

ACESSO E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE ADOLESCENTES E FATORES ASSOCIADOS NO BRASIL¹

ACCESS AND USE OF DENTAL SERVICES AMONG ADOLESCENTS AND ASSOCIATED FACTORS IN BRAZIL

Bruna Jornada², Bianca Zimmermann Santos³, Leila Posenato Garcia⁴, Débora Martini Dalpian⁴, Dirce Stein Backes⁴ e Luciana Fontanari Krause⁴

RESUMO

O objetivo neste estudo foi descrever e comparar o acesso e a utilização de serviços odontológicos no Brasil, entre adolescentes de 10 a 19 anos, através dos dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNADs) de 1998, 2003 e 2008. Foram incluídos 72.258, 73.507 e 70.162 adolescentes, em cada ano, respectivamente. Em 1998, 82,9% (IC99%: 81,9; 83,9) destes já haviam ido ao dentista, em 2003, 85,1% (IC99%: 84,2; 86,1) e em 2008, 90,1% (IC99%: 89,3; 90,9). Quanto à renda domiciliar, em 1998 dos que estavam inseridos em famílias com até um quartil de renda, 65,9% (IC99%: 63,5; 68,2) consultaram, e em 2008, 81,6% (IC99%: 79,9; 83,2). Entre os que pertenciam a famílias em que o chefe possuía até 4 anos de estudo, 75,8% (IC99%: 74,2; 77,3) em 1998 e 83,7% (IC99%: 82,2; 85,2), em 2008 já haviam ido ao dentista. Houve um aumento no número de adolescentes que já haviam consultado no decorrer dos anos, especialmente pertencentes a famílias com renda domiciliar menor e com chefes com menor escolaridade.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde, saúde bucal, odontologia em saúde pública.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe and compare the access and use of dental services in Brazil, among adolescents between 10 and 19 years of age, using data from the PNADs of 1998, 2003 and 2008. There were 72, 258, 73, 507 and 70, 162 adolescents involved in the surveys respectively. In 1998, 82.9% (IC99%: 81.9;83.9) had been to a dentist. In 2003 was 85.1% (IC99%: 84.2;86.1) and in 2008 it was 90.1% (IC99%: 89.3;90.9). In terms of house hold income, 65.9% (IC99%: 63.5;68.2) of those treated in 1998 were members of families with up to a quartile of income, where as was 71.7% (IC99%: 69.7;73.7) in 2003 and 81.6% in 2008 (IC99%: 79.9;83.2). Among those who belong to a family where the breadwinner had completed up to four years of studies, 75.8% (IC99%: 74.2; 77.3) in 1998 and 83.7% (IC99%: 82.2; 85.2) in 2008 had been to a dentist. There has been an increase in the number of adolescents that visited a dentist over the years, particularly in families with a lower income and a less educated breadwinner.

Keywords: access to health services, oral health, public health dentistry.

¹ Trabalho de Iniciação Científica - UNIFRA.

² Acadêmica do Curso de Odontologia - UNIFRA.

³ Orientadora - UNIFRA. E-mail: biancazsantos@hotmail.com

⁴ Colaboradores - UNIFRA.

INTRODUÇÃO

A intensidade e severidade da cárie dental é um grande problema de saúde pública e necessita de uma relevante atenção por parte de profissionais da área odontológica (CLEATON-JONES et al., 2006; WERNECK et al., 2008), por isso, são necessários cuidados com a cavidade oral na adolescência, já que esta é considerada uma fase, muitas vezes, conflituosa e de mudança de hábitos, que podem conduzir o adolescente a uma má saúde bucal (ERICSSON et al., 2012).

Por sua vez, a saúde bucal é de suma importância na qualidade de vida de todos os indivíduos. A Odontologia tem evoluído de um enfoque curativo dos problemas bucais para um olhar mais dinâmico dos determinantes do processo saúde-doença. Repercussões nessa mudança de atitude fazem com que medidas e estratégias de atenção odontológica sejam preconizadas precocemente para evitar e/ou diminuir as sequelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal da população (KRAMER et al., 2008).

O conceito “acesso aos serviços de saúde” tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre as necessidades de saúde, a demanda e a utilização de serviços de saúde. Implica garantia de ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Buscando formas de prevenir possíveis problemas bucais, tem-se preconizado que a idade ideal para a primeira consulta odontológica é entre 6 e 12 meses, época de erupção do primeiro dente decíduo (HASHIM-NAINAR; STRAFFON, 2003). Essa indicação justifica-se pela importância da atenção precoce em saúde bucal, que está relacionada com educação, troca de experiências e vivências, como também na execução de procedimentos preventivos.

