ (2005 – 2006).....	39
Tabela 2-	Análise descritiva das características gerais das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).....	41
Tabela 3-	Características gerais das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/(2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).....	43
Tabela 4-	Comparações entre os indivíduos que tinham informação sobre a idade da primeira visita ao dentista com os indivíduos que não sabiam ou não possuíam essa informação durante o seguimento das coortes.....	45
Tabela 5-	Análise das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade e percepção de saúde bucal, dor e necessidade de tratamento odontológico, relatados pela mãe ou responsável nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).....	47
Tabela 6-	Análise das características das mães das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos, de idade, nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004-2005) e São Luis, MA, 1997/(2005– 2006).....	49
Tabela 7-	Análise das características relacionadas à primeira consulta odontológica das crianças que não foram ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005).....	50
Tabela 8-	Análise multivariada das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005).....	51
Tabela 9-	Análise multivariada das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).....	53

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS.....	18
1.2	IDADE DA PRIMEIRA VISITA AO CIRURGIÃO-DENTISTA.....	22
2	JUSTIFICATIVA.....	25
3	PROPOSIÇÃO.....	27
4	METODOLOGIA.....	29
4.1	LOCAIS DE ESTUDO.....	30
4.2	AMOSTRAGEM.....	31
4.3	COLETA DE DADOS.....	34
4.4	VARIÁVEIS ESTUDADAS.....	34
4.5	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	36
4.6	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	37
4.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
5	RESULTADOS	38
6	DISCUSSÃO.....	55
7	CONCLUSÕES	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICES.....	87
	ANEXOS.....	97

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Levantamentos epidemiológicos de base nacional têm sido realizados com o intuito de retratar o quadro vigente da saúde bucal no Brasil. Os inquéritos epidemiológicos, realizados em 1986 e 1996, pelo Ministério da Saúde, demonstraram, respectivamente, um CPO-D, para crianças aos 12 anos, de 6,7 e 3,1 (Brasil, 1986; Oliveira, 1998).

Dados referentes à cárie utilizam o índice CPO-D/ceo-d, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para medir e comparar a experiência de cárie dentária, tanto na dentição permanente(CPO-D) quanto na decídua (ceo-d). Este índice expressa o número de dentes cariados, perdidos e obturados (restaurados) em um grupo de indivíduos. A idade de 12 anos é a escolhida para o monitoramento global e para comparações internacionais. Tal escolha se deve ao fato desta idade ser a mais acessível, uma vez que podem ser obtidas, com maior facilidade, amostras confiáveis por meio do sistema escolar. Além disso, é provável que, nessa época, todos os dentes permanentes já tenham irrompido, com exceção dos terceiros molares (World Health Organization, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece a seguinte escala de gravidade quanto à prevalência da cárie: CPO-D entre 1,2 e 2,6 = prevalência baixa; CPO-D entre 2,7 e 4,4 = prevalência média; CPO-D entre 4,5 e 6,5 = prevalência alta e CPO-D maior que 6,5 = prevalência muito alta. Esta entidade estipulava como meta para o ano 2000, na idade preconizada, um CPO-D com valor máximo igual a 3,0 (Organização Mundial de Saúde, 1991).

Diante da necessidade de ampliar a atenção e melhorar as condições inerentes à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa de Saúde da Família (PSF), o qual foi criado em 1994, como uma estratégia prioritária às ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua (Matos, Tomita, 2004).

Em 2003, os resultados do levantamento de saúde bucal de base nacional, denominado SB Brasil, foram publicados. Este estudo verificou que o CPO-D, aos 12 anos, encontrava-se na média de 2,8. Apesar de ter ocorrido uma melhora no valor do índice ao longo do tempo, aos 12 anos, o estudo concluiu que 27% das crianças

entre 18 e 36 meses de idade já apresentavam, pelo menos, um dente decíduo com experiência de cárie dentária (ceo-d = 1,1) e aos 5 anos, essa média aumentava para quase três dentes afetados (ceo-d = 2,8). O componente cariado foi o responsável por mais de 80% do índice na idade de 5 anos e mais de 90% nas crianças de 18 a 36 meses (Brasil, 2004).

O Ministério da Saúde, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil Sorridente), vem, nos últimos anos, buscando melhorar a condição de saúde da população e ampliar o acesso aos serviços odontológicos, a partir da reorganização do sistema de saúde e da prática assistencial (Brasil, 2004).

O Projeto SB Brasil 2010, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, parte integrante do Programa Brasil Sorridente, objetivou diagnosticar as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, traçar um comparativo com a pesquisa SB Brasil 2003 e planejar ações de saúde bucal para os próximos dois anos. A pesquisa envolveu 177 municípios e foram realizadas entrevistas e, também, exames clínicos em 38 mil pessoas de cinco faixas etárias. Comparando com os dados de 2003, os resultados iniciais apontam para uma redução de 17% no número de dentes decíduos cariados entre as crianças de 5 anos de idade. Porém, 80% dos dentes identificados ainda não tinham recebido tratamento restaurador adequado (Roncalli, 2011).

Sabendo-se da presença marcante da cárie dentária na população, é necessário destacar as sequelas que esta doença pode provocar no indivíduo. Desta forma, configuram-se, como principais conseqüências, os distúrbios funcionais e estéticos. Por exemplo, crianças portadoras de cárie grave podem apresentar peso e altura menores do que o normal, quadros de dor e danos relacionados à alimentação (Low et al., 1999). Vale salientar, além dos transtornos à saúde física da criança, em virtude da presença de lesão cariosa em estágio avançado, os prejuízos de ordem social e psicológica que podem afetar o convívio social e o seu desempenho escolar (Feitosa, Colares, 2004).

Ao comparar valores nacionais do índice CPO-D com outros países, verificou-se, uma diminuição considerável do CPO-D no Brasil, em dez anos. No entanto, este ainda se encontra acima de países como a França (1,9), Cuba (1,4) e Reino Unido (0,9) (Organização Pan-Americana da Saúde, 2006).

Assim, diante dos achados provenientes dos inquéritos populacionais, é possível observar que a cárie dentária permanece mutilando precocemente um

número considerável de indivíduos, mesmo possuindo métodos simples e eficazes de prevenção, bem como tratamento de baixo custo e complexidade. Como possíveis explicações para esta alta prevalência e incidência, além dos determinantes biológicos, são citadas questões relacionadas com as condições sociais, econômicas, políticas e educacionais (Maciel, 1994). Vale salientar que a associação entre desenvolvimento social e cárie dentária tem sido relatada tanto no nível individual (Moura et al., 1996; Irigoyen et al., 1999; Peres et al., 2000.) como no campo ecológico (Nadanovsk, Sheiham, 1995; Lalloo et al., 1999; Antunes et al., 2002).

Deste modo, em relação à associação entre determinantes socioeconômicos e experiência de cárie dentária, tem sido visto que a mesma é maior quanto mais desfavoráveis são os indicadores sociais, como o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Desenvolvimento Infantil, percentual de casas ligadas à rede de abastecimento de água (Baldani et al., 2004), aglomeração familiar por domicílio (Antunes et al., 2002; Baldani et al., 2004), localização e tipo de escola (Antunes et al., 2002) e renda familiar (Peres et al., 2000; Baldani et al., 2004). No que condiz ao nível de escolaridade, também um expressivo indicador do nível social, foi possível perceber que pais com melhores níveis de escolaridade apresentavam filhos com o índice CPO-D mais baixo (Ismail, Sohn, 2001).

Assim, a condição social vem sendo apresentada como um fator importante na determinação da saúde bucal de uma população e o declínio da cárie dentária tem acompanhado a polarização da doença nos grupos economicamente menos favorecidos. Tal fator pode ser exemplificado ao ter sido observado diferenças regionais marcantes no índice CPO-D, onde os maiores valores pertenciam às macrorregiões brasileiras com condições socioeconômicas mais desfavoráveis, como a região norte (4,27) e a nordeste (2,88) (Silva et al., 2007). Essas duas regiões foram as que apresentaram, também, quantidades mais expressivas de dentes cariados não tratados em crianças (Silva et al., 2007). Corroborando com os resultados supracitados, o SB Brasil 2003 e o SB Brasil 2010 demonstraram que diferenças regionais, na prevalência e na gravidade da cárie, ainda são marcantes, o que pressupõe a necessidade de políticas voltadas para a equidade na atenção à saúde (Brasil, 2004; Roncalli, 2011)

Apesar de relatos na literatura da relação entre nível socioeconômico e saúde bucal da população, como verificado nos exemplos explicitados anteriormente, ainda

existem informações limitadas sobre quais políticas e intervenções são eficazes em reduzir ou eliminar disparidades na área da saúde bucal (Ismail, Sohn, 2001).

O índice CPO-D, ainda elevado no Brasil, pode ser um dos fatores desencadeados pela privação de acesso e de utilização de serviços odontológicos por grande parte da população. Embora as diferenças, nas necessidades em saúde, não sejam totalmente eliminadas apenas com o uso de serviços de saúde, é inegável que o acesso e a utilização de serviços de qualidade contribuem para amenizar condições desfavoráveis de saúde (Pinheiro, Torres, 2006).

1.1 ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

No Brasil, pode-se afirmar que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário (Brasil, 1988). Embora o direito de todos os cidadãos esteja assegurado teoricamente pela Constituição de 1988, a universalização da saúde está longe de ser uma realidade (Médici et al., 2011). O Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de ter um importante papel como financiador, ainda não está sendo suficiente para suprir a demanda referente à assistência odontológica (Barros, Bertoldi, 2002). Talvez isso ocorra devido ao fato de que, mesmo reconhecendo a importância da saúde bucal, a odontologia historicamente exerceu um papel secundário nas políticas públicas de saúde (Organização Pan-Americana da Saúde, 2006).

Barros e Bertoldi (2002) mostraram que este sistema foi o responsável apenas por 24% dos atendimentos odontológicos, enquanto financiou 52% dos não odontológicos. Levando em consideração o pagamento pelo serviço de saúde, notou-se que esse era muito mais frequente para os atendimentos odontológicos, independente da renda familiar do indivíduo. Para o grupo menos favorecido economicamente, 14% dos atendimentos odontológicos envolveram algum tipo de pagamento contra 4% dos atendimentos não odontológicos.

De acordo com Silveira et al. (2002), no nosso país, os dispêndios efetuados pelas famílias com saúde ocupam o quarto grupo mais volumoso das despesas com consumo familiar, atrás apenas das despesas efetuadas com habitação, alimentação e transporte. Em 2003, a média percentual de despesas totais das famílias brasileiras em assistência à saúde, mostrada pela Pesquisa Orçamentária Familiar

(POF), foi de 5,53%, sendo de 0,54% a proporção de despesas com consultas e tratamentos dentários e 1,51% com despesas em planos de saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003).

Lacuna no financiamento público da assistência odontológica não é evidenciada apenas no nosso cenário nacional, outros países apresentam exemplos semelhantes. No modelo de saúde americano, denominado Medicaid e destinado à população abaixo da linha de pobreza, os cuidados de saúde bucal são caracterizados como um serviço opcional e em alguns Estados ocorre uma ausência total da cobertura ou presença de serviços odontológicos mínimos para adultos (Ku, 2009). Outro exemplo, a ser citado, é o da Austrália, onde a cobertura universal de cuidados de saúde exclui o tratamento odontológico, fazendo com que um percentual de 80% a 90% dos procedimentos sejam custeados diretamente pelo consumidor, por intermédio do sistema privado de assistência odontológica (Schwarz, 2006).

Na tentativa de suprir a ausência do estado, como provedor das ações em saúde, parte dos usuários recorre ao setor de saúde suplementar. Vale ressaltar que a cobertura, por planos de saúde, é um indicador da disponibilidade de serviços oferecidos pelo governo à população. Opostamente ao artigo 196 da constituição de 1988, o qual garante que a saúde é direito de todos e dever do estado, os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizada em 2003, mostraram que cerca de um quarto da população brasileira estava coberta por planos de saúde. Esta cobertura concentrava-se nas populações urbanas, nas classes de maior renda familiar mensal e, portanto, melhores condições de saúde. As pessoas de renda mais baixas possuíam menor participação no financiamento da mensalidade dos planos de saúde (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003).

Abordando informações a respeito de planos de saúde odontológicos, no país, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, por meio do Caderno de Informações da Saúde Suplementar, que o segmento odontológico saltou de pouco mais de três milhões de beneficiários, em 2001, para 7 448 151, em 2006 e para 8 590 076, em 2007. Um crescimento, nos últimos sete anos de cerca de 210%. Em adição a esses achados, a receita das operadoras, exclusivamente odontológicas, no período entre 2001 e 2005, aumentou em, aproximadamente, 112%. Esses números confirmam a expansão do setor e o seu potencial ambiente

de contínuo crescimento dos próximos anos em todo o território brasileiro (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2007).

Na visão de Faveret e Oliveira (1990), a universalização da assistência sem o correspondente aumento da oferta aliado à expansão dos planos de saúde, vem, ao longo dos anos, expulsando do seguimento público as classes médias da população, que buscam no seguimento privado atendimento de maior qualidade, provocando o que os autores definiram de “universalização excludente”.

As pesquisas, realizadas em 1998 e 2003, incluíram perguntas sobre a utilização de serviços odontológicos e destacaram como resultados um acesso limitado e a existência de marcantes desigualdades regionais e sociais no Brasil (Pinheiro, Torres, 2006). As informações, provenientes de 2003, retrataram uma situação preocupante ao divulgar que uma expressiva parcela da população (15,9%) nunca tinha feito uma visita ao cirurgião-dentista na vida, número equivalente a 27,9 milhões de pessoas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003). Nos dois estudos, pôde ser verificado que as regiões (Norte e Nordeste), portadoras de piores condições socioeconômicas, apresentavam um percentual maior de pessoas que nunca utilizaram serviços odontológicos. A renda, distribuição geográfica dos estados, quantidade da oferta de serviços, programas de atenção à saúde bucal, percepção do estado de saúde, comportamentos e hábitos ligados à saúde bucal e o estímulo ao uso de ações preventivas podem explicar tais diferenças na utilização desses serviços entre as regiões (Pinheiro, Torres, 2006).

A literatura empírica internacional e nacional vem mostrando que existe um claro gradiente favorável ao acesso por pessoas com melhores condições de renda. Taani (2002) estudou a frequência da visita ao cirurgião-dentista em 1 021 crianças, com a média de idade de 13,1 anos, selecionadas por meio de uma amostra simples randomizada proveniente de escolas públicas e escolas particulares da Jordânia e verificou que, entre as crianças das escolas particulares, 31,4% visitaram o cirurgião-dentista mais regularmente do que os alunos das escolas públicas (15%).

No estudo de Barros e Bertoldi (2002), quando avaliada a proporção de pessoas que consultaram um cirurgião-dentista há menos de um ano, esse valor foi mais alto no grupo de melhor condição socioeconômica e nos grupos etários de 7 – 19 e 20 – 49 anos. Na categoria de menor renda, menos de 9% das crianças foram atendidas por um cirurgião-dentista no último ano. Apesar dos parâmetros de coberturas assistenciais para o SUS, utilizados pelo Ministério da Saúde, ser de uma

consulta ao profissional a cada dois anos e até duas consultas odontológicas por ano (Brasil, 2002).

Condição socioeconômica mais desfavorável apresenta estreita relação com uma proporção maior de indivíduos que nunca visitaram um cirurgião-dentista, mas observa-se, também, que uma grande proporção de crianças da classe econômica mais favorável nunca esteve em um consultório odontológico (Barros, Bertoldi, 2002).

O grau de instrução dos pais tem, também, mostrado relação com a profunda desigualdade na utilização de serviços odontológicos por seus filhos. O uso regular de serviços odontológicos por crianças tem sido mais frequente quando os pais reconhecem a importância da dentição decídua e traduzem essa consciência em ação (Figueira, Leite, 2008). Um trabalho, desenvolvido em Minas Gerais (MG), concluiu que a frequência de visita regular ao cirurgião-dentista, por indivíduos de maior escolaridade, foi 10 vezes maior do que nos menos escolarizados (Matos et al., 2001).

Pinto (1999), por um lado, acredita que a disponibilidade de serviços odontológicos é apenas uma das variáveis que interferem nos padrões das doenças bucais em uma determinada população e, em geral, não se apresenta entre as mais importantes, por outro lado, Matos et al. (2002) afirmam que o serviço público odontológico tem como objetivo reduzir os efeitos das desigualdades sociais em relação à saúde bucal.

