



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO REGULAR DE
SERVIÇO ODONTOLÓGICO: UM ESTUDO DE BASE-
POPULACIONAL**

MARIA BEATRIZ J. DE CAMARGO

ORIENTADOR: ALUÍSIO J. D. BARROS
CO-ORIENTADOR: SAMUEL DE C. DUMITH

PELOTAS, OUTUBRO DE 2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO REGULAR DE
SERVIÇO ODONTOLÓGICO: UM ESTUDO DE BASE-
POPULACIONAL**

MESTRANDA MARIA BEATRIZ J. DE CAMARGO

ORIENTADOR: ALUÍSIO J. D. BARROS
CO-ORIENTADOR: SAMUEL DE C. DUMITH

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências (área do conhecimento: Epidemiologia).

PELOTAS, OUTUBRO DE 2008

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO USO REGULAR DE
SERVIÇO ODONTOLÓGICO: UM ESTUDO DE BASE-
POPULACIONAL**

Banca examinadora

Prof. Dr. Aluísio J. D. Barros
Presidente da banca – UFPel

Prof. Dr. Juraci A. César
Membro da banca – UFPel

Prof. Dr. Marco Aurélio Peres
Membro da banca – UFSC

PELOTAS, 21 DE OUTUBRO DE 2008

*De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos
antes de terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!*

Fernando Sabino

AGRADECIMENTOS

À minha família

Aos meus pais (Olga, Octacílio e Eduardo), pelo exemplo de vida, e pelo amor incondicional à família.

À minha mãe, Olga, que depois de saber que as netas ficariam bem apesar da mãe ter resolvido fazer mestrado, me apoiou e esteve sempre de prontidão para qualquer emergência.

Ao Octacílio, por tantas vezes ter me escutado.....desde a época da faculdade.

Ao meu pai, Eduardo (*in memoriam*) que sempre se fez presente.

Às minhas irmãs Alice, Lúcia e Sílvia, pelo exemplo de mulheres guerreiras, que lutam por tudo que desejam.

Ao meu marido, Fausto, que sempre esteve comigo nestes 28 anos juntos, pelo apoio e incentivo.

As minhas filhas: Julia, pelo carinho e por ter ocupado o meu lugar muitas vezes no auxílio as suas irmãs e a Laura e Mariana pelo companheirismo e compreensão.

A todo pessoal do CPE

Para mim foi um privilégio voltar a estudar em um programa de tão alto nível, com pessoas tão competentes.

A todos os professores, pelos muitos conhecimentos transmitidos e compartilhados.

Ao Aluísio, meu orientador, pela paciência, por compartilhar comigo um pouco do muito que sabe. Por me fazer gostar de estatística e enxergar além dos números.

Ao Samuel meu co-orientador sempre presente e atencioso, por ter construído este trabalho comigo.

Aos funcionários, em especial a Lenir, pois sem o seu cafezinho teria sido bem mais difícil.

A TODOS os colegas do mestrado, foi muito bacana conhecer cada um de vocês.

As amigas, Gisele e Vera, embora as nossas vidas tomem rumos diferentes, a partir de agora, que a nossa amizade nunca se perca.

Ao grupo de estudo para a prova de qualificação: Beatriz e Clara, amigas tão jovens e tão determinadas e ao grande amigo Giovâni pelo apoio durante TODO o curso. Estudamos muito, porém, aquelas tardes ficarão sempre guardadas em minha lembrança como momentos muito especiais.

Aos amigos

Tania e Vladen que além de amigos serão sempre meus professores e responsáveis por minha vontade de voltar a estudar.

Aos amigos da faculdade de Odontologia: Eduardo, Flávio e Lisa que confiaram na minha capacidade e torceram por mim.