Os parâmetros de cobertura assistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, utilizados pelo Ministério da Saúde para o planejamento dos recursos odontológicos, são de uma consulta a cada dois anos até duas consultas odontológicas por ano e, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, o ingresso no sistema deve dar-se no máximo aos seis meses de idade. Apesar disso, uma importante parcela da população brasileira não utiliza os serviços odontológicos com a frequência preconizada (BARROS; BERTOLDI, 2002; KRAMER et al., 2008; NORO et al., 2008; MANHÃES; COSTA, 2008; TRAVASSOS et al., 2008; ANTUNES; NARVAI, 2010).

Ainda, parece haver uma grande influência das condições socioeconômicas no acesso e utilização de serviços de saúde bucal, em que as crianças que possuem um plano de saúde ou convênio apresentam uma possibilidade de acesso aproximadamente quatro vezes maior de ir ao médico ou dentista em relação às demais (NORO et al., 2008). Estudo realizado na região noroeste da Inglaterra revelou que, aos três anos, 23% das crianças moradoras de áreas mais empobrecidas nunca haviam ido ao dentista contra apenas 11% nas áreas mais ricas (ECKERSLEY; BLINKHORN, 2001).

Pesquisas como esta devem ser realizadas para verificar necessidades e a partir daí nortear políticas

públicas de promoção de saúde, com o intuito de informar e conduzir a população ao atendimento odontológico precoce (KRAMER et al., 2008). Portanto, podem subsidiar o adequado planejamento de ações de saúde bucal por meio de órgãos governamentais (MANHÃES; COSTA, 2008).

Dessa forma, têm-se como objetivos do estudo descrever e comparar o acesso e a utilização de serviços odontológicos no Brasil, entre adolescentes de 10 a 19 anos, identificar e comparar a prevalência destes, que já consultaram o cirurgião-dentista, verificar e comparar a existência de associações entre a consulta odontológica com as características sociodemográficas dos adolescentes incluídos e identificar a frequência e os locais de procura por atendimento odontológico e a forma de financiamento dos serviços entre os adolescentes que o haviam utilizado, através dos dados das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNADs) de 1998, 2003 e 2008.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo do tipo quantitativo, exploratório transversal, em que os dados utilizados para essa pesquisa se constituem a partir das PNADs de 1998, 2003 e 2008 realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através das quais são avaliadas, ao longo do tempo, características dos domicílios brasileiros e de seus moradores (MANHÃES; COSTA, 2008).

No ano de 1998, após dez anos sem notícias sobre saúde, incorporou-se às PNADs, realizadas a cada cinco anos, questões sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Foram incluídas questões como: o tempo desde a última consulta ao dentista; busca de atendimento odontológico nas duas últimas semanas; acesso ao serviço e caracterização do atendimento em relação à remuneração; utilização de plano de saúde e tipo de estabelecimento em que ocorreu e avaliação do serviço prestado. Assim, neste ano, a amostra da PNAD foi composta por 344.945 pessoas, envolvendo as regiões de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre (BARROS; BERTOLDI, 2002). A data de referência da coleta de dados da PNAD 1998 foi o dia 26 de setembro de 1998, sendo a semana de referência de 20 a 26 de setembro de 1998 (IBGE, 1998).

Em 2003 foram entrevistadas 384.834 pessoas de 851 municípios envolvendo Unidades da Federação e nove regiões metropolitanas (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre). O questionário utilizado manteve a mesma estrutura do ano de 1998, entretanto houve algumas alterações como a inclusão da investigação relativa ao acesso a serviços preventivos de saúde, para as mulheres de 25 anos ou mais de idade, e a exclusão do bloco que investigava os gastos privados em saúde. A PNAD 2003 teve período de referência os 365 dias, do dia 28 de setembro de 2002 a 27 de setembro de 2003 (IBGE, 2003).

A PNAD de 2008 conservou as questões referentes ao acesso e utilização aos serviços de saúde e incorporou investigações relacionadas ao cadastramento dos domicílios no Programa de Saúde

da Família; nesta pesquisa foram entrevistadas 391.868 pessoas em 150.591 unidades domiciliares distribuídas por todos os estados brasileiros. As entrevistas foram realizadas entre 28 de setembro de 2007 e 28 de setembro de 2008 (IBGE, 2008).

Desse contingente, extraiu-se a amostra utilizada neste estudo, composta por adolescentes de 10 a 19 anos de idade que fizeram parte das PNADs dos anos de 1998, 2003 e 2008. Assim, foram incluídos 72.258, 73.507 e 70.162 adolescentes, em cada ano, respectivamente. A restrição em relação à faixa etária, de 10 até 19 anos, deve-se ao fato de que a adolescência é um período de maior risco para a saúde oral, devido a maior independência em relação ao consumo de alimentos açucarados e certa repulsa sobre higiene bucal, tudo relacionado às mudanças que esta fase implica, tanto física como emocionalmente, para os jovens (ERICSSON et al., 2012).