Uma importante questão, que deve ser também considerada, em relação ao ingresso do indivíduo no sistema de serviços de saúde, é a idade em que ocorre esse primeiro contato. A análise deste fator pode contribuir para uma maior possibilidade de prevenção de doenças, aquisição de dieta e de hábitos saudáveis (Rossow et al., 1990). Logo, a sensibilização precoce da família pelos profissionais, para a adoção de hábitos bucais saudáveis, pode contribuir para a obtenção de melhores condições de saúde por parte dos indivíduos (Polson, 2003).

1.2 IDADE DA PRIMEIRA VISITA AO CIRURGIÃO-DENTISTA

Os serviços odontológicos, tradicionalmente, têm se preocupado de maneira preponderante com o atendimento às crianças, a partir do irrompimento dos primeiros dentes permanentes. No Brasil, desde o final da década de 50 e início dos anos 60, houve uma forte concentração das atividades odontológicas desenvolvidas pelas instituições do setor público exatamente junto a faixa etária entre 6 e 14 anos de idade e de maneira mais específica em torno do corpo discente das escolas primárias oficiais. Esses esforços foram aplicados por meio do Sistema Incremental da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) do Ministério da Saúde (Fundação Serviços de Saúde Pública, 1993).

Numa tentativa de enfrentar os problemas bucais de maneira precoce e, assim, corrigir algumas das deficiências inerentes aos modelos de intervenção tardia, como no sistema incremental clássico, ações de saúde bucal, voltadas às crianças mais jovens, vêm ganhando cada vez mais importância e destaque na prática odontológica atual (Pinto, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (1991) afirmou, em seu relatório, que a saúde bucal é uma parte essencial da saúde, da função humana e da qualidade de vida. Segundo recomendações da Academia Americana de Odontopediatria (2009) é necessário que a criança comece a utilizar os serviços de saúde odontológicos, quando o primeiro dente decídua irromper na cavidade bucal ou até o seu primeiro ano de vida. No Brasil, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal preconizam que o ingresso do indivíduo, no sistema, deve ocorrer no máximo aos seis meses de idade (Brasil, 2001).

Apesar de não existir evidências empíricas referentes à idade ideal para as crianças buscarem contato com o cirurgião-dentista, a primeira visita, no início da vida, torna-se importante por possibilitar tratamento curativo precoce da cárie, uma vez que a evolução de um processo carioso pode levar à perda do elemento dentário, com todas as sequelas orgânicas, psicológicas e sociais que isto acarreta, juntamente com os inevitáveis reflexos nas demandas por tratamentos odontológicos de alto custo (Scarpelli et al., 1996). Além de servir como uma oportunidade fundamental para avaliação do desenvolvimento crânio-facial e de todos os fatores de riscos comuns, a que uma criança possa estar exposta (Poulsen, 2003; Bonecker et al, 2004).

Na literatura, desde a década de 20, há relatos sobre a importância dos cuidados bucais na primeira infância (Pereira, 1929; Costa, 1939). A necessidade de atenção à saúde bucal, ainda no primeiro ano, foi enfatizada por vários autores (Garbelini et al., 1991; Fraiz, 1993; Di Reis, Moreira, 1995; Bonecker et al., 1997; Borges, Toledo, 1999; Cerqueira et al., 1999; Fadel, Kozlowiski Júnior., 2000; Barros et al., 2001; Santos, Soviero, 2002) pela possibilidade de prevenir o aparecimento de sinais e sintomas da doença cárie ou, ao menos, minimizar sua incidência e extensão, além de contribuir para a manutenção da dentição decídua e favorecer o bem-estar da criança.

Entretanto, evidências mostram que apenas uma pequena parcela das crianças tem acesso ao serviço odontológico na idade recomendada. A partir de estudo, conduzido com uma coorte de crianças americanas, acompanhadas do nascimento até os três anos de idade, pôde-se constatar que apenas 2% haviam recebido consulta odontológica antes de um ano de idade e apenas 31% aos três anos (Slayton et al., 2002).

Estudos em nível nacional revelaram alta proporção de pré-escolares que nunca procuraram atendimento odontológico (Pinheiro, Torres, 2006). Foi detectado que a utilização de serviços odontológicos crescia com o avanço da idade, com percentual maior referente à faixa etária entre 10-14 anos e com chances de uso de 5 vezes maiores para os 20% mais ricos da amostra (Pinheiro et al., 2006).

Em uma pesquisa realizada na cidade de Canela/RS, observou-se que apenas 13% das crianças menores de cinco anos fizeram uso de algum serviço odontológico (Kramer et al., 2008). Resultado semelhante foi descrito por Colares e Caraciolo (2005), onde 32,6% das crianças nunca haviam estado em um consultório odontológico na cidade de Recife/PE, sendo esse percentual bem mais expressivo entre as crianças de escola públicas (48,9%). Barros e Bertoldi (2002) verificaram no seu estudo, baseado na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), que 77,1% das crianças de 0-6 anos nunca tinham ido ao cirurgião-dentista e entre aquelas que procuraram atendimento 4,7% não conseguiram. Tal resultado apontou percentuais mais elevados nesta faixa, em relação às demais avaliadas, sugerindo maior dificuldade de acesso à assistência odontológica.

Comparando esses dados com o Canadá, uma área coberta por um serviço odontológico considerado universal, apenas 3% das crianças de cinco anos nunca tinham visitado um cirurgião-dentista (Ismail, Sohn, 2001).

Outros dados, provenientes do PNAD, também evidenciaram informações a respeito da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista. O primeiro levantamento, realizado em 1998, concluiu que 85,7% das crianças brasileiras de 0-4 anos de idade nunca tinham visitado um cirurgião-dentista, tendo ocorrido diminuição deste valor em 2003 para 81,9% (Pinheiro, Torres, 2006).

Mundialmente, a utilização de serviços odontológicos, por crianças, tem mostrado forte relação com a sua condição socioeconômica. A visita ao cirurgião-dentista, mais precocemente, tem ocorrido com uma maior tendência entre as crianças de famílias mais abastadas financeiramente (Silver, 1992). Nos Estados Unidos, autores concluíram que a visita ao cirurgião-dentista está associada à raça, ao plano de saúde e ao nível socioeconômico (Macek et al., 2001; Manski et al., 2001) e que há uma maior prevalência de visita ao cirurgião-dentista entre as crianças com idades mais avançadas (Macek et al., 2001).

Apesar da necessidade de um serviço de saúde igualitário e eficiente e do atual interesse pela iniquidade na saúde, ainda são poucos os trabalhos relacionados à idade da primeira visita ao cirurgião-dentista e à utilização de serviços odontológicos por crianças.

Os fatores ligados à idade da primeira visita ao cirurgião-dentista devem ser mais bem compreendidos, na medida em que os primeiros anos de vida têm uma grande relevância na aquisição de hábitos saudáveis. Estes fornecem bases para uma boa saúde nas idades subsequentes e a prevenção precoce torna-se importante tanto pelo lado biológico como econômico (Greene, 1973; Cerqueira et al., 1999).

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Apesar da importância de se conhecer os fatores relacionados à idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, os mesmos ainda são pouco explorados na literatura brasileira. O entendimento desses fatores torna-se importante, na medida em que a odontologia vem evoluindo de um enfoque curativo dos problemas bucais para um olhar mais dinâmico dos determinantes do processo saúde-doença da população e essa mudança de paradigma requer que medidas e ações de atenção odontológica sejam instaladas precocemente, com o intuito de evitar e/ou diminuir as sequelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal da população. A atenção odontológica, iniciada para crianças em pouca idade, torna-se, dessa forma, uma importante estratégia no diagnóstico e na redução dos danos provocados pelas doenças bucais mais prevalentes, assim como no custo do tratamento destas.

Sendo assim, o presente estudo tem o objetivo de conhecer os fatores associados à idade da primeira visita ao cirurgião-dentista por crianças pertencentes a duas coortes de nascidos vivos, uma desenvolvida em Ribeirão Preto, localizada no Estado de São Paulo, na região Sudeste do país, e a outra em São Luís, capital do Estado do Maranhão, situada na região Nordeste do Brasil, duas cidades marcadas por diferentes condições socioeconômicas e culturais, o que proporcionará um melhor entendimento de como a diversidade desses fatores pode influenciar na procura inicial pelo profissional de saúde bucal.

PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

Conhecer os fatores determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto/SP, 1994(2004/2005) e São Luís/MA, 1997(2005/2006), além de descrever o local da primeira consulta e o motivo da procura, pelo profissional de saúde bucal, das crianças da amostra de Ribeirão Preto/SP.

METODOLOGIA

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise transversal das informações referentes aos seguimentos de duas coortes de nascidos vivos desenvolvidas em Ribeirão Preto/SP, 1994 (2004/2005) e São Luís/MA, 1997 (2005/2006).

4.1 LOCAIS DE ESTUDO

Ribeirão Preto/SP: Cidade situada a 320 km da capital do Estado de São Paulo/SP e localizada na região Sudeste do país. As principais atividades econômicas são a agroindústria da cana-de-açúcar, o comércio de mercadorias, o setor financeiro e o de prestação de serviços. Representa um importante centro educacional, onde se encontra um Campus da Universidade de São Paulo (USP). Em 1994, a população de Ribeirão Preto/SP era de 461 427 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1994). No ano 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano-Municipal (IDH-M), o qual avalia a esperança de vida ao nascer, nível de alfabetização e renda “per capita”, foi de 0, 855 (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 2000), ocupando o 6º lugar no ranking paulista e 21º no ranking nacional (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000). Apresenta elevado padrão de vida (renda, consumo, longevidade) e localização privilegiada, próximo a importantes centros consumidores e acesso facilitado, devido à boa qualidade da infraestrutura de transportes e comunicação. O censo de 2010 registrou uma população de 605 114 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011).

São Luís/MA: É a capital do Estado do Maranhão e está localizada em uma ilha homônima. Situada na região Nordeste, em uma das áreas do país menos favorecidas economicamente, possui economia baseada no comércio. A população, em 1998, era de 819 639 habitantes (Cardoso et al., 2007). O IDH-M foi de 0, 778 no ano 2000, ocupando o 1º lugar no ranking maranhense, mas o 1109º no ranking nacional (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000). Em 2010, apresentava população de 1 011 943 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística, 2011). A renda “per capita”, em Ribeirão Preto/SP, é duas vezes maior que a de São Luís/MA (Bettiol et al., 1998; Silva et al., 2001).

4.2 AMOSTRAGEM

Foram estudadas duas coortes de crianças, uma iniciada no ano de 1994, em Ribeirão Preto/SP, e outra em 1997, na cidade de São Luís/MA. As coortes objetivaram, inicialmente, estudar os fatores determinantes do baixo peso e prematuridade e acompanhar a saúde destas crianças. Apenas mães, que residiam nos dois municípios estudados, puderam ser incluídas na pesquisa.

A coorte de Ribeirão Preto/SP incluiu os nascimentos de um período de quatro meses (abril-agosto), somando, inicialmente, 2 923 nascimentos e representando 99% de todos os nascidos vivos. As perdas representaram menos de 5% de todos os nascimentos. Após a exclusão dos gêmeos, a amostra original consistiu em 2 858 nascidos residentes na cidade (Bettiol et al., 1998).

A primeira fase do estudo coorte de São Luís/MA ocorreu entre março de 1997 e fevereiro de 1998, utilizando a amostragem estratificada sistemática no número de nascimento ocorrida em dez maternidades públicas e privadas da cidade. Uma entre sete crianças nascidas era selecionada aleatoriamente para participar do estudo, incluindo 2 541 nascimentos hospitalares (nascidos vivos, natimortos, nascimentos únicos e gemelares). A amostra teve representatividade, uma vez que as maternidades foram responsáveis por 96.3% do total de nascimentos. Após a exclusão dos gemelares ($n = 50$) e dos natimortos ($n = 48$), a amostra final contou com 2 443 nascimentos. As perdas, devido à recusa ou à impossibilidade de localizar a mãe, ocorreram em 5.8% dos casos (Silva et al., 2001).

Seguimento das coortes

Cinco grupos de peso ao nascimento foram considerados para o seguimento das coortes: muito baixo peso ao nascer (<1500 g), baixo peso ao nascer (1500 g a 2499 g), peso insuficiente ao nascimento (2500 g a 2999 g), peso ao nascimento normal (3000 g a 4249 g) e crianças cujo peso ao nascimento era, pelo menos, dois desvios padrão acima da média da amostra, que ficaram classificadas como alto peso ao nascer (≥ 4250 g).

Como o objetivo primordial das coortes era o de estudar os fatores relacionados ao baixo peso e a prematuridade, assim como seguir a saúde destes participantes, na cidade de Ribeirão Preto/SP, após a exclusão dos mortos no primeiro ano de vida ($n = 48$), a amostra elegível para seguimento permaneceu em 1150 crianças (Todas as crianças de muito baixo peso ao nascer ($<1500\text{g}$), baixo peso ao nascer (1500g a 2499g), alto peso ao nascer ($\geq 4250\text{g}$) e uma em cada 3 das crianças pertencentes às outras faixas de peso (2500g a 2999g e 3000g a 4249g)). Em 2004/5, 790 crianças, com idades escolares entre 09 e 11 anos, foram reexaminadas na cidade, 68,7% da amostra desejada.

Em São Luís/MA, após a exclusão de 65 mortes ocorridas no primeiro ano, o número de crianças passou para 2 378. Nos período de 2005/6, 673 das 926 crianças elegíveis para o estudo, com idades entre 7 e 9 anos, foram reavaliadas, o que correspondeu a 72.7% da amostra estipulada (81 crianças com baixo peso ao nascer (1500g a 2499g), 19 com alto peso ao nascer ($\geq 4250\text{g}$) e 573 com muito baixo peso ao nascer e peso normal).

As perdas, durante o seguimento, ocorreram devido à migração, impossibilidade de localizar algumas crianças, ausências de registros nas escolas e pela recusa em fornecer informações por uma parte dos pais ou responsáveis pelas crianças e pelos funcionários das escolas.

Amostras de 673 crianças (São Luís/MA) e de 790 (Ribeirão Preto/SP) contavam com um poder de 90% de detectar uma diferença mínima de 10% na prevalência das condições estudadas, entre os grupos de expostos e não expostos, com uma probabilidade de 5% de cometer um erro do tipo I.

O segundo exame propôs estudar a saúde respiratória, crescimento físico e cognitivo das crianças, a utilização de serviços de saúde, percepção de saúde geral e bucal e a necessidade de tratamento odontológico.

Para localizar a amostra de escolares pretendida em Ribeirão Preto/SP (2004/5), que se encontravam matriculados em uma das 125 escolas de ensino fundamental, existentes na cidade, o processo de identificação e busca das crianças, para o seguimento da coorte, ocorreu por meio de consulta a um cadastro geral de alunos, que é gerenciado pela Secretaria Estadual da Educação. O cadastro possibilita localizar cada um dos alunos matriculados em qualquer escola pública (estadual e municipal) ou particular, localizada no município, apontando diversas informações importantes como o nome completo do aluno e dos pais, data

do nascimento e endereço, escola, série e sala onde estuda, entre outras. Uma vez localizada cada criança pertencente à coorte, contatos foram estabelecidos com as famílias para explicação sobre os motivos da reavaliação, solicitando autorização para a realização das diversas etapas do estudo. As avaliações das crianças ocorreram em escolas da rede pública de ensino e no Hemocentro de Ribeirão Preto/SP e, eventualmente, houve a necessidade de uma visita domiciliar, no intuito de minimizar as perdas.

Em São Luís/MA existiam, na época do reexame (2005/6), 432 escolas com ensino fundamental (77 municipais, 89 estaduais, 75 particulares, 86 particulares comunitárias e 105 particulares filantrópicas). A busca pela amostra começou com a obtenção da listagem nas escolas das crianças que estavam frequentando a 1ª e 2ª séries do ensino fundamental, tendo sido, também, fornecidas informações adicionais a respeito da data do nascimento, nome da mãe e endereço residencial. Esses dados puderam ser comparados com a listagem obtida da coorte de 1997, identificando a escola, onde as crianças da pesquisa estavam estudando. Após a localização dessas crianças, cartas foram enviadas para os pais e/ou responsáveis, convidando-os a comparecer ao Hospital Materno Infantil-Hospital Universitário, com os seus respectivos filhos. Para as crianças da coorte original sem condições de identificação, por intermédio da listagem fornecida pela escola, os pesquisadores encontraram como alternativa uma visita ao endereço fornecido pela mãe na época do nascimento da criança.