SUMÁRIO

SEÇÃO	TÓPICOS	PÁGINA
I	PROJETO DE PESQUISA	1
1.	Introdução	2
1.1.	Revisão de literatura.....	4
1.1.1	Estratégias de busca e seleção de artigos	4
1.1.2	Definições de utilização regular de serviços odontológicos.....	5
1.1.3	Mensuração da autopercepção de necessidade de tratamento	8
1.1.4	Prevalências e fatores associados a padrões de utilização de serviços odontológicos.	9
1.2	Marco teórico.....	15
1.3	Justificativa.....	17
1.4	Objetivos	18
1.4.1	Objetivo geral	18
1.4.2	Objetivos específicos.....	18
1.5	Hipóteses	19
2.	Metodologia.....	19
2.1	Delineamento e justificativa.....	19
2.2	Local do estudo e população alvo	19
2.2.1	Local do estudo	19
2.2.2	População alvo.....	22
2.3	Critérios de elegibilidade	22
2.3.1	Critérios de inclusão	22
2.3.2	Critérios de exclusão	22
2.4	Tamanho da amostra	22
2.4.1	Cálculo do tamanho da amostra para prevalência	23
2.4.2	Cálculo do tamanho da amostra para associações	23
2.5	Amostragem	25
2.6	Definição operacional das variáveis	25
2.6.1	Definição do desfecho	25
2.6.2	Operacionalização do desfecho	26
2.6.3	Definição operacional das exposições	26
2.7	Estudos pré-piloto e piloto	28
2.7.1	Estudo pré-piloto	28
2.7.2	Estudo piloto.....	28
2.8	Plano de análises	28
3.	Cronograma	30
4.	Aspectos éticos	31

5.	Divulgação dos resultados	31
6.	Financiamento	31
7.	Bibliografia	32
II	RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	36
1.	Introdução	37
2.	Definição do tamanho de amostra do consórcio	37
3.	Processo de amostragem.....	37
4.	Elaboração dos questionários e manual de instruções para as entrevistadoras	38
5.	Recrutamento, seleção de entrevistadoras e estudo piloto	39
6.	Reconhecimento dos setores censitários	40
7.	Reconhecimento dos domicílios	41
8.	Logística do trabalho de campo	41
9.	Controle de qualidade	41
10.	Perdas e recusas.....	42
11.	Digitação e processamento dos dados.....	43
12.	Alterações no projeto.....	43
III	MATÉRIA PARA A IMPRENSA.....	44
IV	ARTIGO	46
V	ANEXOS	73
1.	Instrumento do estudo.....	74
2.	Instruções para publicação	78

I.PROJETO DE PESQUISA

1. INTRODUÇÃO

Na década de 60, o amplo debate realizado em várias partes do mundo, salientando a determinação econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva neste campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. A Declaração de Alma-Ata (1978)¹ rompe com a visão tradicional que associa saúde a intervenções curativas e propõe uma nova visão do processo saúde doença, onde a prevenção e promoção da saúde ganham espaço e deveriam servir de base para reorientação dos serviços.

No Brasil, o movimento de luta pela melhoria da saúde nasce fundamentalmente nas universidades brasileiras nos inícios dos anos 70 e, desde então, se consolidam as críticas ao modelo excludente de organização dos serviços de saúde e à ineficiência da incorporação indiscriminada de tecnologias. Ao mesmo tempo, se propõem novos sistemas de saúde que respondam às necessidades dos novos tempos¹.

Neste contexto, a odontologia no Brasil também vem passando por grandes modificações. Medidas como a adição do flúor na água de abastecimento e nos dentifrícios e a orientação e intervenção nas escolas impactaram positivamente na saúde bucal da população. No início da década de 80 o acesso à odontologia era predominantemente privado e individual, com ênfase em ações curativas. Era necessário, portanto, readequar os serviços públicos e privados visando a prevenção e a promoção da saúde, bem como a instrumentalização da população sobre a doença e a importância de se utilizar os serviços de saúde de forma regular, dando prioridade a procedimentos preventivos².

Entende-se por utilização de serviços de forma regular quando os indivíduos utilizam os serviços periodicamente, priorizando consultas de rotina, sem uma queixa específica, como dor. A periodicidade pode variar em função do risco individual, familiar e social. Não existe consenso na literatura em relação ao período mínimo entre as consultas para caracterizar uso regular³⁻⁷.