Assim, a estrutura das PNADs contempla dois níveis de informação. No primeiro, incluem-se dados relativos aos domicílios e, no segundo nível, dados sobre os indivíduos residentes nestes. Ainda, a partir de 1998, estas pesquisas contam com um suplemento de saúde incluindo diversos módulos de questionamento desde a morbidade até a limitação de atividades físicas para maiores de 13 anos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). De maneira específica, este estudo se deteve a questões de interesse, como: acesso a serviços odontológicos, utilização desses serviços e gastos privados com saúde bucal.

Considerou-se variável dependente a realização da consulta odontológica, relativa à pergunta sobre a última vez que o entrevistado foi ao dentista. No questionário das PNADs 1998, 2003 e 2008, havia cinco respostas possíveis a esta pergunta “Quando (...) foi ao dentista pela última vez?”, a saber: (1) “menos de um ano”; (2) “de um ano a menos de dois anos”; (3) “de dois anos a menos de três anos”; e (4) “nunca foi ao dentista”.

As variáveis independentes foram:

a) Relacionadas às características sociodemográficas dos adolescentes:

- sexo (masculino ou feminino);
- idade (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 ou 19 anos);
- cor da pele (branca e amarela ou preta, parda e indígena);
- faixa de rendimento domiciliar por quartis (1º quartil, 2º quartil, 3º quartil e 4º quartil);
- escolaridade do chefe da família (0 a 4, 5 a 8, 9 ou mais anos de estudo);
- região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul ou Centro-oeste);
- situação do domicílio (urbano ou rural).

b) Para os adolescentes que haviam procurado por serviço de saúde nas duas semanas antes da entrevista, foram descritas variáveis relacionadas ao motivo da procura (problema odontológico ou outros), e para aqueles que haviam buscado atendimento odontológico, onde haviam procurado este atendimento (posto ou centro de saúde, consultório odontológico ou outros - consultórios médicos, prontos-socorros ou emergências, hospitais, ambulatórios ou consultórios de empresas ou sindicatos).

As análises foram realizadas com o *software* Stata, versão 10, tomando em conta o desenho

amostral das PNADs, ou seja, foi especificado o peso, os estratos e as unidades primárias de amostragem, todas variáveis disponibilizadas pelo IBGE.

Considerou-se intervalos de confiança de 99% (IC99%) para os coeficientes de prevalência dos desfechos estudados. A significância estatística das diferenças foi analisada por meio destes intervalos, ao nível de 1%.

Este estudo foi realizado com dados obtidos a partir de fontes secundárias (PNADs). As bases de dados disponibilizadas pelo IBGE não permitem a identificação dos sujeitos da pesquisa, garantindo, assim, o anonimato dos mesmos. As pesquisas realizadas pelo IBGE, como as pesquisas nacionais por amostra de domicílios, são feitas pelo Estado Brasileiro para planejar políticas públicas e seguem todos os princípios éticos para pesquisas com seres humanos, exigidos internacionalmente.

RESULTADOS

As características demográficas e socioeconômicas dos adolescentes de 10 a 19 anos de idade incluídos nas amostras das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (PNADs) nos anos 1998 (n= 72.258), 2003 (n= 73.507) e 2008 (n= 70.162) são apresentadas na tabela 1. Observa-se que nas três PNADs a distribuição em relação às variáveis sexo e idade foi semelhante. Em relação à cor da pele, de 1998 a 2008, observou-se um aumento no número de adolescentes de cor da pele preta, parda ou indígena. Quanto à renda mensal domiciliar por quartis, 30,4%, 33,6% e 33,6% das crianças, em 1998, 2003 e 2008 respectivamente, estavam inseridas em uma família na qual a faixa de rendimento mensal domiciliar foi equivalente ao 1º quartil. Quanto à escolaridade, em 1998 e 2008, a maioria dos chefes das famílias tinha até quatro anos de estudo. Já no ano de 2003 houve um maior número de chefes de família (44,1%) com cinco a oito anos de estudo. A maior parte das crianças da amostra residia na região Nordeste nos três anos, 34,5% (1998), 35,3% (2003) e 34,2% (2008). Enquanto a minoria residia no Norte no ano de 1998 (8,7%) e no Centro-Oeste nos anos de 2003 (10,8%) e 2008 (11,0%). Constatou-se uma maior percentagem de indivíduos residindo em domicílios urbanos nas três PNADs (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequências absolutas e relativas (%) das variáveis relacionadas às características socioeconômicas dos adolescentes (10-19 anos) incluídas na amostra. Brasil, 1998, 2003 e 2008.