Amostra complementar de Ribeirão Preto/SP (2008)

Em 2008, no intuito de detalhar algumas informações relacionadas à primeira visita ao cirurgião-dentista por crianças de Ribeirão Preto/SP, mais uma vez os 790 participantes tiveram que ser localizados. Nessa ocasião, o contato aconteceu por meio de um telefone, utilizando como referência o número fornecido anteriormente pela mãe ou responsável pela criança. Os telefonemas ocorreram durante todos os horários e dias da semana, incluindo sábados e domingos, buscando localizar o maior número de crianças possível. Foram localizadas 526 (66,6%) crianças e as perdas sucederam principalmente devido à migração e à mudança do número do telefone pelas mães ou responsáveis. A escassez de tempo, a distância, a mudança

nos números telefônicos e o custo das ligações impossibilitaram a coletas dessas informações para São Luís/MA.

4.3 COLETA DE DADOS

Os organizadores das duas coortes coletaram informações, utilizando questionários pré-testados, tanto nas coortes iniciais como no reexame. A autorização, para participar do estudo, por meio de termo de consentimento (APÊNDICE - A), foi obtida após os pais ou responsáveis serem informados sobre as razões do estudo, deixando claro que os dados seriam mantidos em sigilo e a identidade dos indivíduos resguardada. Após a coleta de dados, as informações passaram a ser codificadas a partir do manual de códigos e incluídas em um banco de dados, por meio do programa Access/2000. Posteriormente, ocorreu a importação dos dados para o programa SAS versão 8.02, onde aconteceu a limpeza de todas as informações.

Na coleta realizada em Ribeirão Preto/SP, no ano de 2008, após as explicações a respeito da necessidade da complementação das informações, foi aplicado um questionário (APÊNDICE - B), por telefone, para as mães ou os responsáveis pelas crianças, sendo, também, reafirmado na ocasião o sigilo das informações e da identidade dos participantes. Os dados, fornecidos, foram duplamente digitados e processados no programa Epi Info 6.04. Depois dessa etapa, a validação dos bancos foi realizada, utilizando-se o recurso “VALIDATE” do Epi Info e, após a limpeza, os dados tiveram como destino o programa SAS versão 8.02.

4.4 VARIÁVEIS ESTUDADAS

Variável Dependente:

O desfecho, avaliado neste estudo, foi a idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, tendo como ponto de corte para classificação binária a idade de seis anos. A escolha, dessa idade, deveu-se ao fato das crianças nessa época possuírem todos os dentes decíduos irrompidos desde a 30ª semana de vida (Sarrell et al., 2005) e, em média, contarem, também, com o primeiro molar permanente, caracterizando a dentição mista (Koch et al., 1995), o que demonstra a importância

de já ter ocorrido o primeiro contato com o cirurgião-dentista, tanto para atividades de prevenção dos principais agravos inerentes à saúde bucal quanto para diagnóstico precoce e tratamento. Foram utilizadas, neste estudo, informações coletadas ao nascimento e durante o seguimento das coortes.

Variáveis independentes relacionadas à idade da primeira visita ao cirurgião-dentista

Das informações ao nascimento, foram incluídas nas análises: variáveis ligadas à mãe (idade, situação conjugal, trabalho fora do lar e número de consultas no pré-natal) e ligadas à criança (sexo). Das informações coletadas no seguimento das coortes, foram incluídas nas análises: variáveis socioeconômicas (número de irmãos, número de pessoas na casa, composição familiar e características de poder de compra baseado no Critério de Classificação Econômica Brasil, proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (2003), o qual pode ser observado no ANEXO A, ligadas à mãe (escolaridade) e variáveis ligadas à criança (cor da pele, experiência de dor de dente, necessidade de tratamento odontológico, plano de saúde nos primeiros três anos, continuidade do plano de saúde e saúde bucal).

Variáveis independentes, relacionadas à idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, coletadas apenas em Ribeirão Preto/SP em 2008

Para um maior detalhamento das informações a respeito da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, foram incluídas na análise as seguintes variáveis relacionadas ao atendimento: local onde ocorreu a primeira consulta odontológica e motivo da primeira visita.

As variáveis dependentes e independentes, avaliadas neste estudo, estão demonstradas na seção de apêndices (APÊNDICE C).

Para guiar a análise estatística, construímos um modelo teórico (diagrama causal) dos fatores que levam a utilização de um serviço de saúde.

Fig. 1 Modelo teórico sobre fatores determinantes da utilização de serviços odontológicos.

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Todas as análises estatísticas levaram em consideração as amostragens complexas realizadas nos seguimentos das coortes. Foram considerados os estratos e calculados pesos para compensar a representatividade dos indivíduos da amostra original. As análises descritivas precederam as bivariadas e estratificadas e, posteriormente, procedeu-se a realização das análises multivariadas. As análises descritivas e bivariadas (Qui-quadrado de Wald) foram realizadas com o programa SAS (versão 9.2) e as multivariadas com o programa SUDAAN callable (versão 10.01), objetivando o cálculo da razão de prevalência (Regressão de Poisson) com estimadores robustos. As análises multivariadas (construção dos modelos) foram realizadas de forma hierárquica (Victora et al., 1997), começando com as variáveis socioeconômicas, variáveis relacionadas à mãe e, posteriormente, com as relacionadas à criança.

O nível de significância, utilizado no estudo, foi de 0,05 e intervalo de confiança de 95%.

4.6 RISCOS E BENEFÍCIOS

O presente estudo não proporcionou risco aos seus participantes, uma vez que apenas trabalhou com informações obtidas verbalmente, não havendo intervenção de qualquer tipo.

Apesar de não haver benefício individual nesse estudo para os seus participantes, é de grande relevância que esses dados sejam analisados, visando a contribuir para melhor entendimento dos determinantes da utilização de serviços odontológicos por crianças. Esses esclarecimentos auxiliarão no entendimento, planejamento e na avaliação da organização dos serviços odontológicos nas duas cidades estudadas, assim como no país.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado inicialmente pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP, processo nº 6828/2004) e do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA, processo nº 3104-476/2005).

A autorização para participar do estudo foi obtida após os pais ou responsáveis terem sido informados sobre as razões deste e informados de que os dados seriam mantidos em sigilo e a identidade dos indivíduos resguardada, sendo a autorização obtida por meio de um termo de consentimento.

Para a utilização dos dados no presente estudo e para a nova coleta de informações realizada em 2008, o projeto de pesquisa foi submetido, mais uma vez, ao Comitê de Ética em Pesquisa HC-FMRP-USP (processo nº 11614/2008) para a devida análise, recebendo parecer favorável à sua execução e estando de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual trata de pesquisa em seres humanos (ANEXO B).

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Em Ribeirão Preto/SP, comparando as crianças elegíveis para participar do seguimento do estudo com as que participaram inicialmente, houve um percentual menor de participação para as crianças filhas de mães com menos de 20 anos ($p=0,005$), que moravam com o parceiro ($p<0,001$) e de mães que possuíam até quatro anos de estudo ($p<0,001$), não existindo diferença significativa em relação ao número de filhos ($p=0,361$) e ao sexo da criança ($p=0,714$). Para São Luís/MA, os filhos de mães, que possuíam doze ou mais anos de estudo ($p<0,001$), primíparas ($p=0,049$) e crianças do sexo masculino ($p=0,001$) participaram menos do seguimento. No entanto, não ocorreu diferença estatisticamente significativa em relação à idade materna ($p=0,350$) e à situação conjugal ($p=0,670$) (Tabela 1).

Tabela 1- Comparação das características dos indivíduos que participaram ao nascimento e no seguimento das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

	Ribeirão Preto				p^*	São Luís				p^*
	N inicial	N Elegíveis	N Final	% Final.		N inicia	N Elegíveis	N Final	% Final	
Idade da mãe										
20-34	2051	832	563	67,7	0,005	1577	610	442	72,5	0,350
≥35	265	114	94	82,5		101	41	32	78,0	
<20	487	202	131	64,9		698	274	199	72,6	
Perdas	7	2	2	85,7		2	1	0	0,0	
Situação conjugal										
Casada	1664	666	489	73,5	<0,001	695	266	199	74,8	0,670
Com Parceiro	690	291	158	54,2		1107	437	314	71,9	
Sem Parceiro	338	147	106	72,1		575	223	160	71,7	
Perdas	118	46	37	80,4		1	0	0	0,0	
Escolaridade da mãe (anos)										
≥ 12	367	145	93	64,3	<0,001	119	46	14	30,4	<0,001
9-11	607	246	170	69,2		841	324	255	78,7	
5-8	1028	416	304	73,1		1007	397	301	75,8	
≤ 4	618	267	158	59,1		405	157	103	65,6	
Perdas	190	76	65	85,2		6	2	0	0,0	
Número de filhos										
1	1148	467	313	67,0	0,361	1156	457	316	69,1	0,049
2-4	1474	600	423	70,5		1119	424	321	75,7	
≥5	160	73	46	63,0		103	45	36	80,0	
Perdas	28	10	8	80,0		0	0	0	0,0	
Sexo										
Masculino	1425	581	402	69,2	0,714	1295	509	348	68,4	0,001
Feminino	1384	569	388	68,2		1083	417	325	77,9	
Perdas	1	0	0	0,0		0	0	0	0,0	
Total	2810	1150	790	68,7		2378	926	673	72,7	

* Valor de p de Wald

A Tabela 2 apresenta as análises descritivas das características gerais das crianças participantes das duas coortes. Em relação às características sócio-demográficas, Ribeirão Preto/SP e São Luís/MA apresentaram percentuais maiores de indivíduos do sexo masculino, tendo sido 50,7% (EP=1,9) na primeira cidade citada e 51,7% (EP=2,0) na segunda. Referente à cor da pele das crianças, São Luís/MA demonstrou um número maior de negros/pardos (76,6%, EP= 1,7) e em Ribeirão Preto/SP, o maior valor foi de brancos/amarelos (57,7%, EP=1,9). Levando em consideração à composição familiar, 70,1% (EP=1,8) das crianças de Ribeirão Preto/SP residiam com o pai e com a mãe, já em São Luís/MA apenas 51,6% (EP=2,0).

No que se refere ao critério de classificação econômica ABEP, São Luís/MA apresentou percentual muito maior de crianças inseridas nas famílias de classes D e E (50,7%, EP=2,1) e Ribeirão Preto/SP inseridas na classe C (44,9%, EP=2,0).

Dados referentes à saúde bucal demonstraram que, em São Luís/MA, a maioria das mães percebia a saúde bucal de seus filhos como ruim/muito ruim (65,6%, EP=1,9), enquanto, em Ribeirão Preto/SP, percebia como razoável (38,5%, EP=1,9). No que condiz à experiência de dor de dente, 32,5% (EP=1,8) das mães das crianças de Ribeirão Preto/SP relataram que seus filhos já tinham vivenciado tal situação e 34,0% (EP=1,8) necessitavam de tratamento odontológico, restauração, extração ou canal, sendo esses valores mais expressivos para São Luís/MA, onde 56,7% (EP= 2,0) das mães relataram experiência de dor de dente nos seus filhos e 61,7% (EP=2,0) a necessidade de tratamento odontológico (Restauração/extrações/canal).

A variável posse de plano de saúde, nos primeiros três anos de vida, resultou em um percentual positivo para 12,3% (EP=1,3) das crianças de São Luís/MA, menor do que o encontrado para Ribeirão Preto/SP (53,3%, EP=1,9). Percentuais diferentes foram identificados, também, para a variável continuidade de plano de saúde, onde observamos que 31,2% (EP=1,8) das crianças de Ribeirão Preto/SP sempre possuíam plano de saúde e em São Luís/MA somente 5,6% (EP=0,9).

Tabela 2- Análise descritiva das características gerais das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

	Ribeirão Preto			São Luís		
	N	%*	EP†	N	%*	EP†
Sexo						
Masculino	402	50,7	1,9	348	51,7	2,0
Feminino	388	49,3	1,9	325	48,3	2,0
Cor da pele ‡						
Branco ou Amarelo	455	57,7	1,9	158	23,4	1,7
Negros e Pardos	335	42,3	1,9	513	76,6	1,7
Nº de irmãos‡						
0	141	16,4	1,4	176	25,6	1,8
1	311	39,9	1,9	263	39,4	2,0
2	207	26,6	1,7	149	22,3	1,7
> 3	131	17,1	1,5	85	12,6	1,3
Nº de pessoas na casa‡						
1 – 3	138	16,9	1,4	86	11,9	1,3
4 – 6	565	71,8	1,7	414	62,5	1,9
> 6	87	11,3	1,2	173	25,6	1,8
Composição familiar ‡						
Mãe e pai	545	70,1	1,8	346	51,6	2,0
Mãe sem pai	142	18,0	1,5	165	24,2	1,7
Mãe com padrasto	63	7,5	1,0	60	9,3	1,2
Pai sem mãe	20	2,3	0,6	33	4,7	0,8
Sem pai e sem mãe.	20	2,1	0,5	67	10,1	1,2
ABEP‡						
A1/A2/B1	116	15,3	1,4	13	1,4	0,5
B2	139	18,6	1,5	25	3,6	0,8
C	335	44,9	2,0	275	44,3	2,1
D/E	165	21,3	1,6	315	50,7	2,1
Saúde Bucal ‡						
Excelente/muito boa	215	26,8	1,7	60	9,2	1,2
Razoável	305	38,5	1,9	174	25,2	1,7
Ruim/muito ruim	270	34,7	1,8	439	65,6	1,9
Experiência de dor de dentes‡						
Não	540	67,5	1,8	292	43,3	2,0
Sim	245	32,5	1,8	376	56,7	2,0
Necessidade de tratamento odontológico ‡ (Restauração/extrações/canal)						
Não	510	66,0	1,8	258	38,3	2,0
Sim	266	34,0	1,8	403	61,7	2,0

Continuação

Conclusão

Tabela 2- Análise descritiva das características gerais das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/ (2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

Ribeirão Preto				São Luís		
	N	%*	EP†	N	%*	EP†
Plano Saúde (Primeiros 3 anos) ‡						
Não	369	46,7	1,9	582	87,7	1,3
Sim	420	53,3	1,9	90	12,3	1,3
Continuidade Plano Saúde‡						
Sempre teve	251	31,2	1,8	41	5,6	0,9
Tinha e perdeu	169	22,0	1,6	49	6,7	1,0
Não tinha e adquiriu 6 meses	47	6,1	0,9	27	3,7	0,8
Nunca teve	322	40,5	1,9	555	84,0	1,5

* = Porcentagem Ponderada

†= Erro Padrão

‡ = Informações obtidas no seguimento da coorte.

De acordo com a tabela 3, em relação às características sociodemográficas, podemos observar que tanto em Ribeirão Preto /SP (72,3%, EP=1,7) quanto em São Luís/MA (66,0%, EP=1,9) ocorreu um maior percentual de mães na faixa etária entre 20 - 35 anos de idade. O grau de escolaridade, que foi categorizado como superior/pós-graduação, apresentou, dentre as categorias, a porcentagem menor em São Luís/MA (1,6%, EP=2,5), enquanto em Ribeirão Preto/SP o menor percentual foi referente à categoria que nunca frequentou escola (7,8%, EP=1,0). Em relação à situação conjugal, 30,0%, (EP=1,8) das mães, em São Luís/MA, eram casadas e 78,8%, (EP=1,6) das mães trabalhavam fora do lar. Em Ribeirão Preto/SP, 65,8% (EP=1,9) das mães eram casadas e 62,0% (EP=1,9) trabalhavam fora do lar.

Os achados, relacionados aos cuidados e hábitos saudáveis das mães, mostraram que 20,1% (EP= 1,6) das mães de São Luís/MA não realizaram ou realizaram até 3 consultas durante o pré-natal. Percentual menor de 5,7% (EP=0,9) foi notado em relação à Ribeirão Preto/SP.