Com o intuito de requalificar a atenção em saúde bucal, o Ministério da Saúde, a partir de 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde

da Família (PSF) através da criação das equipes de saúde bucal proporcionando a integralidade do cuidado. Mais recentemente, com a criação da Política Nacional de Saúde Bucal⁸, novos avanços estão sendo implantados como a criação dos centros de especialidades para procedimentos de média complexidade. Este processo de requalificação da atenção básica está em permanente construção e se apresenta em estágios diferentes entre regiões e municípios brasileiros⁹. Dificuldades em se trabalhar em equipe, capacitação dos profissionais para atuar na perspectiva de um novo modelo de atenção onde a educação em saúde tenha, um importante papel na melhora do autocuidado dos indivíduos tem sido relatados por diversos pesquisadores como desafios a serem enfrentados para solidificação da odontologia no Sistema Único de Saúde^{10, 11}.

Em pesquisas populacionais realizadas no Brasil, podemos observar uma significativa redução na prevalência de cáries nos adolescentes com 12 anos de idade nos levantamentos de 1986 e 2003 que apresentavam um CPOD¹ médio de 6,7 e 2,8 respectivamente. Para adultos e idosos a situação ainda está muito distante de uma boa condição de saúde bucal^{12 13}, observando para a faixa etária dos 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade uma média aproximada de 13 e 26 dentes perdidos respectivamente¹³.

Apesar do grande avanço nestes últimos dez anos, o acesso aos serviços odontológicos ainda é bastante reduzido. Dados do Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003¹⁴ mostram uma prevalência de consultas odontológicas em um período menor ou igual a um ano para as faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade de 38% e 17% respectivamente, sendo que menos da metade foi atendido no serviço público¹³.

O conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda, e destas em uso¹⁵.

Muitos pesquisadores têm utilizado o modelo desenvolvido por Andersen & Newman (1973)¹⁶ para mostrar a relação entre os diversos fatores que intervêm na conduta de utilização dos serviços de saúde, em que variáveis independentes são divididas em três grupos: predisposição, facilitação e necessidade.

¹ Índice que mede a história de cárie do indivíduo através da mensuração de dentes cariados, obturados e perdidos.

No primeiro grupo, a predisposição do indivíduo para usar os serviços de saúde incluiria variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado conjugal, cor da pele e escolaridade), atitudes e opiniões (valor dado à saúde, conhecimento sobre a doença e opinião sobre o tratamento). Ter plano de saúde e acesso à fonte regular de cuidado odontológico estaria associado à facilitação ao uso dos serviços e fazem parte do segundo grupo. No terceiro grupo de variáveis estão incluídas a autopercepção de necessidade de uso e o diagnóstico da doença avaliado por profissionais.

No Brasil, entretanto, ainda são escassos os estudos sobre os fatores associados ao uso regular de serviços odontológicos⁷. Provavelmente em nosso país encontraremos diferenças entre os resultados obtidos em estudos realizados em países com um nível de desenvolvimento maior e com sistemas de atenção odontológica diferentes dos nossos. Desta forma, o presente estudo se propõe a avaliar a associação entre algumas variáveis de predisposição, facilitação e necessidade com a utilização de serviços odontológicos de forma regular por adultos na cidade de Pelotas, RS.

1.1 Revisão de literatura

1.1.1 Estratégias de busca e seleção dos artigos

Para a elaboração da revisão de literatura, foi realizada uma busca em quatro bases de dados eletrônicas: **Pubmed, Biomed Central, Lilacs e Scielo**. Para essa busca, utilizaram-se os seguintes descritores: “*dental care*”, “*oral health*”, “*dentistry*” e “*odontology*” combinados com “*health services utilization*” ou “*regular attenders*”. Na base de dados Lilacs, esses termos foram empregados em português – “saúde bucal”, “utilização de serviços”, “assistência odontológica”, “utilização de serviços de saúde” e “acesso a serviços de saúde”. Inicialmente, não se limitou nenhum campo da busca. Com base no título do artigo, selecionaram-se todos os resumos que pudessem ser relevantes para a elaboração da revisão de literatura. De posse de todos os resumos, selecionaram-se apenas os artigos originais ou de revisão e com população de adultos e/ou adolescentes. Dos resumos que foram considerados relevantes, buscou-se o artigo completo. Esses artigos foram lidos na íntegra, e, posteriormente, foram selecionados aqueles que melhor atendessem às demandas

deste estudo. Dentre os artigos selecionados, procedeu-se ao exame de suas referências bibliográficas, a fim de detectar mais algum outro artigo importante para o trabalho, que não constasse em nenhuma base de dados pesquisada.