Variável	PNAD 1998		PNAD 2003		PNAD 2008	
	n	Frequência (%)	n	Frequência (%)	n	Frequência (%)
Sexo						
Masculino	36.356	50,3	37.350	50,8	35.877	51,1
Feminino	35.902	49,7	36.157	49,2	34.285	48,9
Idade (anos)						
10	7.251	10,0	7.186	9,8	7.014	10,0
11	6.997	9,7	7.149	9,7	7.010	9,99
12	7.269	10,1	7.003	9,5	7.206	10,3
13	7.237	10,0	7.138	9,7	7.331	10,5
14	7.262	10,1	7.323	10,0	7.274	10,4
15	7.545	10,4	7.738	10,5	6.984	9,9
16	7.597	10,5	7.659	10,4	7.100	10,1
17	7.287	10,1	7.500	10,2	6.814	9,7
18	7.123	9,9	7.669	10,4	6.699	9,5
19	6.690	9,3	7.142	9,7	6.730	9,6
Cor da pele						
Branca ou amarela	33.594	46,5	32.125	43,7	28.213	40,2
Preta, parda ou indígena	38.655	53,5	41.377	56,3	41.881	59,7
Faixa de rendimento mensal domiciliar <i>per capita</i>						
1°	21.968	30,4	24.701	33,6	25.177	35,9
2°	20.322	28,1	21.179	28,8	20.476	29,2
3°	16.357	22,6	15.593	21,2	14.020	20,0
4°	13.611	18,8	12.034	16,4	10.489	14,9
Escolaridade do chefe da família (anos de estudo)						
0 a 4	40.424	56,2	27.402	37,5	28.814	41,3
5 a 8	16.631	23,1	32.239	44,1	18.179	26,0
9 ou mais	14.927	20,7	13.394	18,3	22.841	32,7
Região de residência						
Norte	6.289	8,7	9.226	12,5	10.523	15,0
Nordeste	24.900	34,5	25.981	35,3	23.981	34,2
Sudeste	22.179	30,7	19.781	26,9	18.335	26,1
Sul	11.079	15,3	10.586	14,4	9.586	13,7
Centro-Oeste	7.811	10,8	7.933	10,8	18.335	11,0
Situação do domicílio						
Urbano	58.254	80,6	61.931	84,3	57.695	82,2
Rural	14.004	19,4	11.576	15,7	12.467	17,7

Nota: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998 (n= 72.258), 2003 (n= 73.507) e 2008 (n= 70.162).

Na tabela 2, contata-se que a prevalência de adolescentes entre 10 e 19 anos que já haviam realizado consulta odontológica na vida foi de 82,9% (IC 99%: 81,9; 83,9) em 1998, 85,1% (IC 99%: 84,2; 86,1) em 2003 e 90,1% (IC 99%: 89,3; 90,9) em 2008. Na mesma tabela 2, ao verificar-se a distribuição da variável consulta odontológica na vida, segundo variáveis relacionadas às

características sociodemográficas das crianças, observou-se um aumento na prevalência de indivíduos que já consultaram ao dentista, tanto do sexo feminino quanto do masculino ao longo dos anos. Houve um aumento gradativo no percentual de crianças que tiveram consulta odontológica conforme o aumento da idade destas. Com dez anos de idade, a prevalência em 1998 foi de 74,3% (IC 99%: 72,1; 76,3), em 2003 78,1% (IC 99%: 76,3; 79,9) e em 2008 85,2% (IC 99%: 83,6; 86,7), enquanto aos 19 anos aumentou para 90,4% (IC 99%: 89,0; 91,7) em 1998, 91,5% (IC 99%: 90,3; 92,7) em 2003 e 95,3% (IC 99%: 94,4; 96,0) em 2008. No tocante ao recebimento de consulta odontológica na vida, nos três anos houve preponderância dos adolescentes de cor da pele branca ou amarela em relação aquelas de cor preta, parda ou indígena (Tabela 2).

Quanto aos dados referentes à faixa de rendimento domiciliar por quartis, observa-se, na tabela 2, que quanto maior é a renda, maior o número de adolescentes que foram ao dentista. Entretanto, verifica-se que houve um acréscimo no número de adolescentes que passaram por consulta odontológica na vida que estão inseridos em famílias com até um quartil de renda, visto que em 1998 65,9% (IC 99%: 63,5; 68,2) destes foram ao dentista, enquanto que em 2003 71,7% (IC 99%: 69,7; 73,7) e em 2008 essa percentagem aumenta para 81,6% (IC 99%: 79,9; 83,2). Ainda, no que tange o acesso à consulta odontológica, preponderaram os adolescentes residentes em domicílios chefiados por pessoas com maior número de anos de estudo. Em relação à escolaridade do chefe do domicílio, 75,8% (IC 99%: 74,2; 77,3) em 1998, 74,5% (IC 99%: 72,7; 76,2) em 2003 e 83,7% (IC 99%: 82,2; 85,2) em 2008 dos adolescentes pertencentes a famílias com chefes com até quatro anos de estudo já haviam ido ao dentista. Contra 96,4% (IC 99%: 95,7; 97,0), 96,5% (IC 99%: 95,9; 97,0) e 96,5% (IC 99%: 96,0; 97,0) em 1998, 2003 e 2008 respectivamente, das residentes em domicílios em que o chefe destes tinha 9 ou mais anos de estudo (Tabela 2).