Tabela 3- Características gerais das mães das crianças das coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP, de 1994/(2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

	Ribeirão Preto			São Luís		
	N	%*	EP†	N	%*	EP†
Idade da mãe						
< 20						
20-35	131	16,3	1,4	199	29,5	1,8
≥35	563	72,3	1,7	442	66,0	1,9
	94	11,4	1,2	32	4,5	0,8
Escolaridade da mãe ‡						
Nunca Frequentou						
Primário Completo	62	7,8	1,0	42	6,7	1,0
Ginásio Completo	283	36,1	1,9	181	27,8	1,0
Ensino Médio	164	21,7	1,6	154	23,3	1,7
Superior/Pós-Graduação	194	24,6	1,7	266	40,5	2,0
	79	9,8	1,1	12	1,6	2,5
Situação Conjugal						
Casada	489	65,8	1,9	199	30,0	1,8
Com Parceiro	158	20,6	1,6	314	46,0	2,0
Sem Parceiro	106	13,6	1,4	160	24,0	1,7
Trabalho materno fora do lar						
Não	287	38,0	1,9	140	21,2	1,6
Sim	469	62,0	1,9	533	78,8	1,6
Nº de consultas pré-natal						
0-3 consultas	46	5,7	0,9	138	20,1	1,6
4-5	109	14,6	1,4	180	28,1	1,8
≥6	561	79,8	1,6	342	51,7	2,0

* = Porcentagem Ponderada

†= Erro Padrão

‡ = Informações obtidas no seguimento da coorte.

IDADE DA PRIMEIRA VISITA AO CIRURGIÃO-DENTISTA

Em Ribeirão Preto/SP, 34,1% (EP = 1,9) das crianças não tinham visitado um cirurgião-dentista até os seis anos de idade e 4% (EP = 0,8) da população nunca tinham ido ao cirurgião-dentista (Gráfico 1). Para São Luís/MA, esses percentuais foram de 35,5% (EP = 2,2) e de 28,4% (EP = 2,0) (Gráfico 2).

Gráfico 1- Idade da primeira visita ao dentista para Ribeirão Preto/SP.

Gráfico 2- Idade da primeira visita ao dentista para São Luís/MA.

ANÁLISE BIVARIADA

Em relação à idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, a cidade de Ribeirão Preto/SP apresentou um percentual de 9,7% (EP=1,4) de indivíduos que não sabiam ou não possuíam essa informação e em São Luís/MA esse valor foi de 19,7% (EP=1,6). Analisando a tabela 4, verificamos que a perda dessa informação, para Ribeirão Preto/SP, não apresentou significância, já que ocorreu uniformemente entre as categorias. Para São Luís/MA, houve diferença significativa em relação ao poder de compra dos participantes, ocorrendo maior número de perdas desse dado entre os indivíduos pertencentes às classes sociais mais desfavoráveis ($p=0,0110$).

Tabela 4- Comparações entre os indivíduos que tinham informação sobre a idade da primeira visita ao dentista com os indivíduos que não sabiam ou não possuíam essa informação durante o seguimento das coortes.

	Total	Ribeirão Preto %*	EP [†]	p [‡]	Total	São Luís %*	EP [†]	p [‡]
Sexo								
Masculino	402	10,7	1,7	0,3642	348	18,0	2,2	0,2954
Feminino	388	8,6	1,5		325	21,4	2,4	
Cor da pele§								
Brancos /Amarelos	455	10,7	1,6	0,2854	158	23,6	3,5	0,1804
Negros /Pardos	335	8,3	1,6		513	18,3	1,8	
Número de Irmãos§								
0	141	10,3	2,7	0,4968	176	21,7	3,3	0,8233
1	311	11,5	2,0		263	19,6	2,5	
2	207	7,3	2,0		149	17,3	3,2	
≥3	131	8,8	2,6		85	19,9	4,4	
Nº Pessoas na casa§								
1-3	138	9,1	2,7	0,5870	86	20,7	4,8	0,5595
4-6	565	9,2	1,3		414	20,6	2,1	
>6	87	13,4	3,9		173	16,9	2,9	
Composição familiar§								
Mãe e pai	545	9,2	1,3	0,5960	346	21,0	2,3	0,8151
Mãe sem pai	142	9,0	2,7		165	17,3	3,1	
Mãe com padastro	63	9,2	4,1		60	17,6	4,9	
Pai sem mãe	20	28,8	11,2		33	23,7	7,8	
Sem pai e sem mãe.	20	12,8	8,3		67	20,1	5,1	
ABEP §								
A1/A2/B1	116	10,7	3,1	0,8905	13	13,2	11,3	0,0110
B2	139	9,4	2,7		25	4,8	4,7	
C	335	10,1	1,8		275	24,2	2,7	
D/E	165	8,2	2,3		315	17,2	2,2	

Continuação

Conclusão

Tabela 4- Comparações entre os indivíduos que tinham informação sobre a idade da primeira visita ao dentista com os indivíduos que não sabiam ou não possuíam essa informação durante o seguimento das coortes

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	%*	EP [†]	p [‡]	Total	%*	EP [†]	p [‡]
Saúde Bucal §								
Excelente/muito boa	215	11,2	2,3	0,7385	60	25,4	5,8	0,4363
Razoável	305	9,1	1,8		174	17,1	3,0	
Ruim/muito ruim	270	9,2	1,9		439	19,8	2,0	
Experiência de dor de dentes§								
Não	540	10,0	1,4	0,7154	292	21,6	2,5	0,2062
Sim	245	9,2	2,0		376	17,5	2,0	
Continuidade plano saúde§								
Sempre teve	251	7,4	1,8	0,4046	41	21,1	6,9	0,8639
Tinha e perdeu	169	9,1	2,4		49	24,2	6,5	
Não tinha e adquiriu 6 meses	47	9,2	4,5		27	21,9	8,6	
Nunca teve	322	11,9	2,0		555	19,0	1,7	
Idade da mãe								
< 20	131	12,0	3,1	0,5662	199	15,8	2,7	0,0786
20-35	563	8,9	1,3		442	20,2	2,0	
≥35	94	11,5	3,5		32	36,8	9,1	
Escolaridade da mãe§								
Nunca frequentou	62	13,8	4,7	0,8538	42	28,5	7,3	0,2887
Primário Completo	283	10,2	1,9		181	15,5	2,8	
Ginásio Completo	164	8,3	2,4		154	20,2	3,4	
Ensino médio	194	8,8	2,3		266	18,2	2,5	
Superior/ Pós-Graduação	79	8,7	3,2		12	41,4	15,6	
Número de consultas pré-natal								
0-3 consultas	46	7,0	3,9	0,7862	138	15,6	3,3	0,3406
4-5	109	10,5	3,2		180	21,9	3,2	
≥6	561	9,6	1,3		342	20,6	2,3	

*= Porcentagem Ponderada

†= Erro Padrão

‡= Valor de *p* de Wald

§ = informação obtida no seguimento da coorte

Para Ribeirão Preto/SP, a não realização da primeira visita ao cirurgião-dentista, até os seis anos de idade, foi significativamente maior entre as crianças negras/pardas ($p = 0,0064$), as que possuíam três ou mais irmãos ($p = 0,0029$), pertencentes às famílias mais numerosas ($p = 0,0009$) e às classes econômicas menos favorecidas ($p < 0,0001$). Além dessas variáveis citadas, também ocorreu

associação significativa para a percepção de saúde bucal, relatada pela mãe ou responsável, como ruim/muito ruim ($p = 0,0022$), maior experiência de dor de dente ($p = 0,0006$), maior necessidade de tratamento odontológico, como restauração, extrações ou canal ($p < 0,0001$), com crianças que não tinham plano de saúde nos primeiros três anos de vida ($p < 0,0001$) e com as que nunca possuíam plano de saúde ($p < 0,0001$) (Tabela 5).

Em relação a cidade de São Luís/MA, o sexo, a cor da pele, a percepção de saúde bucal e a necessidade de tratamento odontológico (Restauração extrações, canal) não apresentaram associação estatisticamente significativa com as crianças que ainda não tinham visitado o cirurgião-dentista até os seis anos. A associação foi verificada com: maior número de irmãos ($p = 0,0009$), maior número de pessoas na casa ($p = 0,0440$), com as pertencentes às classes de extrato econômico desfavorável ($p = 0,0009$), com nenhuma experiência de dor de dente ($p = 0,0203$), com as que não possuíam plano de saúde nos primeiros três anos ($p < 0,0001$) e, também, nunca tinham adquirido plano de saúde durante a vida ($p < 0,0001$) (Tabela 5).

Tabela 5- Análise das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade e percepção de saúde bucal, dor e necessidade de tratamento odontológico, relatados pela mãe ou responsável nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	%*	EP [†]	$p^{\ddagger}$	Total	%*	EP [†]	$p^{\ddagger}$
Sexo								
Masculino	360	33,7	2,7	0,8316	287	39,4	3,0	0,0513
Feminino	355	34,6	2,7		256	31,1	3,0	
Cor da pele §								
Brancos/Amarelos	408	29,5	2,4	0,0064	122	35,3	4,6	0,9593
Negros /Pardos	307	40,3	3,1		420	35,6	2,4	
Número de irmãos§								
0	125	30,0	4,6	0,0029	140	30,5	4,2	0,0009
1	278	27,9	2,9		212	28,6	3,2	
2	193	36,1	3,8		125	41,6	4,6	
≥ 3	119	49,2	4,9		66	55,7	6,3	
Nº de pessoas na casa §								
1 – 3	127	26,2	4,2	0,0009	71	28,1	5,8	0,0440
4 – 6	513	32,8	2,2		330	33,1	2,7	
> 6	75	55,6	6,2		142	44,2	4,3	

Continuação

Conclusão

Tabela 5- Análise das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade e percepção de saúde bucal, dor e necessidade de tratamento odontológico, relatados pela mãe ou responsável nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	%*	EP [†]	p [‡]	Total	%*	EP [†]	p [‡]
Composição familiar§								
Mãe e pai	495	22,6	1,7	0,0753	274	34,4	3,0	0,9192
Mãe sem pai	131	5,9	0,9		137	33,6	4,3	
Mãe com padrasto	58	3,3	0,7		50	36,4	7,0	
Pai sem mãe	14	1,1	0,4		26	39,5	10,2	
Sem pai e sem mãe.	17	1,3	0,5		54	40,2	7,0	
ABEP §								
A1/A2/B1	104	10,4	3,2	<0, 0001	11	13,9	12,8	0, 0009
B2	127	23,2	4,0		24	16,9	8,1	
C	301	37,7	3,0		207	27,0	3,2	
D/E	151	53,6	4,5		264	42,0	3,2	
Saúde Bucal §								
Excelente/muito boa	191	26,6	3,5	0,0022	45	23,3	6,4	0,1364
Razoável	279	31,0	3,0		145	34,3	4,2	
Ruim/muito ruim	245	43,3	3,4		353	36,5	2,7	
Experiência de dor de dentes§								
Não	488	29,2	2,2	0, 0006	232	41,3	3,4	0, 0203
Sim	222	43,8	3,6		309	31,1	2,7	
Necessidade de tratamento odontológico (Restauração /extrações/ canal) §								
Não	459	27,1	2,3	<0, 0001	197	36,2	3,6	0, 6810
Sim	247	47,5	3,5		338	34,3	2,7	
Plano de Saúde (Primeiros 3 anos) §								
Não	325	45,6	3,0	<0,0001	474	39,1	2,3	<0,0001
Sim	389	24,2	2,4		69	8,5	3,6	
Continuidade plano saúde§								
Sempre teve	234	14,3	2,5	<0,0001	33	11,0	6,0	<0,0001
Tinha e perdeu	155	38,6	4,2		36	6,3	4,3	
Não tinha e adquiriu 6 meses	43	42,4	8,2		22	29,9	10,6	
Nunca teve	282	46,1	3,2		452	39,5	2,4	

*= Porcentagem Ponderada

†= Erro Padrão

‡= Valor de p de Wald

§ = informação obtida no seguimento da coorte

Os dados, obtidos para Ribeirão Preto/SP, mostraram que não visitar, pela primeira vez, o cirurgião-dentista até seis anos de idade está associado com determinadas características das mães, como: menor escolaridade ($p < 0,0001$), morar junto com o companheiro ($p < 0,0001$), não trabalhar fora do lar ($p = 0,0112$) e não ter realizado ou ter feito poucas (0 – 3) consultas durante o acompanhamento pré-natal ($p = 0,0003$) (Tabela 6).

Para São Luís/MA, observamos, também, uma associação com a baixa escolaridade da mãe ($p < 0,0001$) e, diferente de Ribeirão Preto/SP, obteve associação com mães em idades mais jovens ($p = 0,0128$) (Tabela 6).

Tabela 6- Análise das características das mães das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade nas coortes, de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005) e São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

	Ribeirão Preto				São Luís			
	Total	%*	EP [†]	p [‡]	Total	%*	EP [†]	p [‡]
Idade da mãe								
< 20	115	30,2	4,6	0,6257	169	45,0	4,0	0,0128
20-35	517	35,2	2,3		352	30,8	2,6	
≥35	81	34,0	5,7		22	38,9	11,3	
Escolaridade da Mãe §								
Nunca frequentou	53	69,7	6,7	<0,0001	31	64,1	9,0	<0,0001
Primário completo	255	45,1	3,4		153	49,5	4,2	
Ginásio completo	152	30,6	4,0		124	30,2	4,3	
Ensino Médio **	178	18,9	3,2		225	22,2	2,9	
Superior /Pós-Graduação	71	8,1	3,6		---	---	---	
Situação Conjugal da mãe								
Casada	442	39,7	2,5	<0,0001	153	50,9	4,2	0,4691
Mora junto	136	62,6	4,5		255	57,5	3,3	
Sem Companheiro	101	41,3	5,4		135	55,8	4,5	
Trabalho materno fora do lar								
Não	420	37,5	2,6	0,0112	431	37,1	2,4	0,1265
Sim	262	27,4	3,0		112	29,3	4,4	
Número de consultas pré-natal								
0-3 consultas	42	66,8	8,2	0,0003	117	42,9	4,8	0,1358
4-5	98	41,3	5,5		141	36,5	4,2	
≥6	508	29,5	2,2		273	31,7	2,9	

*= Porcentagem Ponderada

†= Erro Padrão

‡= Valor de p de Wald

§ = informação obtida no seguimento da coorte

**= As categorias ensino médio e superior/pós-graduação foram transformadas para São Luís/MA em apenas uma, devido ao pouco número de participantes em cada um desses estratos.

Análise bivariada das variáveis, relacionadas à primeira visita odontológica, coletadas para a amostra de Ribeirão Preto/SP em 2008.

Para a cidade de Ribeirão Preto/SP, a escola ($p = 0,0051$), como primeiro local de atendimento odontológico e as ações de controle e prevenção da saúde bucal ($p = 0,0057$), como sendo o principal motivo da primeira consulta odontológica, obtiveram associações estatisticamente significantes com as crianças que não visitaram, pela primeira vez, um cirurgião-dentista com seis ou menos anos de idade.

Tabela 7- Análise das características relacionadas à primeira consulta odontológica das crianças que não foram ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005).

	Total	%*	Ribeirão Preto EP [†]	p [‡]
Local da primeira consulta §				
Escola	121	35,8	4,5	0,0051
Creche	17	2,9	1,7	
Posto de saúde	97	27,1	4,2	
Particular	187	27,1	4,2	
Faculdade	27	6,1	2,3	
Outros	9	1,0	1,0	
Motivo da primeira consulta §				
Controle/Prev/Selante	216	36,7	4,6	0,0057
Flúor	24	3,3	1,5	
Dor	32	10,4	2,8	
Trauma	36	5,8	2,2	
Cárie	96	31,8	4,4	
Ortodontia	23	7,5	2,1	
Outros	26	3,6	1,7	
Não Sabe	4	1,0	0,9	

*= Porcentagem Ponderada

†= Erro Padrão

‡= Valor de p de Wald

§ = informação obtida no seguimento da coorte

ANÁLISE MULTIVARIADA

De acordo com a análise multivariada, não visitar o cirurgião-dentista, pela primeira vez, até os seis anos de idade, encontrou associação significativa para Ribeirão Preto/SP com crianças que não residiam com os pais ($p=0,0005$), não possuíam plano de saúde, mas adquiriram nos últimos seis meses ($p=0,0260$), filhas de mães com idade igual ou superior a trinta e cinco anos ($p=0,0485$), que não realizaram ou fizeram, no máximo, 3 consultas durante o pré-natal ($p=0,0319$) e que nunca frequentaram a escola ($p=0,0080$).

Tabela 8- Análise multivariada das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005).