1.1.2 Definições de utilização regular de serviços odontológicos

Várias definições foram encontradas na literatura pesquisada para caracterizar usuários regulares de serviços odontológicos.

George (2007)³, ao realizar um estudo para determinar o impacto do padrão de atendimento odontológico dos pacientes sobre sua saúde bucal e sobre a qualidade do tratamento recebido em um hospital-escola, enfatizando também o motivo para o não comparecimento às consultas, considerou como regulares os indivíduos que compareciam aos retornos.

Em uma pesquisa com o objetivo de descrever o padrão de utilização dos serviços odontológicos e fatores associados entre adolescentes chilenos, foi definido como padrão de regularidade de utilização ter realizado no mínimo uma consulta no último ano¹⁷.

Ter realizado uma consulta no último ano cujo motivo não tenha sido dor ou emergência foi o critério utilizado por McGrath & Bedi (2003)¹⁸ para definir a utilização de forma regular em um estudo que objetivou determinar associações entre o método de pagamento pelos serviços odontológicos e a percepção de necessidade de tratamento. Critério semelhante para utilização de forma regular foi adotado por um estudo realizado na Tanzânia que, dentre outros objetivos, comparou comportamentos relacionados à saúde bucal de estudantes universitários através de dois estudos transversais realizados em 1999 e 2001⁶.

Outros pesquisadores^{4,19-22}, por estarem mais interessados no comportamento em longo prazo de utilização de serviço do que propriamente no comportamento atual (tempo e motivo da última consulta) definiram como desfecho de interesse a regularidade da utilização dos serviços odontológicos. A operacionalização deste desfecho se deu através da seguinte pergunta: qual das afirmações abaixo melhor descreve as suas visitas com o dentista: a) Eu nunca vou ao dentista; b) Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou gengiva; c) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não; d) Eu vou ao dentista regularmente. Em resposta a esta questão

foram classificados como usuário regular (alternativas “c” ou “d”) ou usuário ocasional (alternativas “a” ou “b”).

Gilbert (1997)²², com o propósito de avaliar a associação entre atitudes, opiniões e conhecimentos sobre a saúde bucal e o padrão de utilização dos serviços odontológicos, conduziu análises paralelas para três diferentes desfechos : a) a regularidade de utilização dos serviços; b) o intervalo desde a última visita ao Dentista; c) a regularidade das revisões/consultas de rotina. As conclusões foram muito similares e os desfechos estavam fortemente correlacionados (coeficiente de Spearman variou de 0,61 a 0,71). Exemplificando, algumas atitudes e opiniões sobre o cuidado odontológico, raça e características de facilitação foram significativamente associadas com os três tipos de utilização dos serviços.

Algumas das principais definições de usuário regular encontradas na literatura podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Principais critérios para definições de “usuário regular”, de acordo com: autor, ano, país, tamanho e idade da amostra.

Autor	Ano	País	N	Faixa etária	Definição de usuário regular
Astrom & Masalu ⁶	2001	Tanzânia	1000 e 1065	≥ 19 anos	Ter realizado no mínimo uma consulta no último ano para fins de revisão.
George et al ³	2007	Arábia Saudita	288	≥ 15 anos	Pacientes que relataram terem comparecido aos retornos agendados.
Gilbert et al ⁵	2002	Estados Unidos	873	≥ 45 anos	Indivíduos que relataram ir ao dentista às vezes, tendo ou não um problema, ou os que disseram ir regularmente ao dentista.
Heft et al ⁴	2003	Estados Unidos	873	≥ 45 anos	Indivíduos que relataram ir ao dentista às vezes, tendo ou não um problema, ou os que disseram ir regularmente ao dentista.
Lopes & Baelum ¹⁷	2007	Chile	9203	12 – 21 anos	Ter realizado no mínimo uma consulta no último ano.
Matos et al ⁷	2001	Brasil	1221	≥ 18 anos	Ter realizado no mínimo um consulta no último ano e ser a revisão o principal motivo para tal.
McGrath & Bedi ¹⁸	2003	Inglaterra	2718	≥ 16 anos	Ter realizado uma consulta no último ano por qualquer razão que não fosse dor ou emergência.
Riley et al ¹⁹	2006	Estados Unidos	873	≥ 45 anos	Indivíduos que relataram que vão ao dentista às vezes, tendo ou não um problema, ou os que disseram ir regularmente ao dentista.