Ainda na tabela 2, verifica-se que quanto à região da residência, no Nordeste, um menor número de adolescentes foi ao dentista na faixa etária considerada, nos três anos comparados. De todos os adolescentes desta região incluídos na amostra, foram ao dentista 69,2% (IC 99%: 66,5; 71,8) em 1998, 72,5% (IC 99%: 70,1; 74,8) em 2003 e 82,6% (IC 99%: 80,5; 84,5) em 2008. Em relação a quem teve mais acesso, adolescentes que residiam no Sul apresentaram um maior percentual, sendo em 1998, 91,0% (IC 99%: 89,4; 92,4), em 2003, 93,8% (IC 99%: 92,7; 94,7) e 2008, 95,8% (IC 99%: 94,8; 96,6). Ainda, a prevalência de consulta odontológica na vida foi maior entre os adolescentes residentes em área urbana em 1998, 87,7% (IC 99%: 86,9; 88,5), em 2003, 88,5% (IC 99%: 87,7; 89,3) e em 2008, 92,5% (IC 99%: 91,9; 93,0), em comparação com a área rural. Nesta, foram ao dentista 65,5% (IC 99%: 62,3; 68,7) dos adolescentes em 1998, 68,9% (IC 99%: 65,6; 72,2) em 2003 e 79,7% (IC 99%: 76,7; 82,5) em 2008 (Tabela 2).

Tabela 2 - Prevalências (%) da realização de consulta odontológica na vida entre adolescentes (10-19 anos), segundo variáveis sociodemográficas. Brasil, 1998, 2003 e 2008.

Variável	PNAD 1998		PNAD 2003		PNAD 2008	
	Prevalência (%)	IC99%*	Prevalência (%)	IC99%*	Prevalência (%)	IC99%*
Sexo						
Masculino	80,9	79,7;82,1	83,6	82,5;84,6	89,2	88,3;90,1
Feminino	84,9	83,9;86,0	86,8	85,8;87,7	91,0	90,2;91,8
Idade (anos)						
10	74,3	72,1;76,3	78,1	76,3;79,9	85,2	83,6;86,7
11	76,0	74,1;77,8	80,3	78,5;81,9	85,7	84,2;87,1
12	77,3	75,4;79,1	81,5	79,9;83,1	86,8	85,2;88,3
13	80,0	78,2;81,7	82,8	81,1;84,5	88,6	87,1;89,9
14	82,1	80,3;83,8	85,0	83,4;86,5	90,2	88,8;91,4
15	84,7	83,1;86,2	85,7	84,2;87,2	91,0	89,6;92,2
16	87,3	85,9;88,5	87,2	85,8;88,6	92,0	90,7;93,2
17	88,0	86,6;89,3	88,2	86,8;89,4	92,6	91,4;93,7
18	89,5	88,1;90,7	90,1	88,1;91,1	94,1	93,1;95,0
19	90,4	89,0;91,7	91,5	90,3;92,7	95,3	94,4;96,0
Cor da pele						
Branca ou amarela	90,0	89,1;90,9	91,3	90,5;92,1	94,3	93,7;94,9
Preta, parda ou indígena	75,9	74,1;77,6	79,5	78,0;80,8	86,9	
Faixa de rendimento mensal domiciliar per capita						
1°	65,9	63,5;68,2	71,7	69,7;73,7	81,6	79,9;83,2
2°	83,7	82,3;85,0	85,5	84,4;86,6	91,2	90,4;92,0
3°	92,8	91,9;93,6	94,1	93,3;94,7	96,3	95,7;96,9
4°	97,0	96,3;97,5	98,2	97,7;98,6	98,5	98,0;98,8
Escolaridade do chefe da família (anos de estudo)						
0 a 4	75,8	74,2;77,3	74,5	72,7;76,2	83,7	82,2;85,2
5 a 8	89,7	88,6;90,6	89,1	88,3;89,8	92,5	91,7;93,3
9 ou mais	96,4	95,7;97,0	96,5	95,9;97,0	96,5	96,0;97,0
Região de residência						
Norte	83,2	79,9;86,1	83,2	78,9;86,8	86,4	83,1;89,1
Nordeste	69,2	66,5;71,8	72,5	70,1;74,8	82,6	80,5;84,5
Sudeste	90,1	89,0;91,0	91,7	90,7;92,5	94,4	93,6;95,1
Sul	91,0	89,4;92,4	93,8	92,7;94,7	95,8	94,8;96,6
Centro-Oeste	87,5	85,3;89,5	90,4	88,9;91,8	93,8	92,1;95,2
Situação do domicílio						
Urbano	87,7	86,9;88,5	88,5	87,7;89,3	92,5	91,9;93,0
Rural	65,5	62,3;68,7	68,9	65,6;72,2	79,7	76,7;82,5
Total	82,9	81,9;83,9	85,1	84,2;86,1	90,1	89,3;90,9