Ribeirão Preto			
	RP*	IC 95%†	P‡
ABEP§			
A1/A2/B1	1,00		0,6174
B2	0,96	0,43- 2,14	
C	1,23	0,59 - 2,58	
D e E	1,27	0,59-2,73	
Nº Pessoas na casa§			
1-3	1,00		0,4704
4-6	1,23	0,85 - 1,78	
≥6	1,31	0,83 - 2,07	
Composição familiar§			
Mãe e pai	1,00		0,0005
Mãe sem pai	0,87	0,64 – 1,20	
Mãe com padastro	1,16	0,78 – 1,72	
Pai sem mãe	1,39	0,78 – 2,49	
Sem pai e sem mãe.	2,38	1,56 – 3,62	
Idade da mãe			
< 20	1,00		0,0485
20-35	1,43	0,99- 2,07	
≥35	1,83	1,12 - 2,99	
Número de consultas pré-natal			
0-3 consultas	1,00		0,0319
4-5	0,64	0,43 – 0,95	
≥6	0,64	0,45 - -0,90	

Continuação

Conclusão

Tabela 8- Análise multivariada das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade na coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto, SP 1994/(2004 -2005).

Ribeirão Preto			
	RP*	IC 95%†	P‡
Escolaridade da mãe§			
Nunca frequentou	1,00		0,0080
Primário Completo	0,83	0,60 - 1,14	
Ginásio Completo	0,57	0,38 - 0,87	
Ensino médio	0,48	0,29 - 0,80	
Superior/ Pós-Graduação	0,12	0,02 - 0,77	
Continuidade plano saúde§			
Sempre teve	1,00		0,0260
Tinha e perdeu	2,04	1,25 - 3,31	
Não tinha e adquiriu 6 meses	2,25	1,18 - 4,30	
Nunca teve	1,92	1,17 - 3,12	
Sexo			
Masculino	1,00		0,5490
Feminino	1,08	0,85 - 1,37	
Cor da pele§			
Branco /Amarelos	1,00		0,7710
Negros /Pardos	1,04	0,82-1,31	
Saúde Bucal §			
Excelente/muito boa	1,00		0,3201
Razoável	0,80	0,58 - 1,11	
Ruim/muito ruim	0,95	0,70 - 1,28	

*= Razão de Prevalência

†= Intervalo de Confiança

‡= Valor de p de Wald

§ = informação obtida no seguimento da coorte

Para São Luís/MA, as variáveis referentes ao poder de compra e à escolaridade da mãe sofreram mudanças nas categorizações, isso devido ao pequeno número de participantes nos dois primeiros estratos do ABEP e nas categorias de maior escolaridade, o que dificultava a análise estatística.

Para a supracitada capital, o retardo da primeira visita ao cirurgião dentista, para idades superiores a seis anos, foi estatisticamente maior para as crianças que possuíam três ou mais irmãos (p = 0,0296) e para aquelas que não relataram

experiência anterior de dor de dentes ($p = 0,0001$). Além disso, a escolaridade da mãe se mostrou negativa e estatisticamente associada ao retardo da primeira visita ao cirurgião-dentista ($p = 0,0061$). A ausência de plano de saúde ($p = 0,0480$), também, mostrou relação significativa com o retardo da primeira visita, apesar da inclusão do valor 1 nos intervalos de confiança. Para essa variável, foi testada a tendência linear e, ao final, foi confirmada essa tendência ($p = 0,0052$).

Tabela 9- Análise multivariada das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

São Luís			
	RP*	IC 95% [†]	P [‡]
ABEP§			
A1/ A2/ B1/B2.	1,00		
C	0,81	0,37 - 1,78	0,6050
D e E	0,94	0,43 – 2,05	
Número de irmãos§			
0	1,00		
1	1,01	0,66 - 1,52	0,0296
2	1,42	0,92 - 2,20	
≥3	1,63	1,04 - 2,53	
Composição familiar§			
Mãe e pai	1,00		
Mãe sem pai	1,08	0,78 – 1,50	0,9081
Mãe com padrasto	0,94	0,60 – 1,48	
Pai sem mãe	0,90	0,42 – 1,95	
Sem pai e sem mãe.	1,23	0,75 – 2,02	
Idade da mãe			
< 20	1,00		
20-35	0,80	0,61 - 1,05	0,2393
≥35	0,96	0,55 - 1,68	
Número de consultas pré-natal			
0-3 consultas	1,00		
4-5	0,93	0,68 – 1,29	0,8436
≥6	0,92	0,67 – 1,24	
Escolaridade da mãe§			
Nunca frequentou	1,00		
Primário Completo	0,81	0,54 - 1,22	0,0061
Ginásio Completo	0,54	0,34 - 0,86	
Ensino médio/ Superior/ Pós-Graduação	0,50	0,31 - 0,83	

Continuação

Conclusão

Tabela 9- Análise multivariada das características das crianças que não foram, pela primeira vez, ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade na coorte de nascidos vivos de São Luís, MA, 1997/(2005 – 2006).

São Luís			
	RP*	IC 95% [†]	P [‡]
Continuidade plano saúde§			
Sempre teve	1,00		
Tinha e perdeu	0,37	0,04 - 3,71	0,0480
Não tinha e adquiriu 6 meses	2,33	0,48 - 11,29	
Nunca teve	3,37	0,90 – 12,51	
Sexo			
Masculino	1,00		
Feminino	0,81	0,62 – 1,06	0,1222
Cor da pele§			
Brancos /Amarelos	1,00		
Negros /Pardos	0,96	0,71 - 1,31	0,8113
Saúde Bucal §			
Excelente/muito boa			
Razoável	1,00		
Ruim/muito ruim	1,18	0,66 - 2,11	0,2709
	1,44	0,83 - 2,50	
Experiência de dor de dentes§			
Não	1,00		
Sim	0,58	0,45 - 0,76	0,0001

*= Razão de Prevalência

†= Intervalo de Confiança

‡= Valor de *p* de Wald

§ = informação obtida no seguimento da coorte

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou utilizar recursos da epidemiologia, no intuito de auxiliar na compreensão dos fatores relacionados à idade da primeira visita ao cirurgião-dentista. Os dados, aqui relatados, podem ser úteis para o planejamento, a definição de programas e a formulação de políticas públicas de saúde bucal, voltadas ao público infantil no país.

Nesse trabalho, verificamos que 34,1% (EP=1,9) das crianças, pertencentes à amostra de Ribeirão Preto/SP, e 35,5% (EP=2,2), dos participantes de São Luís/MA, não tinham visitado um cirurgião-dentista até os seis anos de idade. A partir de tais achados, não foi possível observar discrepância expressiva entre as duas cidades, o que difere dos analisados por outros autores, os quais apresentaram relação desfavorável para os Estados do Nordeste do Brasil (Barros, Bertoldi, 2002; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003; Pinheiro et al., 2006; Pinheiro, Torres, 2006). Uma provável explicação, para a discordância entre os resultados, pode ser as diferenças metodológicas inerentes ao tipo de estudo ou ao processo de amostragem, empregados no presente estudo, em comparação com os demais, ou, ainda supostamente, o incentivo financeiro proveniente do Ministério da Saúde nos últimos anos, na busca pela melhoria das condições de saúde bucal da população (Brasil, 2004).

Além das informações não ressaltarem marcantes diferenças regionais, os dados, encontrados nas duas cidades, foram mais baixos que os relatados a partir de informações nacionais, provenientes da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, os quais demonstraram que 77,1% das crianças de 0-6 anos nunca haviam sido consultadas por um cirurgião-dentista (Barros, Bertoldi, 2002). Tomando como base a idade de quatro anos, encontramos que 58,9% da amostra de Ribeirão Preto/SP e 73% das crianças de São Luís/MA ainda não tinham buscado o profissional de saúde bucal, resultados também menores ao demonstrado, de acordo com a PNAD, em 2003, que foi de 81,9% (Pinheiro, Torres, 2006) e com a PNAD, em 2008, que apresentou o valor referente a 77,9% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008).

Os percentuais inferiores, nas amostras em questão, podem ter, possivelmente, como uma das explicações, a ampliação da atenção à saúde bucal

pelo Ministério da Saúde, por meio da inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa medida tentou viabilizar a proposta da atenção odontológica na primeira infância e objetivou a diminuição da necessidade de ações especializadas e complexas na dentição permanente, tendo em vista que apontava para importantes mudanças na organização dos serviços e no processo de trabalho, privilegiando ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde dos indivíduos e da família (Matos, Tomita, 2004).

Outra explicação pode constar no fato dos dados, provenientes da PNAD, serem referentes às regiões do país e não, apenas, às cidades especificamente. Aqui, estudamos São Luís/MA, capital do Maranhão, e Ribeirão Preto/SP, cidade portadora de características socioeconômicas favoráveis dentro do Estado de São Paulo. Apesar de não existir estudos específicos sobre utilização de serviços odontológicos, em Ribeirão Preto/SP, uma pesquisa, que abordou as condições de acesso a serviços de saúde, evidenciou que a população infantil, quando comparada com a população adulta, apresentava os mais elevados índices de procura e utilização de serviços médicos e os menores índices de pessoas sem atendimento, sugerindo uma maior atenção das mães em relação à saúde dos seus filhos e uma disponibilidade dos serviços de saúde nessa cidade (Quartaroli et al., 2002).

Cabe ressaltar aqui que, embora os percentuais de crianças, que não visitaram o cirurgião-dentista até os seis anos, tenham sido mais baixos que os identificados em alguns estudos nacionais, citados anteriormente, estes valores ainda permanecem preocupantes e maiores, quando comparados à literatura internacional. Por exemplo, dados canadenses apontam um percentual de apenas 3,1% das crianças que foram ao cirurgião-dentista depois dos cinco anos de idade (Ismail, Sohn, 2001). Outro estudo, realizado nos Estados Unidos, considerando como ponto de corte a idade de 3 anos, mostrou um valor de 31% de crianças que já tinham visitado um consultório odontológico (Slayton et al., 2002). Assim, é importante considerar, na comparação destes resultados, as diferenças existentes nos modelos de sistemas de serviços de saúde desses países, bem como, os fatores socioeconômicos da população, que podem interferir na obtenção de resultados mais favoráveis.

Outra questão, a ser destacada, consiste no número de crianças, que nunca foram ao cirurgião-dentista, o qual, na coorte de Ribeirão Preto, foi de 4% e, em São Luís, de 28,4%. Tais valores, embora sejam muito diferentes, não são passíveis de

comparação, visto que, na primeira cidade, as crianças foram acompanhadas por um período maior de tempo em relação à segunda. No entanto, vale destacar a importância de se conhecer os referidos percentuais, na medida em que, muitas vezes, indicam aspectos negativos relacionados à falta de acesso, podendo revelar a ausência de uma política de incentivo e apoio às medidas de atenção odontológica precoce (Pinheiro, Torres, 2006; Kramer et al., 2008). Tal ausência de estímulo pôde ser percebida por Silva (2007), quando concluiu que a organização da atenção odontológica infantil, em São Luís/MA, estava voltada para a dentição permanente e o atendimento odontológico concentrado na faixa etária de seis a doze anos, pois levando em consideração as 41 unidades de saúde estudadas, localizadas na cidade, apenas 19 forneciam atendimento para a faixa etária de zero a três anos.

Diante de tal fato, é relevante pensar, também, que, além dos aspectos inerentes a organização dos serviços de saúde, o perfil dos profissionais pode exercer influência na decisão das mães, em buscar o atendimento odontológico para os seus filhos. Esse pensamento provém da informação divulgada por Siegal et al. (2005), a partir da qual foi visto que, na sua população de estudo, somente 7% dos cirurgiões-dentistas generalistas disponibilizavam atendimento clínico para crianças de 0 – 5 anos de idade. Além disso, Moysés (2003) alertou sobre a necessidade dos profissionais da Odontologia assumirem uma postura de responsabilidade social em relação a uma população que não utiliza ou faz uso de forma irregular das suas ações.

Ao ser analisados os aspectos socioeconômicos, não foi possível verificar relação entre o poder de compra (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003), que permite uma classificação econômica da população, baseada na posse de bens, e a idade da primeira visita ao cirurgião-dentista nas localidades avaliadas, contrariando outros trabalhos que relataram associação entre os baixos níveis socioeconômicos e a procura tardia por atendimento odontológico (Gift, Newman, 1992; Edelstein, 2000; Ismail, Sohn, 2001; Macek et al., 2001; Manski et al., 2001; Barros, Bertoldi, 2002; Kim, Tellen, 2004; Pinheiro, Torres, 2006; Fisher, Mascarenhas, 2007; Noro et al., 2008; Amin, 2011). Em São Luís/MA, talvez, esse resultado pode ter sido gerado, pelo maior percentual, estatisticamente significativo, dos indivíduos inseridos nas classes econômicas menos favoráveis (C, D e E), que não lembravam ou não possuíam informação a respeito da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista.

Outra variável estudada, em relação à idade da primeira procura pelo cirurgião-dentista, foi o número de irmãos. Segundo Mansen e Finemam (1983), o tempo disponível para a busca por cuidados de saúde é influenciado pela competição de demandas de outros membros do domicílio. A referida competição de demandas pôde ser inferida aqui, uma vez que foi encontrado que um número maior de irmãos (≥ 3 irmãos) influenciou negativamente na idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, nas duas cidades estudadas, durante a análise bivariada. No entanto, após o ajuste, por outras variáveis, essa relação permaneceu significativa apenas para São Luís/MA, sugerindo que outros fatores estão mais relacionados à procura pelo cirurgião-dentista, em idades mais avançadas, para Ribeirão Preto/SP ou que o número de irmãos pode estar mais fortemente ligado, nessa localidade, a outras características socioeconômicas como, por exemplo, a educação da mãe.

Levando em consideração à composição familiar, o contexto social, formado pela unidade doméstica, em que a criança vive, é importante na etiologia social da saúde (Hughes, Waite, 2002). Evidências de que crianças, que residem com os pais biológicos, apresentam melhores condições de saúde, em comparação com as que moram apenas com a mãe, têm sido descritas na literatura (Angel, Worobey, 1988; Montgomery et al., 1996; Bramlett, Blumberg, 2007) e, também, existem evidências de que crianças que residem apenas com a mãe mostram maiores necessidades relacionadas à saúde bucal e estão mais descobertas de planos de saúde (Arizona Department of Health Services, 2008).

Diante desses achados, podemos justificar o fato das crianças, da amostra de Ribeirão Preto/SP, que moravam sem o pai e sem a mãe, terem estabelecido uma associação estatística com a primeira ida ao cirurgião-dentista, em idades superiores a seis anos. Em contrapartida, na cidade de São Luís /MA, percebemos que essa variável não foi importante na elucidação dos determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, o que demonstra a necessidade de um maior aprofundamento da questão para essa capital.

Discutindo as características das mães das crianças, a idade mais avançada (≥ 35 anos) obteve ligação com o retardo, além dos seis anos, da primeira visita ao cirurgião-dentista somente para Ribeirão Preto/SP. É plausível pensar que, nessa época da vida, a mulher está cada vez mais inserida no mercado de trabalho, buscando contribuir financeiramente para o orçamento familiar, o que pode refletir na diminuição do seu tempo disponível para questões voltadas à saúde bucal dos seus

filhos. No entanto, de acordo com os achados de Slayton et al. (2002), essa relação não foi evidenciada e devemos, também, destacar aqui, que, em Ribeirão Preto/SP, um menor percentual, significativo, de mulheres mais jovens, participou do seguimento, quando comparado ao início da coorte, podendo ter ocasionado o estabelecimento da ligação entre a variável idade da mãe e a idade da primeira visita ao cirurgião-dentista apenas para essa cidade.

Objetivando medir a influência dos cuidados e hábitos saudáveis das mães, para com elas, na saúde das respectivas crianças, adicionamos à pesquisa a variável número de consultas durante o pré-natal, pois, uma vez, sensibilizadas com questões referentes à sua própria saúde, as mães poderiam projetar essa preocupação nas demandas de saúde dos seus filhos, englobando, também, a saúde bucal, já que o período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade, também, para que os profissionais da equipe de saúde desenvolvam a educação como dimensão do processo de cuidar (Rios, Vieira, 2007). Essa hipótese foi confirmada apenas para Ribeirão Preto/SP, onde as crianças, que não realizaram a primeira visita ao cirurgião-dentista, até os seis anos, eram, na grande maioria (66,8%), filhas de mães inseridas na categoria menos favorável, ou seja, que não frequentaram o pré-natal ou, quando seguiram o programa, fizeram no máximo três consultas. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2000), no mínimo, seis consultas são desejáveis para um bom acompanhamento pré-natal.