1.1.3. Mensuração da autopercepção de necessidade de tratamento

Para promover a utilização de serviços de forma regular é necessário compreender os fatores que influenciam a autopercepção de necessidade de tratamento bem como as variáveis que podem predizer este padrão de atendimento. Avaliações de autopercepção de necessidade estão muito mais associadas a sinais e sintomas do que a necessidades normativas – aquelas obtidas através da avaliação de um profissional. Problemas odontológicos ocorrem muitas vezes sem que o indivíduo perceba necessidade de tratamento até que os sintomas sejam evidenciados. Por outro lado, a consciência da importância de se utilizar os serviços de forma regular pode mesmo o indivíduo estando assintomático, gerar uma positiva autopercepção de necessidade de uso. Foram encontrados na literatura resultados conflitantes a respeito da relação entre autopercepção de necessidade de uso com a utilização de forma regular.

Tickle (1997)²³ encontrou como maior preditor de necessidade de tratamento ter história de utilização de serviços odontológicos de forma regular. Por outro lado, ser usuário regular foi associado a não ter autopercepção de necessidade de tratamento para Matos(2001)⁷.

Em relação à mensuração da autopercepção de necessidade de tratamento duas maneiras foram encontradas. Uma responde à pergunta de maneira dicotômica “sim ou não”, a outra apresenta respostas em escala nominal de quatro pontos onde as seguintes respostas podem ser escolhidas: (a) sim, para fazer uma revisão; (b) não, está tudo bem com meus dentes; (c) sim, estou com dor ou tenho algum problema para resolver; (d) não, embora eu tenha um problema para resolver, ele pode esperar.

Através das respostas “sim” ou “não” para medir a autopercepção de necessidade de tratamento, importantes informações sobre problemas dentais e a relação destes com a percepção de necessidade de tratamento deixam de ser esclarecidas. Exemplificando, uma resposta afirmativa para um usuário regular pode indicar que não há um problema atual, mas que está na hora de realizar uma revisão. Entretanto para outros uma resposta afirmativa pode significar que existe um problema para ser resolvido. Estas duas situações descrevem cenários diferentes com uma mesma resposta. Igualmente uma resposta negativa pode significar que não há nenhum problema atual ou que mesmo tendo um problema o

indivíduo não deseja resolvê-lo naquele momento. Novamente essas duas respostas têm significados diferentes e derivam de uma mesma resposta “não”. Esta medida em 4 pontos permite capturar estas quatro possibilidades aumentando a nossa capacidade de compreensão⁴.

1.1.4 Prevalências e fatores associados a padrões de utilização de serviços odontológicos.

O padrão de utilização de serviços de saúde de um grupo populacional é predominantemente explicado pelo seu perfil de necessidades de saúde²⁴. Pode-se entender utilização dos serviços de saúde como um processo resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que conduz o paciente dentro do sistema de saúde²⁵.

Esses profissionais definem em grande parte o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes. Por outro lado, o uso de serviços está também relacionado com inúmeros fatores internos e externos deste setor como a forma de organização dos serviços e a existência ou não de transporte que proporcione acesso a estes serviços^{26, 27}.

A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço e da proposta assistencial (cuidados preventivos ou curativos)²⁵.

Vários trabalhos têm utilizado o modelo integrado proposto por Andersen & Newman (1973)¹⁶ para explicar padrões de utilização de serviços odontológicos^{7, 22, 28, 29} onde fatores de predisposição, facilitação/capacitação e necessidade têm ajudado a uma melhor compreensão das características individuais que estariam associadas aos diferentes padrões de utilização.