* Intervalo de confiança de 99%

Nota: elaboração própria a partir dos microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1998 (n= 72.258), 2003 (n= 73.507) e 2008 (n= 70.162).

Em 1998, na avaliação da procura por serviços de saúde nas duas últimas semanas, entre os 72.258 adolescentes considerados, 8,1% (IC 99%: 7,7; 8,5) haviam buscado atendimento, 23,0% (IC

99%: 21,0; 25,1) destes, por problema odontológico. Dentre os adolescentes que haviam procurado por atendimento odontológico nas duas semanas anteriores à entrevista, 72,6% (IC 99%: 67,6; 77,7) buscaram atendimento em consultório odontológico, 15,9% (IC99%: 12,0; 19,7) em posto ou centro de saúde e 11,5% (IC99%: 7,5; 15,4) procuram por outros locais, como: consultórios médicos, prontos-socorros ou emergências, hospitais, ambulatórios ou consultórios de empresas ou sindicatos.

Em 2003, em relação à procura por serviços de saúde nas duas últimas semanas, entre os 73.507 adolescentes incluídos, 8,8% (IC 99%: 8,4; 9,2) haviam buscado atendimento, 18,2% (IC 99%: 16,4; 19,9) destes, por problema odontológico. Dentre os que haviam procurado por atendimento odontológico nas duas semanas anteriores à entrevista, 69,5% (IC 99%: 64,0; 75,1) buscaram atendimento em consultório odontológico, 21,5% (IC99%: 16,8; 26,2) em posto ou centro de saúde e 8,9% (IC99%: 5,8; 12,1) procuram por outros locais, como: consultórios médicos, prontos-socorros ou emergências, hospitais, ambulatórios ou consultórios de empresas ou sindicatos.

Já em 2008, na avaliação da procura por serviços de saúde nas duas últimas semanas, entre os 70.162 adolescentes considerados, 12,2% (IC 99%: 11,6; 12,9) haviam buscado atendimento, 38,9% (IC 99%: 36,2; 41,6) destes, por problema odontológico. Dentre os adolescentes que procuraram por atendimento odontológico nas duas semanas anteriores à entrevista, 67,4% (IC 99%: 62,9; 72,0) buscaram atendimento em consultório odontológico, 24,6% (IC99%: 20,2; 29,0) em posto ou centro de saúde e 7,9% (IC99%: 5,6; 10,3) buscaram por outros locais.

DISCUSSÃO

O interesse e a preocupação com prestação de serviços de saúde bucal no Brasil vêm crescendo expressivamente nos últimos anos, exemplo disso é a inclusão, a partir da PNAD de 1998, de um módulo suplementar, para obter informações atualizadas de base populacional e abrangência nacional sobre acesso e utilização de serviços de saúde, incluindo os serviços odontológicos. Nesse contexto, no presente estudo, investigou-se a situação de acesso e utilização de serviços odontológicos entre crianças de dez a 19 anos, segundo características sociodemográficas.

Neste trabalho, verificou-se que a maioria dos adolescentes entre dez e 19 anos já passaram por consulta odontológica. De acordo com os resultados encontrados, verifica-se que 82,9% em 1998, 85,1% em 2003 e 90,1% dos adolescentes brasileiros já foram ao dentista ao longo da vida. Por outro lado, esses dados também demonstram que uma parcela significativa da população adolescente do país ainda não o fez, o que é preocupante, uma vez que na falta de assistência odontológica pode haver agravamento de alterações bucais, substituindo uma intervenção que visaria à promoção da saúde, se realizada em tempo adequado, por procedimentos invasivos, muitas vezes mutilantes e onerosos (JUNQUEIRA et al., 2012).

Quanto à prevalência de consulta odontológica relacionada à variável sexo, não houve diferença significativa entre meninos e meninas, sendo que dados semelhantes já foram encontrados por outros pesquisadores (MANHÃES; COSTA, 2008; BALDANI et al., 2011), no entanto, observou-se um aumento de crianças, de ambos os sexos, que consultaram o dentista, com o passar dos anos.