A escolaridade materna configurou um importante fator na explicação da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, para as duas cidades em questão, ocorrendo uma forte associação entre crianças que não tiveram contato com o cirurgião-dentista até os seis anos e mães que nunca frequentaram a escola, com uma diminuição dessa relação, à medida que a escolaridade da mãe aumenta. Esse resultado vai de encontro aos já mostrados anteriormente, em trabalhos distintos (Macek et al., 2001; Slayton et al., 2002; Isong, Weintraub, 2005; Noro et al., 2008; Silva et al., 2011). A ocorrência de tal ligação pode ser justificada pela possibilidade de maior discernimento quanto à real necessidade de saúde da criança por mães portadoras de maior nível de instrução.

Mesmo não tendo sido visto, na atual pesquisa, uma relação entre o poder de compra das famílias, em que as crianças estão inseridas, e o retardo na idade inicial

da busca pelo cirurgião-dentista, a variável escolaridade materna também pode ser considerada um indicador da situação econômica dos participantes e para a sociedade brasileira, talvez, seja mais importante e reflita melhor a posição socioeconômica das crianças, o que nos leva a concordar com Gonçalves et al. (2002), uma vez que, para os referidos autores, a educação dá entrada a uma determinada ocupação e, portanto, a certo nível de renda, que pode influenciar na busca e no acesso a diferentes condutas relacionadas à saúde. Também, segundo Gigliotti et al. (2007), condições econômicas desfavoráveis predizem a falta de conhecimento acerca dos cuidados domiciliares, relacionados à promoção de saúde bucal.

No que se refere às características das crianças, as que não possuíam plano de saúde, temporariamente ou de forma permanente, obtiveram ligação com os indivíduos que nunca visitaram o cirurgião-dentista até os seis anos de idade, tanto para São Luís/MA quanto para Ribeirão Preto/SP, o que demonstra desigualdade na procura e no acesso, associada a essa variável.

Condizente a esta questão, foi verificado certa relação entre a cobertura por planos de saúde e o uso de serviços de saúde (Mueller et al., 1998; Travassos et al., 2000; Pinheiro et al., 2002), bem como, com a utilização de serviços odontológicos (Manski, 2001; Barros, Bertoldi, 2002; Slayton et al., 2002; Isong, Weintraub, 2005; Pinheiro, Torres, 2006; Noro et al., 2008; Marin et al., 2010; Pavi et al., 2010; Choi, 2011). Valendo destacar, nessa associação, a influência dos fatores econômicos, visto que, de acordo com Mendes e Teixeira (1993), o consumidor em potencial de planos de saúde é a classe média, a qual representa grande parte do mercado em questão. Acrescentando, também, o fato do acesso ao mercado de plano de saúde e, conseqüentemente, aos serviços de saúde estar condicionado à renda das famílias (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003).

O mercado de planos privados de assistência à saúde tem sido muito discutido nos últimos anos, no Brasil, uma vez que o número de indivíduos, com planos privados de saúde, vem aumentando, apesar da garantia, por lei, de um sistema público de saúde universal no país. A PNAD, de 1998, relatou que 37,8 milhões de brasileiros eram beneficiários de planos privados de saúde, havendo um aumento, em 2003, para 43,2 milhões, correspondendo a 24,6% da população brasileira (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003), podendo configurar um reflexo da ausência do sistema público de saúde no amparo da assistência à

saúde da população. Barros e Bertoldi (2002), juntamente com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008), destacaram essa ausência em relação aos serviços odontológicos, quando concluíram ser muito frequente o pagamento particular por esses tipos de procedimentos.

Os aspectos demográficos, também, têm explanado a associação entre a procura por serviços de saúde e os indivíduos que nunca estiveram em um consultório odontológico. Por exemplo, em relação ao sexo, já foi observado que os homens recorrem menos aos serviços de saúde do que as mulheres (Pinheiro et al., 2002; Travassos et al., 2002; Kassouf, 2005; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008) e possuem maiores percentuais de nunca terem consultado um dentista (Pinheiro, Torres, 2006; Kramer et al., 2008). Em um estudo realizado, com base em dados provenientes da PNAD (2003), os autores constataram que a chance de nunca ter visitado o dentista foi 20% maior para os homens, em comparação com as mulheres (Pinheiro, Torres, 2006), o que nos faz raciocinar que, talvez, elas apresentem maior interesse por sua saúde, favorecendo a procura pelos serviços médico e odontológico (Pinheiro et al., 2002; Pinheiro, Torres, 2006). Embora não haja um consenso, a respeito da influência do sexo na procura por atendimento de saúde, tem-se demonstrado que fatores psicológicos podem explicar tais diferenças (Verbrugge, 1989). Outro ponto relevante, na influência do sexo, na idade da primeira visita ao cirurgião-dentista, poderia ser a diferença cronológica de erupção dos elementos dentários, principalmente dos permanentes, uma vez que este se dá mais precocemente nas meninas que nos meninos, devido ao desenvolvimento biológico ocorrer mais rápido no sexo feminino (Guedes-Pinto, 1998). Entretanto, há de se considerar que, no presente trabalho, o sexo não possuiu associação com o desfecho estudado, provavelmente pela população investigada ser de crianças e a procura por atendimento depender das decisões e das características dos responsáveis.

No tocante a cor da pele, a raça branca tem apresentado menor percentual de indivíduos que, em nenhum momento, procuraram serviços odontológicos, quando comparados aos de outras raças (Flores, Tomany-Korman, 2008; Pourat, Finocchio, 2010). Esse fato, também, foi verificado aqui, no Brasil, por Pinheiro e Torres (2006), analisando os resultados da PNAD de 1998 e de 2003, onde, nas duas pesquisas, os valores referentes, aos que nunca tinham visitado um cirurgião-dentista, foram maiores para os de raça não branca. Fato que pode ser proveniente das

divergências socioeconômicas existentes entre as raças no Brasil. O debate sobre as desigualdades de raças, no país, é sempre permeado pela discussão das disparidades de rendimentos, auferidos no mercado de trabalho, e dos diferenciais de incidência de pobreza e de indigência. Os dados de rendimento médio da ocupação principal, no mercado de trabalho, capturam de forma evidente as desigualdades de raça. Como consequência das diferenças educacionais, da segregação de negros em postos de trabalho de menor qualidade e do próprio fenômeno social da discriminação, os rendimentos dos indivíduos brancos tendem a ser mais elevados do que os dos negros. Em 2006, a população negra do país recebia cerca da metade do salário da população branca, perfazendo R\$ 502,0 em média, por mês, contra R\$ 986,5, referente aos indivíduos brancos (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2008). Em contrapartida, os dados, aqui estudados, não levaram a mesma conclusão. Acreditamos que, como a cor da pele das crianças foi definida de acordo com a percepção dos pais ou responsáveis, um viés, na informação, referida pode explicar a ausência de significância dessa variável, nas duas amostras.

Outra variável, que não demonstrou relação estatística com o retardo da idade da primeira visita odontológica, foi a condição de saúde bucal das crianças, relatada de acordo com a percepção da mãe. Assim, podemos refletir que, possivelmente, apenas a percepção sobre a saúde bucal da criança não seja suficiente na busca pelos serviços odontológicos, por parte das mães, e, talvez, os hábitos comportamentais, frente à saúde bucal, o estímulo ao uso de serviços preventivos e a oferta de serviços de saúde configurem, entre outros, fatores mais decisivos. Essa multiplicidade de fatores foi apresentada no modelo comportamental proposto por Andersen e Newman (1973), onde a utilização de serviços de saúde sofre influência de fatores contextuais externos e por características do sistema de saúde. Os fatores contextuais externos são intermediados por aspectos individuais: fatores predisponentes (idade, gênero, cultura, fatores demográficos); fatores capacitantes (renda, meios de locomoção, tempo, informação) e necessidade de saúde (percepção do usuário ou profissional de saúde).

Uma relação preocupante foi estabelecida para São Luís/MA, quando verificamos, na análise multivariada, que a ausência de dor funcionava como fator determinante para a não realização da primeira visita odontológica até os seis anos de idade, sugerindo que a antecipação da primeira visita pode está associada a

algum episódio de experiência de dor para a amostra em questão. A informação merece atenção, pois a dor de origem dental reflete a gravidade da cárie dentária e contraria a lógica da odontologia voltada à primeira infância, que busca prevenir o aparecimento das doenças bucais, além de contribuir para a manutenção da dentição decídua e a aquisição de hábitos saudáveis (Garbelini et al., 1991; Fraiz, 1993; Di Reis, Moreira, 1995; Bonecker et al., 1997; Borges, Toledo, 1999; Cerqueira et al., 1999; Fadel, Kozlowiski Júnior., 2000; Barros et al., 2001; Santos, Soviero, 2002). Apesar da filosofia da atuação preventiva, infelizmente a necessidade da primeira visita ao cirurgião-dentista, em idades mais precoces, ainda está atrelada à presença de dor de dente, como foi notado por um estudo desenvolvido em Recife/PE, cidade localizada na mesma região do país de São Luís/MA, e com algumas características socioculturais semelhantes, no qual a justificativa mais relatada pelos responsáveis, para o fato da criança, até os cinco anos, nunca ter ido ao dentista, foi a ausência de determinados problemas bucais, como a cárie ou a dor de origem dentária (Colares, Caraciolo, 2005). A dor, sendo responsável pela busca pelo cirurgião-dentista, configurou, também, como um dos resultados divulgados pelo SB Brasil (2003) (Brasil, 2004) e por Mileva e Kondeva (2010), uma vez que, em 59,86% da amostra estudada, a razão mais comum, para a procura inicial do profissional, foi a cárie e suas complicações.

É necessário refletir aqui, também, que a dor pode estar ligada à primeira visita ao cirurgião-dentista, quiçá pelo pouco conhecimento que as mães detêm inerente aos aspectos ligados à saúde bucal das crianças, particularmente, no que se refere à idade da primeira visita odontológica (Al-Shalan, 2003; Gilgliotti et al., 2007). Politano et al. (2004), abordando gestantes em Campinas, São Paulo, verificaram que, aproximadamente, metade das entrevistadas respondeu não ter conhecimento de qual seria a idade ideal para a primeira aproximação com o cirurgião-dentista.

Contrariando o que foi visto para São Luís/MA, em Ribeirão Preto/SP a associação entre a dor e a primeira visita ao cirurgião-dentista, até os seis anos de idade, não foi encontrada. Durante a coleta complementar de informações, realizada em 2008, apenas para Ribeirão Preto/SP, foi possível conhecer o motivo da primeira consulta odontológica nessa localidade e, por meio da análise bivariada, observar que as ações de controle e prevenção de agravos bucais estavam associadas com o motivo da primeira visita ao cirurgião-dentista para as crianças que não tiveram o

primeiro contato com o profissional de saúde bucal até os seis anos, ou seja, mesmo para as crianças que foram, pela primeira, ao consultório odontológico depois dos seis anos, o motivo relatado tinha ligação com ações preventivas, demonstrando, supostamente, que as crianças detêm melhores condições de saúde bucal, quando comparadas as de São Luís/MA ou reagem de forma diferente frente aos problemas bucais.

Dessa forma, tudo indica que existe diferença marcante em relação ao motivo da primeira consulta odontológica, referente às crianças das duas cidades, evidenciando que fatores educacionais, econômicos, culturais e de organização dos serviços odontológicos, possivelmente, explicam tal achado. Torna-se importante também destacar que, mesmo o presente estudo não tendo notado marcantes diferenças regionais entre os percentuais de crianças das duas cidades que não visitaram pela primeira vez o cirurgião-dentista, até o seis anos, desigualdades podem estar presentes no tipo de serviço procurado inicialmente pelas crianças, no tratamento efetivado e, também, na conduta das mães a respeito da saúde bucal dos seus filhos, merecendo uma abordagem mais aprofundada desses aspectos nas futuras pesquisas.

Para as crianças de Ribeirão Preto/SP, que não realizaram a primeira visita ao cirurgião-dentista até os seis anos de idade, a coleta complementar mostrou a escola como sendo o principal local, onde esse primeiro contato com o profissional de saúde bucal ocorreu. Não tínhamos como objetivo avaliar a influência da escola na idade da primeira visita ao consultório odontológico, mas, devido à associação firmada na análise bivariada, talvez ela mereça uma atenção especial em outros trabalhos.

Levando em consideração todas as reflexões expostas, os resultados apresentados evidenciaram a multiplicidade de fatores que interferem na idade da procura inicial pelo cirurgião-dentista e o embricamento, muitas vezes injusto, entre eles no Brasil, resultando em um quadro de desigualdades, que mostra o quão distante encontra-se o sistema de saúde do país dos princípios igualitários enunciado na sua formulação.

A primeira consulta odontológica deveria servir como uma estratégia para diminuir a prevalência e as consequências de problemas bucais, assim como os custos com serviços de intervenção em saúde (Lee et al., 2006), uma vez que o impacto de ações, bem sucedidas na primeira infância, poderia influenciar

positivamente o padrão de saúde bucal durante toda a vida do indivíduo e, contrariamente, hábitos inadequados, durante os primeiros anos de vida, apresentariam grande dificuldade de modificação no futuro (Gigliotti et al., 2007). Entretanto, no Brasil, ainda não há estudos que comprovem a associação entre custo-benefício de qualquer protocolo de atendimento em idade precoce. A concretização de tais estudos ajudaria positivamente na tomada de decisões e planejamento de estratégias de atenção que proporcionasse uma maior alocação de recursos financeiros em termos de saúde pública.

Vale ressaltar que as associações, aqui relatadas, devem ser vistas com cautela, pois o estudo possui algumas limitações. Uma delas inclui o fato de ser uma análise transversal, o que não nos permite inferir causalidade, apesar dos dados serem proveniente de duas coortes de nascidos vivos e existirem informações coletadas de forma padronizada na fase do nascimento e do seguimento da pesquisa. Outra limitação é utilizar dados previamente coletados, o que possibilita a presença de lacunas referentes a algumas informações importantes, que poderiam ter sido incluídas durante a construção do questionário das coortes. No entanto, pelo menos, para a coorte de nascidos vivos de Ribeirão Preto/SP, houve possibilidade de resgatar, por intermédio de telefonemas, informações, como: o motivo e o local da primeira visita, mas a escassez de tempo, a distância e o custo das ligações impossibilitaram a coleta dessas informações para São Luís/MA. Além dessas limitações, a variável renda familiar teve seu uso comprometido, devido ao grande número de perdas nas informações e viés de resposta. No entanto, na análise, foram inseridas outras variáveis referentes às condições socioeconômicas dos participantes. Ressaltamos aqui, também, que os questionamentos, realizados no seguimento das coortes, ocorreram em momentos distintos, nas duas amostras, e as crianças, de São Luís/MA, eram mais novas do que as de Ribeirão Preto/SP, favorecendo a diminuição de um possível viés de memória para os participantes da primeira cidade.

CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

Dentro dos limites do presente estudo, a análise dos resultados leva às seguintes conclusões:

Em Ribeirão Preto/SP, não visitar o cirurgião-dentista até os seis anos de idade, apresentou relação com as crianças que não moravam com seus pais biológicos, não possuíam plano de saúde, filhas de mães em idades mais avançadas, que nunca freqüentaram a escola e que não realizaram ou fizeram, no máximo, três consultas durante o acompanhamento pré-natal.

Durante a análise bivariada, a escola desempenhou um papel importante como local da primeira visita odontológica, para crianças com mais de seis anos, em Ribeirão Preto/SP. Assim como, medidas de prevenção e controle dos agravos relacionados à saúde bucal se destacaram como principal motivo da procura inicial pelo cirurgião-dentista.

Considerando São Luís/MA, as crianças que não visitaram um cirurgião-dentista, até os seis anos de idade, apresentaram associação com um maior número de irmãos (≥ 3 irmãos), com as que não possuíam plano de saúde, e com as filhas de mães que não detinham escolaridade.

A dor apresentou associação com a antecipação da primeira visita odontológica para a amostra de São Luís/MA, mas, a mesma relação, não foi evidenciada em Ribeirão Preto/SP.

Apesar das conclusões referidas, a partir da avaliação em questão, outros aspectos ligados a utilização de serviços odontológicos por crianças, entre eles o conhecimentos das mães sobre a idade ideal para a o primeiro contato com o cirurgião-dentista, a disponibilidade de serviços odontológicos voltados às crianças na primeira infância, além de informações a respeito do local e do motivo da primeira consulta odontológica devem ser mais bem aprofundados em outros estudos, no intuito de esclarecer quais entraves estão dificultando esse acesso. Apenas dessa forma, será possível entender melhor o tema, assim como contribuir para a mudança do quadro de saúde bucal no país, em busca da universalidade, da equidade e da integralidade presentes e garantidas pela constituição federal.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informações da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos.. 2ª ed. Rio de Janeiro; 2007.