Em relação à cor da pele, neste trabalho, indivíduos do grupo de brancos ou amarelos foram mais ao cirurgião-dentista do que as de cor preta, parda ou indígena. Um estudo realizado com indivíduos de 11 a 12 anos, de 131 cidades do estado de São Paulo, Brasil, também identificou desigualdades raciais no acesso e utilização de serviços odontológicos entre crianças negras e brancas, em que negros tiveram menos acesso a atendimento odontológico que brancos. Os mesmos pesquisadores verificaram ainda que em cidades com maior orçamento *per capita* anual e maior investimento em despesas com saúde e prestação de serviços públicos odontológicos apresentaram redução em relação à desigualdade étnica no acesso e utilização de serviços odontológicos (ANTUNES et al., 2003).

Em relação à renda domiciliar *per capita* e escolaridade dos chefes de família, a partir dos dados constatados, pode-se relacionar uma maior prevalência do acesso aos serviços odontológicos, na medida em que aumenta a renda mensal *per capita* e escolaridade dos chefes nas famílias as quais os adolescentes estavam inseridos. A associação entre melhores condições socioeconômicas e maior acesso aos serviços de saúde odontológicos já foi verificada em vários outros trabalhos (BARROS; BERTOLDI, 2002; NORO et al., 2008; MANHÃES; COSTA, 2008; BALDANI et al., 2011; BALDANI; ANTUNES, 2011) e indica a necessidade de se promoverem ações que ampliem o acesso para a população de baixa renda e menor escolaridade (BALDANI; ANTUNES, 2011; MUIRHEAD et al., 2009).

Neste estudo, percebeu-se um aumento na realização da consulta odontológica entre os adolescentes ao longo dos três anos (1998, 2003 e 2008), especialmente em famílias com até um quartil de renda mensal *per capita* e com chefes com até quatro anos de estudo. Esses dados podem ser reflexo da implementação de políticas de saúde pública no Brasil, que visa à inclusão social. Alguns exemplos são a inclusão dos serviços odontológicos na Estratégia de Saúde da Família em 2000, que possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, bem como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas em 2004, no âmbito do programa Brasil Sorridente, que ampliaram a oferta de atendimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica para a população brasileira (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Em relação à região censitária, observa-se um maior acesso e utilização de atendimentos odontológicos na região Sul ao longo dos três anos, no entanto, verifica-se um aumento evidente no número de adolescentes da região nordeste, que realizaram consulta. Outros estudos revelam que a disponibilidade e a facilidade de acesso a serviços odontológicos em certas regiões interferem nos padrões de acesso e de uso de serviços odontológicos (SCHWARZ, 2006). Ainda, apesar da grande melhora na condição de saúde bucal, de maneira geral, no Brasil, o índice médio de CPO-D é desigual e não homogêneo entre as diferentes regiões do Brasil (PINHEIRO; TORRES, 2006).

Quanto à situação dos domicílios dos adolescentes incluídos na mostra, na zona urbana, mais indivíduos foram ao dentista, comparando-se à zona rural. Segundo alguns autores, esse fato se deve principalmente a estrutura social, crenças, família e recursos da comunidade, que possuem uma significativa influência na distribuição de serviços de saúde (BALDANI et al., 2011). Assim, como, muitas vezes, as condições de vida na zona rural e a estrutura social desigual impossibilitam que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis (ABREU et al., 2005).

Quanto à busca por serviços odontológicos nas duas semanas anteriores à entrevista, constatou-se que houve diminuição no percentual da procura por consultórios odontológicos e aumento da busca por atendimento odontológico no serviço público, entre 1998 e 2008. No entanto, este aumento da procura por postos ou centros de saúde foi pequeno, quando comparado à procura por serviços privados. Assim, ao que parece, apesar da implementação das políticas do SUS no Brasil, como a inclusão da saúde bucal na estratégia de saúde da família e a criação do Programa Brasil Sorridente, ambos realizados com o intuito de ampliar o acesso e utilização dos serviços de saúde odontológica para a população de forma gratuita, grande parte desta ainda procura por serviços privados no que diz respeito à Odontologia. Comparando os diferentes setores, percebe-se uma associação do setor público a um atendimento não tão eficaz, em relação ao setor privado, ao qual se dá caráter autônomo e eficiente. Isso na prática acaba refletindo diretamente sobre a procura por consultas essencialmente pagas (FINKLER et al., 2009).

As limitações do presente estudo estão relacionadas, principalmente, a aspectos metodológicos da PNAD. É importante ressaltar que todos os dados analisados são provenientes de informações referidas pelos entrevistados, ou seja, pelos próprios adolescentes ou por seus responsáveis. Assim, os resultados do estudo podem estar sujeitos a viés de informação, resultando em subestimação ou superestimação das prevalências apresentadas. Outra limitação deste estudo é que, sendo de corte transversal, não permite inferências quanto à relação de causalidade, embora o grau de escolaridade permaneça normalmente estável durante a vida, não sendo afetado pela ocorrência de doença e incapacidade na idade adulta, como sucede com a variável renda.