Al-Shalan TA. Factors affecting Saudi parents' perception of their children's first dental visit. J Contemp Dent Pract. 2003 Nov; 4(4): 54-66.

American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on infant oral health care. Pediatr Dent. 2009; 31 Spec: 95-9. [citado em 2011 set 04]. Disponível em: http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_InfantOralHealthCare.pdf.

Amin MS. Utilization of Dental Services by Children in Low-Income Families in Alberta, J Am Dent Assoc. 2011 May; 76: 57-65.

Andersen RM, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Q. 1973 Winter; 51(1): 95-124.

Angel RJ, Worobey JL. Single motherhood and children's health. J Health Soc Behav. 1988 Mar; 29(1): 38-52.

Antunes JL, Frazão P, Narvai PC, Bispo CM, Pegoretti T. Spatial analysis to identify differentials in dental needs by area-based measures. Community Dent Oral Epidemiol. 2002 Apr; 30(2): 133-142.

Arizona Department of Health Services. Arizona Health Status and Vital Statistics 2008 report. Arizona: ADHS; 2008 [citado em 2010 maio 03] Disponível em: www.azdhs.gov/plan/report/ahs/ahs2008/toc08.htm.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico - 2000 – IBOPE. São Paulo, 2003 [citado em 2009 set. 20] Disponível em: <http://www.marketanalysis.com.br/arquivos-download/biblioteca/cceb-1.pdf>.

Baldani MH, Vasconcelos AGG, Antunes JLF. Associação do índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná. Cad Saúde Pública. 2004 jan-fev; 20(1): 143-52.

Barros ADG, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: Uma avaliação em nível nacional. Cien Saude Colet. 2002; 7(4): 709-17.

Barros SG, Castro Alves A, Pugliesse LS, Reis SRA. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. Braz Oral Res. 2001 jul-set; 15 (3): 215-22.

Bettiol H, Barbieri MA, Gomes UA, Andrea M, Goldani MZ, Ribeiro ERO. Saúde perinatal em Ribeirão Preto, SP, Brasil, 1994: metodologia e algumas características da população estudada. Rev Saúde Pública. 1998 fev; 32: 18-28.

Bonecker MJS, Guedes-Pinto AC, Walter LRF. Prevalência, distribuição e grau de afecção de cárie dentária em crianças de 0 a 36 meses de idade. Rev. Assoc. Paul Cir Dent. 1997 nov-dez; 51(6): 535-40.

Bönecker MJ, Sheiham A, Duarte DA, Suga SS, Sant'Anna G, Rodrigues CS et al. Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas. São Paulo: Ed. Santos; 2004. 195p.

Borges ESM, Toledo A. Prevalência de cárie em crianças de 0-5 anos. Avaliação após 5 anos de um programa preventivo. Rev. ABO nac. 1999 out-nov; 7(5): 298-303.

Bramlett M, Blumberg S. Family structure and children's physical and mental health. Health Aff. 2007 Mar-Apr; 26(2): 549-58.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. Manual Técnico FEBRASGO. Brasília: FEBRASGO; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: CNSB; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal. Brasília: DAB; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal Brasília; 2001 [citado 2009 fev. 05]. Disponível em: www.saude.gov.br/bucal.

Brasil. Ministério da Saúde. Parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria n. 1.101, 12 junho 2002 [citado 2010 dez. 03]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/>.

Cardoso VC, Simões VMF, Barbiere MA, Bettiol HAAMS, Alves MTSSB, Goldani MZ. Profile of three Brazilian birth cohort studies in Ribeirao Preto, SP and Sao Luis, MA. Braz J Med Biol Res. 2007 Sep; 40 (9): 1165-76.

Cerqueira LM, Alves MSCF, Bonecker MJ, Pinho ALS. Estudo da prevalência de cárie dentária e da dieta em crianças de 0 a 36 meses na cidade de Natal-RN. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 1999 set-out; 2 (6): 351-6.

Choi MK .The impact of Medicaid insurance coverage on dental service use. J Health Econ. 2011 Aug; 30 (5):1020-31.

Colares V, Caraciolo G. Motivo da visita ao cirurgião-dentista pelas crianças com cinco anos de idade na cidade do Recife. Odontologia Clín Científ. 2005 set-dez; 4(3): 193-8.

Costa CAAA. Odontopediatria, Rio de Janeiro: Ed. A. Coelho Branco; 1939.

Di Reis IT, Moreira SC. Risco de cárie em bebês. ROBRAC. 1995 mar; 5(14):11-17.

Edelstein BL. Access to dental care for Head Start enrollees. J Public Health. 2000 Summer; 60(3): 221-9.

Fadel CB, Kozlowski Júnior VS. Cárie dental precoce: uma estratégia mais ampla de prevenção. J Bras Odontopediatr Odontolo Bebê. 2000; 3(14): 313-7.

Faveret Filho P, Oliveira PJ. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. DADOS. 1990; 33(2): 257-83.

Feitosa S, Colares V. Caries prevalence in 4-year-old preschoolers attending public schools in Recife, Pernambuco, Brazil. Cad Saúde Pública. 2004 Mar-Apr;20(2): 604-9.

Figueira TR, Leite ICC. Conhecimentos e Práticas de Pais Quanto à Saúde Bucal e suas Influências Sobre os Cuidados Dispensados aos Filhos. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2008 jan-abr; 8(1): 87-92.

Fisher MA, Mascarenhas AK. Does Medicaid improve utilization of medical and dental services and health outcomes for Medicaid-eligible children in the United States?. Community Dent Oral Epidemiol. 2007 Nov; 35(4): 263-71.

Flores G, Tomany-Korman SC. Racial and ethnic disparities in medical and dental health, access to care, and use of services in US children. *Pediatrics*. 2008 Feb; 121(2): 286-98.

Fundação Serviços de Saúde Pública. Unidade Sanitária: normas e instruções. Rio de Janeiro: SESP; 1993.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Governo do Estado de São Paulo. Perfil Municipal. São Paulo: SEADE; 2000 [citado em 2010 nov. 05]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.

Fraiz FC. Estudo das características da utilização do açúcar através da mamadeira, do primeiro com o açúcar e do padrão de aleitamento em crianças de 0 a 36 meses [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 1993.

Garbelini ML, Cezário DMS, Janene CA, Kakagawa MCS, Walter LRF. Avaliação do programa de odontologia para bebês no município de Cambe: controle e prevenção de cárie dentária nos primeiros 30 meses. *Saúde Debate*. 1991 jun; 32: 75-7.

Gift HC, Newman JF. Oral Health Activities of U.S. Children: Results of a national health interview survey. *J Am Dent Assoc*. 1992 Oct;123(10): 96-106.

Gigliotti MP, Theodoro, DO, Oliveira TM; Silva SMB, Machado MAAM. Relação entre nível de escolaridade de mães e percepção sobre saúde bucal de bebês. *Salusvita*. 2007; 26(2): 65-73.

Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2002 maio-jun; 18(3): 699-706.

Guedes-Pinto AC. Odontopediatria. 1ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 1998. 19-40p.

Greene JC. A primeira dentição: base para saúde oral. Saúde do Mundo. 1973 dez; 6-9.

Hughes ME, Waite L. Health in household context: living arrangements and health in late middle-age. J Health Soc Behav. 2002 Mar; 43(1): 11-21.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 1991: resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios - São Paulo. Rio de Janeiro: IBGE; 1994.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Orçamento Familiar: IBGE; 2003 [citado em 2010 out. 14]. Disponível em: www.sidra.ibge.gov.br.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010; 2011 [citado em 2011 maio 01]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_maranhao.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde: IBGE; 2003 [citado em 2005 maio 15]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde: IBGE; 2008 [citado em 2011 abril 13]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Retrato das desigualdades de gênero e raça. Brasília: IPEA; 2008.

Irigoyen ME, Maupomé G, Mejía AM. Caries experience and treatment needs in a 6-to 12-year-old urban population in relation to socio-economic status. *Community Dent Health*. 1999 Dec; 16(4): 245-9.

Ismail AI, Sohn W. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *J Am Dent Assoc*. 2001 Mar;132(3): 295-303.

Isong U, Weintraub JA. Determinants of dental service utilization among 2 to 11-year-old California children. *J of Public Health*. 2005 Summer; 65(3): 138-45.

Kassouf A L. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev Econ Sociol Rural*. 2005 jan-mar; 43 (1)

Kim YO, Telleen S. Predictors of the utilization of oral health services by children of low-income families in the United States: beliefs, cost, or provider? *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 2004 Dec; 34(8): 1460-7.

Koch G., Modérr T, Pousen S, Rasmussen P. *Odontopediatria: uma abordagem clínica*. 2ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 1995. 65-77p.

Kramer PF, Argenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008 Jan; 24(1):150-6.

Ku L. Medical and Dental Care Utilization and Expenditures Under Medicaid and Private Health Insurance. *Med Care Res Rev*. 2009 Aug; 66 (4): 456-71.

Lee JY, Bouwens TJ, Savage MF, Vann WF Jr. Examining the cost-effectiveness of early dental visits. *Pediatr Dent*. 2006 Apr; 28 (2):102-5.

Laloo R, Myburgh NG, Hobdell MH. Dental caries, socioeconomic development and national oral health policies. *Int Dent J*. 1999 Aug; 49(4): 196-202.

Low W, Tan S, Schwartz S. The effect of severe caries on the quality of life in young children. *Pediatr Dent*. 1999 Sep-Oct; 21 (6): 325-6.

Macek MD, Edelstein BL, Manski RJ. An analysis of dental visits in U.S. children, by category of service and sociodemographic factors, 1996. *Pediatr Dent*. 2001 Sep-Oct; 23(5): 383-9.

Maciel SM. Saúde bucal infantil: a participação da mãe [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1994.

Manser ME, Fineman EA. The Impact of the NHSC on the Utilization of Physician Services and on Health Status in Rural Areas. *Human Res*. 1983; 18(4).

Manski RJ, Edelstein BL, Moeller JF. The impact of insurance coverage on children's dental visits and expenditures, 1996 Aug. *J Am Dent Assoc*. 2001; 132(8): 1137-45.

Marin GH, Urdampilleta P, Zurriaga O. Determinants of dental care utilization by the adult population in Buenos Aires. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Mar; 15(2): 316-21.

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública*. 2002 abr; 32(2): 237-43.

Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública*. 2001 maio-jun; 17 (3): 661-8.

Matos PES, Tomita NE. A inserção da saúde bucal no Programa de Saúde da Família: da universidade aos pólos de capacitação. *Cad Saúde Pública*. 2004 nov-dez; 20(6): 1538-44.

Médici AC, Andrade MV, Noronha K, Campino ACC. Políticas de Saúde. In: Bacha, E. L; Schawartzman, S. *Brasil: a nova agenda social*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Livros Técnicos e Científicos; 2011.

Mendes EV, Teixeira CF. Distrito sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1993. 310p.

Mileva SP, Kondeva VK. Age at and reasons for the first dental visit. *Folia Med*. 2010 Oct-Dec; 52(4): 56-61.

Moysés SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev ABENO*. 2003; 4(1): 30-7.

Montgomery LE, Kiely JL, Pappas G. The effects of poverty, race, and family structure on US children's health: Data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1989 through 1991. *Am J Public Health*. 1996 Oct; 86(10): 1401-5.

Moura MS, Pinto LAMS, Giro EMA, Cordeiro RCL. Cárie dentária relacionada ao nível socioeconômico em escolares de Araraquara. *Rev Odontol UNESP*. 1996 jan-jun; 25(1): 97-107.

Mueller KJ, Patil K, Boilesen E. The role of uninsurance and race in healthcare utilization by rural minorities. *Health Serv Res.* 1998 Aug; 33 (3): 597- 610.

Nadanovsky P, Sheiham. A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1995 Dec; 23(6): 331-9.

Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008 jul; 24 (7):1509-16.

Oliveira AG. Levantamento epidemiológico em saúde bucal – cárie dental. Brasil 1996: [Dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Odontologia; 1998 [citado em 2009 nov. 23]. Disponível em: www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Bucal/epi96/epi96roncalli.zip

Organização Mundial de Saúde. Levantamento epidemiológico básico em saúde bucal: manual de instruções. 3ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 1991.

Organização Pan-Americana da Saúde. Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado em 2009 jun. 15]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/>.

Pavi E, Karampli E, Zavras D, Dardavesis T, Kyriopoulos J. Social determinants of dental health services utilization of Greek adults. *Community Dent Health.* 2010 Sep; 27(3):145-50.

Peres KGA, bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. Rev Saúde Pública. 2000 ago; 34(4): 402-8.

Pereira OB. Educação Dentária da Criança. Rio de Janeiro; 1929. 79p.

Pinheiro RS, Aguiar FP, Sass PE, Vilela MJN. Diferença no uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil: uma análise baseada em modelos hierárquicos. Cad Saúde Colet. 2006 jan-mar; 14(1): 141-8.

Pinheiro R S, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciên e Saúde Colet. 2002; 7(4): 687-707.

Pinheiro RS, Torres TGC. Uso de serviços odontológicos entre os estados do Brasil. Ciên e Saúde Colet. 2006 out-dez; 11(4): 999-1010.

Pinto VG. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: Kriger, L. Promoção de saúde bucal. 2ª ed. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 1999.

Pinto VG. Saúde Bucal Coletiva. 4ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2000. 55-70p.

Politano GT, Pellegrinetti MB, Echeverria SR, Imparato JCP. Avaliação da informação das mães sobre cuidados bucais com o bebê. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê. 2004; 7(36):138-48.

Poulsen S. The child's first dental visit. *Int J Paediatr Dent*. 2003 Jul; 13(4):264-5.

Pourat N, Finocchio L. Racial and ethnic disparities in dental care for publicly insured children. *Health Aff*. 2010 Jul; 29(7): 1356-63.

Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano; 2000 [citado 2011 maio 01]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/tabelas/index.php>.

Quartaroli, C, Campino ACC, Diaz MDM. Condições de acesso a serviços de saúde, sob o aspecto da equidade, no interior do Estado de São Paulo e Região Metropolitana. Congresso Brasileiro de Economia em Saúde 2002 [citado 2008 ago. 19]. Disponível em: www.abres.fea.usp.br.

Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país [editorial]. *Cad Saúde Pública*. 2011 jan; 27(1): 4-5.

Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. *Ciê e Saúde Colet*. 2007 mar-abr; 12(2): 477-86.

Rossow I, Kjaernes U, Holst D. Patterns of sugar consumption in early childhood. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1990 Feb; 18(1): 12-16.

Santos A, Soviero V. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras*. 2002 Jul-Set;16(3): 203-8.

Sarrell EM, Horev Z, Cohen Z, Cohen HA. Parent's and medical personnel's beliefs about infant teething. *Patient Educ Couns*. 2005 Apr; 57(1): 122-5.

Scarpelli BB, Ricioli SR, Walter LRF. Programa de atenção precoce à saúde bucal [Tese]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, Bebê Clínica; 1996.

Schwarz E. Access to oral health care an Australian perspective. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006 Jun; 34(3): 225–31.

Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or caregiver, staff, and dentist perspectives on access to dental care issues for head start children in Ohio. *Am J Public Health*. 2005 Aug; 95(8): 1352-59.

Silva AA, Coimbra LC, Silva RA, Alves MT, Filho FL, Lamy ZC et al. Perinatal health and mother-child health care in the municipality of São Luís, Maranhão State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2001 Nov-Dez; 17 (6): 1413-23.

Silva AN, Mendonça MH, Vettore MV. The association between low-socioeconomic status mother's Sense of Coherence and their child's utilization of dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011 Apr; 39 (2):115-26.

Silva MCB, Silva RA, Ribeiro CC, Cruz MCFN. Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA). *Ciênc Saúde Colet*. 2007 set-out; 12(5): 1237-46.

Silveira FG, Osório RG, Piola SF. Os gastos das famílias com saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2002; 7(4):719-31.

Silver DH. A comparison of 3-year-olds' caries experience in 1973, 1981 and 1989 in a Hertfordshire town, related to family behaviour and social class. *Br Dent J*. 1992 Mar; 172(5): 191-7.

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 jan-Feb; 24(1): 64-8.

Taani DQ. Dental attendance and anxiety among public and private school children in Jordan. *Int Dent J*. 2002 Feb; 52(1): 25-9.

Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2000; 5(1): 133-49.

Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud*. 2002; 11(5-6): 365-73.

Verbrugge LM. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav.* 1989 Sep; 30(3): 282-304.

Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997 Feb; 26(1): 224–7

World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. Geneve: WHO; 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido-

PROJETO DE PESQUISA:

O impacto do tamanho ao nascer na morbidade e nos desenvolvimentos físico, cognitivo, afetivo e psicológico de crianças brasileiras (amostra de Ribeirão Preto).

Apresentação do estudo

Prezados pais ou responsáveis.

Somos um grupo de professores, pesquisadores e profissionais da saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP), que está realizando um estudo sobre a saúde de crianças nascidas em Ribeirão Preto, em 1994. Este estudo é financiado pela FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Sua criança, ao nascimento, fez parte do estudo inicial e agora estamos fazendo novo contato para explicar os objetivos da nova avaliação e solicitar a sua colaboração. Agradecemos sua participação no início deste estudo, em 1994, quando você nos respondeu um questionário e permitiu a medição do comprimento e peso de seu filho. Os resultados, dessa avaliação, têm contribuído, em muito, para entender os fatores relacionados com o desenvolvimento infantil. Este estudo é pioneiro no país, no qual vários aspectos de saúde e seus determinantes estão sendo avaliados ao mesmo tempo. Essas informações nos possibilitam entender a complexidade e chegar a estabelecer medidas preventivas para melhorar a saúde da população. Esperamos que você e seu(sua) filho(a) possam também fazer parte deste novo estudo.

Nosso estudo está avaliando vários aspectos da saúde das crianças, alguns destes através de questionários e outros através de exames de seu(sua) filho(a). Queremos saber quais os fatores ocorridos durante a época do nascimento que são importantes para determinar a saúde da criança. O questionário contém perguntas sobre aspectos que são importantes na saúde da família e da sua criança. O exame é uma avaliação clínica do crescimento, peso e capacidade respiratória. Os resultados dos exames, assim que obtidos, serão fornecidos a você, e nenhuma outra pessoa terá acesso aos mesmos. O sigilo será garantido. No caso dos resultados dos exames que não forem obtidos na hora, estes serão encaminhados a você, pelo correio, no endereço fornecido por ocasião da resposta ao questionário.

A seguir, você vai encontrar a descrição de cada passo de nosso estudo, designadas etapas I e II. A etapa I contém apenas questionários e exames simples e comuns aplicados na clínica geral do dia-a-dia. A etapa II será apenas para as crianças que apresentarem sintomas importantes no aparelho respiratório. Para lhe dar liberdade de participar das etapas que achar conveniente, existe um termo de

consentimento após a explicação de cada etapa. Por favor, assine cada um deles, se concordar em participar de cada uma das etapas.

Ressaltamos que é importante a participação em todas as etapas da pesquisa, para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da saúde das crianças. Porém, se você preferir, a sua criança poderá participar apenas da primeira etapa e, caso tenha sintomas de asma e/ou rinite, a avaliação ficará incompleta. Seu filho poderá deixar a pesquisa a qualquer momento.

Em qualquer etapa do estudo, estaremos à disposição para esclarecimentos. Qualquer pergunta ou dúvida você poderá fazer contato com o responsável pelo estudo, Professor Marco Antônio Barbieri, e sua equipe, pelo telefone 602-3306, no horário comercial, de segunda a sexta-feira de 8h às 17 h.

Agradecemos sua colaboração.

Assinatura do pesquisador

Universidade de São Paulo

Etapa 1 – Consentimento para participação nos aspectos principais: questionários e avaliação de peso, crescimento e pressão arterial e desenvolvimento cognitivo, afetivo e comportamental:

A etapa principal do estudo inclui um questionário e avaliações básicas de saúde de seu filho.

O questionário deverá ser respondido por um dos pais ou responsáveis pela criança, de preferência aquele que tem mais conhecimento sobre a criança. O questionário contém perguntas sobre algumas condições consideradas importantes para a saúde da criança. Estas informações se referem às condições de vida desde que a criança nasceu, hábitos, alimentação e fatores que influenciam em sintomas, como espirros, coceira, entupimento de nariz (rinite), tosse, chiado no peito, dificuldades de respirar, falta de ar (asma), dor na barriga, problemas de digestão, na capacidade de aprender, de pensar e de se comportar e se adaptar ao ambiente da família e da escola, além de percepções sobre a saúde da família e da criança.

O exame clínico de seu(sua) filho(a) tem a finalidade de avaliar o crescimento do mesmo e a saúde geral através de medidas de peso, altura, espessura de pele (pregas de gordura) e a pressão arterial (diagnóstico de hipertensão).

A avaliação do desenvolvimento psicológico envolve testes sobre a capacidade de inteligência, de maturidade e de comportamento. Os três testes, a serem aplicados, envolvem tarefas simples, como identificar partes que faltam em um quebra-cabeça, desenhar e responder perguntas. As crianças serão reunidas em pequenos grupos, de 8 a 10 indivíduos, para a realização dos mesmos, com duração de cerca de 20 minutos. Para essa avaliação comportamental e do desenvolvimento afetivo e cognitivo, além dos testes com a criança e das informações fornecidas pelos pais, é necessário que os professores respondam, por escrito, ao questionário relativo ao ambiente escolar e ao rendimento da criança. Assim, solicitamos a sua autorização para conversarmos com o(a) professor(a) de seu filho(a). Todos estes exames são rotineiros e não apresentam nenhum risco para a criança.

Todas as informações serão fornecidas ao responsável pela criança.

Declaro que li e compreendi as informações acima e que as dúvidas, que eu tive, foram explicadas pelo Prof. Dr. Marco Antônio Barbieri ou sua equipe.

Portanto, tendo compreendido, dou meu consentimento para participar deste estudo, que inclui um questionário, que responderei e também dou meu consentimento para que meu filho(a) seja examinado da maneira descrita acima.

Nome legível do responsável pela criança: _____

Assinatura: _____ **Data:** _____

Etapas 2- Consentimento para exames complementares em caso de diagnóstico de asma e/ou alergia:

Se seu filho apresentar sintomas sugestivos de asma e/ou , exames mais detalhados serão recomendados, para que tenhamos diagnóstico preciso. Os exames serão realizados por especialistas nesta área, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Nenhuma dessas avaliações é dolorosa ou agressiva para a criança. Você e seu(sua) filho(a) receberão passe de ônibus para o deslocamento até o Hospital e, dependendo do horário que o exame for agendado, também o almoço.

Caso seu filho tenha sintomas sugestivos de asma, é importante diagnosticar se seu filho tem a chamada “hiperreatividade brônquica”, ou seja, seus brônquios reagem de maneira mais intensa quando estimulados por uma substância estimulante que a criança respira. O exame consiste em inalar (cheirar) uma substância e medir a função pulmonar, isto é, como a criança respira. Este é um exame normalmente usado para o diagnóstico de asma, não é uma “experiência”. A contração dos brônquios (pulmão), durante a inalação, poderá causar sintomas de asma, que serão rapidamente tratados por um médico especialista que vai acompanhar o exame. Como asma é uma reação alérgica, queremos saber a que seu filho tem alergia. Este teste é feito na pele do braço, com algumas substâncias que, freqüentemente, provocam sintomas alérgicos, incluindo a asma. Este teste não tem riscos para a criança e o desconforto, causado pela aplicação das substâncias na pele do braço é mínimo. Este teste será feito por profissional treinado e supervisionado por médico especialista. Caso seja encontrada alguma alteração em qualquer um dos testes, você receberá a orientação adequada para o caso. Os dados obtidos poderão auxiliar os médicos a compreender melhor a asma e os fatores que a produzem, e melhorar o seu tratamento e a sua prevenção.

Todo diagnóstico será informado apenas aos pais ou responsável pela criança e será dada orientação para o tratamento.

Declaro que li e compreendi as informações acima e que as dúvidas, que eu tive, foram explicadas pelo Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri ou sua equipe.

Portanto, tendo compreendido, dou meu consentimento para participar deste estudo, que inclui um questionário, que responderei e também dou meu consentimento para que meu filho(a) seja examinado da maneira descrita acima.

Nome legível do responsável pela criança: _____

Assinatura: _____ **Data:** _____

APÊNDICE B – Questionário para coleta de informações por meio do telefone.

Nome da Mãe: _____

Nome da Criança: _____

Telefonia Dia ____/____/____ Horário ____/____

- A) Ligação não atendida
 B) Ligação atendida, porém respondente não estava presente
 C) Ligação atendida, porém respondente não estava disponível
 D) Ligação atendida e respondente disponível.

☐

Saudações (Bom dia, boa tarde ou boa noite). Sou da Faculdade de odontologia de Ribeirão Preto – FORP/ USP e estou fazendo uma entrevista sobre a pesquisa da FMRP - HC- USP que (nome da criança) _____ participou em 2004/5. Por favor, preciso falar com a mãe ou o responsável por _____. Eu gostaria de obter algumas informações adicionais importantes para a pesquisa.

Esta entrevista será breve, cerca de 1 minuto e inclui perguntas sobre atendimento odontológico do seu filho. Sua participação é de extrema importância para complementar o nosso estudo.

Entrevista

Dados das respostas anteriores:

1 Você se lembra se a (o) _____ foi examinado por algum cirurgião-dentista antes de completar 10 anos de idade?

1. SIM

2. NÃO

☐

2 –Mas na entrevista de 2004/5 (ver dados acima), você confirma essa informação:

1. SIM

2. NÃO

☐

3- Você se lembra com quantos anos completos o (a) _____ foi examinado pela primeira vez por um cirurgião-dentista?

1. SIM

2. NÃO

☐

Idade: _____

4- Você se lembra qual foi o local onde a (o) _____ recebeu este exame pela primeira vez?

1. SIM

2. NÃO

☐

5- Onde foi este local?

1	Escola
2	Creche
3	Posto de Saúde
4	Cirurgião-dentista particular
5	Faculdade de odontologia
6	Outros
7	Não se aplica
8	Não sabe
9	Ignorado

☐

10 : outros _____

6 - Você lembra o principal motivo pelo qual você levou _____ ao cirurgião-dentista nesta primeira vez?

1. SIM

2. NÃO

☐

7- Qual o motivo?

1	Apenas para controle/prevenção
2	Aplicação de fluor ou selante
3	Lesão bucal
4	Dor de dente
5	Inchaco/Abscesso
6	Traumatismo/bateu/quebrou dente/boca
10	Cárie
11	Ortodontia
7	Outros
8	Não sabe
9	Ignorado

APÊNDICE C - Quadros de variáveis dependentes e independentes.

Quadro 1. Descrição das variáveis dependentes.

Variáveis Dependentes	Definição	Categoria
Primeira Visita ao Cirurgião-dentista > 6 anos	A criança foi ao cirurgião-dentista pela primeira vez até os 6 anos de idade?	Sim Não

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes coletadas ao nascimento.

Variáveis Independentes	Definição	Categoria
Sexo	Sexo da criança.	Masculino Feminino
Idade da mãe	Idade da mãe da criança em anos.	< 20 20-35 ≥ 35
Situação Conjugal	Situação conjugal dos pais das crianças.	Casada Com Parceiro Sem Parceiro
Trabalho materno fora do lar	Trabalho materno fora do lar	Não Sim
Nº de consultas pré-natal	Número de consultas durante o pré-natal	0 – 3 4 – 5 ≥6

Quadro 3. Descrição das variáveis independentes coletadas no seguimento.

Variáveis Independentes	Definição	Categoria
Cor da pele	Como a mãe ou o responsável definem a cor da criança.	Branco ou Amarelo Negros e Pardos
Nº de irmãos	Número de irmãos da criança	0 1 2 > 3
Nº de pessoas na casa	Número de pessoas que residem na casa da criança	1 – 3 4 – 6 > 6
Composição familiar	Com quem a criança reside.	Mãe e pai Mãe sem pai Mãe com padrasto Pai sem mãe Sem pai e sem mãe
ABEP	Critério de Classificação Econômica Brasil	A1/A2/B1 B2 C D/E
Saúde Bucal	Como a mãe ou responsável percebe a saúde bucal da criança	Excelente/Muito Boa Boa Razoável/Ruim
Experiência de dor de dentes	Reclamação por parte da criança de dor de dente por causa de cárie	Não Sim
Necessidade de tratamento odontológico(Restauração/extrações/canal)	Necessidade de tratamento odontológico relatado pela mãe.	Não Sim
Plano Saúde (Primeiros 3 anos)	Posse de plano de saúde nos primeiros três anos de vida da criança.	Não Sim
Continuidade de Plano de Saúde	Posse de plano de saúde permanente ou em algum momento da vida da criança.	Sempre teve Tinha e perdeu Não tinha e adquiriu 6 meses Nunca teve
Escolaridade da Mãe	Grau de escolaridade da mãe da criança.	Nunca frequentou Primário completo Ginásio completo Ensino médio Superior/Pós-Graduação

Quadro 4. Descrição das variáveis independentes coletadas em 2008 apenas para Ribeirão Preto/SP.

Variáveis Independentes	Definição	Categoria
Local da primeira consulta	Local onde a criança realizou a primeira visita ao cirurgião-dentista.	Escola Creche Posto de saúde Particular Faculdade Outros
Motivo da primeira consulta	Motivo da primeira visita ao cirurgião-dentista	Controle/Prev/Selante Flúor Dor Trauma Cárie Ortodontia Outros Não Sabe

ANEXOS

ANEXO A – Critério de classificação econômica Brasil

Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- ☐ Bem alugado em caráter permanente
- ☐ Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- ☐ Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- ☐ Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- ☐ Bem quebrado há mais de 6 meses
- ☐ Bem alugado em caráter eventual
- ☐ Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente

classe D, mas pelo critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207

ANEXO B – Parecer do comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

Ribeirão Preto, 03 de fevereiro de 2009

Ofício nº 281/2009
CEP/SPC

Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **"FATORES DETERMINANTES DA IDADE DA PRIMEIRA VISITA AO DENTISTA NA COORTE DE NASCIDOS VIVOS DE RIBEIRÃO PRETO/SP, 1994 E SÃO LUIS/MA, 1997"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 279ª Reunião Ordinária realizada em 02/02/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 11614/2008.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (ICH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimas Senhoras

ANA LARISSA FERNANDES DE HOLANDA

PROFª DRª MARIA DA CONCEIÇÃO PEREIRA SARAIVA (Orientadora)

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
Fone (16) 3602-2228 - E-mail : cep@hcrp.fmrp.usp.br
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

AUTORIZAÇÃO

Eu, Ana Larissa Fernandes de Holanda Soares, brasileira, casada, cirurgiã-dentista, residente e domiciliada em Natal, Rio Grande do Norte, na Rua Fontes Galvão 719 – Edifício Plaza Center Ap.503/Centro - Natal/RN - CEP:59025-600 , portadora do documento de identidade RG nº 1128853, ITEP, inscrita no Cadastro de Pessoa Física do Ministério da Fazenda, sob o nº 02483727425, na qualidade de titular morais e patrimoniais de autor que recaem sobre minha tese de doutorado, intitulada: Fatores determinantes da idade da primeira visita ao cirurgião-dentista nas coortes de nascidos vivos de Ribeirão Preto/SP e São Luís/MA, com fundamento nas disposições da Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998, autorizo a Universidade de São Paulo a:

- a) Por meios eletrônicos, reproduzi-la, em particular mediante cópia digital, apenas para armazená-la permanentemente na biblioteca digital de teses e dissertações da Universidade de São Paulo.
- b) Colocá-la ao alcance do público, a partir de 16/12/2011, por meios eletrônicos, em participar mediante acesso on-line pela Web; e
- c) permitir a quem a ela tiver acesso, por meios eletrônicos, em particular pela Internet, que a reproduza, dela extraindo cópia, gratuita ou onerosamente, a critério da Universidade de São Paulo, a quem caberá, também, estabelecer a quantia a ser paga. Se onerosamente, repartir-se-á, meio por meio, entre mim e a Universidade de São Paulo, a receita líquida, ou seja, o resultado da subtração em que minuendo é a quantia paga por quem extrair a cópia, e subtraendo são as despesas de manutenção da biblioteca digital, na proposição da parte representada pela minha tese.

Ribeirão Preto, 12 de Novembro de 2011.

e-mail atualizado: lmfaldo@bol.com.br lmfaldo@usp.br

Unidade da USP onde foi a defesa: Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto

Campus da USP onde foi a defesa: Ribeirão Preto.