Ainda, o acesso aos serviços odontológicos parece refletir, entre outros aspectos, a percepção da população sobre sua saúde bucal (SANDERS; SLADE, 2006). Sendo assim, junto ao aumento no emprego de medidas preventivas que demonstraram resultados positivos como a fluoretação das águas de abastecimento público, é preciso promover a educação em saúde bucal, especialmente através de ações coletivas que esclareçam a população quanto a sua importância. Isso é essencial para a melhoria das condições bucais desta, de forma que não se permita perder de vista a importância da assistência odontológica, a fim de promover a saúde, diminuindo o sofrimento e buscando a recuperação de condições de saúde bucal (NORO et al., 2008). Aliado a isso, deve haver disponibilização de serviços de atenção odontológica gratuitos de boa qualidade.

CONCLUSÕES

Os resultados mostraram que o acesso aos serviços odontológicos e sua utilização, entre os adolescentes brasileiros, de 1998 a 2008, estão relacionados a fatores socioeconômicos. De fato, os adolescentes inseridos em famílias de maior renda e escolaridade tiveram mais acesso ao atendimento odontológico. Além do mais, foi evidenciado também que o setor privado é o mais procurado para realização de consultas. Porém, houve um aumento no número de adolescentes provenientes de famílias com até um quartil de renda mensal *per capita* e com chefes com até quatro anos de escolaridade que já consultaram o dentista. As consultas pelo SUS também aumentaram no decorrer dos últimos anos. Isso pode ser um reflexo da implementação de políticas de saúde pública no Brasil, com vistas à inclusão social, como a adição dos serviços odontológicos na Estratégia de Saúde da Família no ano 2000 e a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas em 2004.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G; PORDEUS, I. A; MODENA, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 245-59, 2005.
- ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-5, 2010.
- ANTUNES, J. L. F. et al. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. **International Dental Journal**, v. 53, n. 1, p. 7-12, 2003.
- BALDANI, M. H.; ANTUNES, J. L. Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, Suppl.2, p. 272-83, 2011.
- BALDANI, M. H. et al. Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 71, n. 1, p. 46-53, 2011.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-17, 2002.
- CLEATON-JONES, P.; FATTI, P.; BÖNECKER, M. Dental caries trends in 5- to 6-year-old and 11- to 13-year-old children in three unicef designated regions -sub saharan africa, middle east and north africa, latinamerica and caribbean: 1970-2004. **International Dental Journal**, v. 56, n. 5, p. 294-300, 2006.

ECKERSLEY, A. J.; BLINKHORN, F. A. Dental attendance and dental health behaviour in children from deprived and non-deprived areas of Salford, north-west England. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 11, n. 2, p. 103-9, 2001.

ERICSSON, J. S. et al. Oral health-related perceptions, attitudes, and behavior in relation to oral hygiene conditions in an adolescent population. **European Journal of Oral Sciences**, v. 120, n. 4, p. 335-41, 2012.

FINKLER, M. Relação público-privado na odontologia brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, n. 1, p. 91-112, 2009.

HASHIM-NAINAR, S. M.; STRAFFON, L. H. Targeting of the year one dental visit for United States children. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 13, n. 4, p. 258-63, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 1998. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/brasilpnad2003.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/brasilpnad2008.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

JUNQUEIRA, S. R.; FRIAS, C. A.; ARAUJO, M. E. Saúde bucal e o uso de serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 1015-24, 2012.

KRAMER, P. F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 150-6, 2008.

MANHÃES, A. L. D.; COSTA, A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 207-18, 2008.

MUIRHEAD, V. E. et al. Predictors of dental care utilization among working poor Canadians. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 37, n. 3, p. 199-208, 2009.

NORO, L. R. A. et al. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1509-16, 2008.

PINHEIRO, R. S.; TORRES, T. Z. G. D. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 999-1010, 2006.

SANDERS, A. E.; SLADE, G. D. Deficits in perceptions of oral health to general health in populations. **Journal of Public Health Dentistry**, v. 66, n. 4, p. 255-62, 2006.

SCHWARZ, E. Access to oral health care – an Australian perspective. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 34, n. 3, p. 225-31, 2006.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, Suppl.2, p.190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; LAGUARDIA, J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 98-112, 2008.

WERNECK, R. L. Early childhood caries and access to dental care among children of portuguese-speaking immigrants in the city of Toronto. **Journal Of The Canadian Dental Association**, v. 74, n. 9, p. 805, 2008.