Os trabalhos encontrados têm diferentes critérios de definição de usuários regulares, escolha da amostra e grande variabilidade em relação à idade estudada motivo pelo qual dificulta a comparabilidade entre os artigos.

Com o objetivo de avaliar a prevalência e a severidade da destruição periodontal, um estudo na Irlanda do Norte com adultos com idade entre 20 a 49 anos observou, entre outros achados, em usuários regulares uma melhor condição periodontal com menos placa, cálculo e perda óssea, maior probabilidade de uso do fio dental e menor prevalência de fumantes³⁰.

Em um estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos com uma amostra de 873 indivíduos com 45 anos ou mais, uma pior condição bucal, com maior prevalência de doenças e dor também esteve associada positivamente com usuários irregulares²¹. Utilizando dados da mesma coorte na Flórida, Gilbert (1997)²² observou uma prevalência de aproximadamente 54% de usuários regulares. Dentre os usuários irregulares com baixo nível socioeconômico 67% eram negros contra 30% brancos, sendo que esta diferença deixou de existir para indivíduos com maior nível econômico. A importância e o valor dado ao cuidado odontológico foram positivamente associados ao uso de forma regular.

Durante um período de 24 meses, para avaliar a incidência de utilização de serviços odontológicos e os fatores associados, Gilbert (1998)²⁰ encontrou como forte preditor de utilização de serviços odontológicos ter sido classificado na entrevista inicial como usuário regular, sendo indivíduos brancos e do sexo feminino os mais prevalentes. Pessoas não satisfeitas com sua aparência foram menos prováveis de fazer uso dos serviços. A escolha por tolerar problemas bucais foi muito mais comum em usuários irregulares.

Em uma comparação entre usuários regulares e ocasionais acreditar que o uso de serviços previne dor de dente, gengiva sangrando e extração dentária. esteve positivamente associado com a utilização de forma regular. A menor utilização de métodos convencionais para prevenção de doenças bucais, o uso de remédios feito em casa, acreditar que “nada pode ser feito” (para prevenção de dor de dente, gengiva sangrando e extrações dentárias) e fumo³¹ foram variáveis significativamente associadas com usuários episódicos.

Com o objetivo de analisar mudanças no comportamento em relação à saúde bucal, um estudo na Tanzânia comparou estudantes universitários provenientes de áreas rural e urbana. Os resultados mostraram que estudantes vindos de área rural apresentaram uma menor probabilidade de ter realizado consultas para fins de revisão comparados aos da área urbana⁶.

Com dados de um estudo longitudinal na Flórida em 2002, mediu-se a incidência de utilização de procedimentos odontológicos específicos associados ao tipo de utilização dos serviços odontológicos. Os usuários regulares tiveram maior probabilidade de receber os seguintes procedimentos - limpeza, restaurações, próteses fixas e não receber – extrações e próteses removíveis²⁸.

Ao relatarem a necessidade de tratamento, usuários regulares e ocasionais responderam não - por estar tudo bem com sua boca e seus dentes respectivamente 53,9% e 24,3%⁴.

Várias barreiras podem estar relacionadas a não utilização de forma regular. Um estudo realizado na Jordânia com indivíduos entre 20 e 60 anos de idade identificou como principais motivos da não utilização o custo e acreditar que o tratamento não era necessário³².

Menor prevalência de doenças bucais e patologias menos graves apresentaram associação positiva com o uso regular de serviços odontológicos em um estudo realizado na Inglaterra com uma amostra 643 adultos maiores de 18 anos, moradores da área urbana de Swansea³³.

Maior prevalência de homens, não ser alfabetizado e falta de tempo como motivo para não utilização de serviços odontológicos apresentaram associação com a não utilização de serviços odontológicos de forma regular em um estudo conduzido em um hospital-escola na Índia com uma amostra de 288 indivíduos com 15 anos ou mais de idade³.

Na literatura nacional, foi encontrado apenas um trabalho relacionando a utilização de serviços odontológicos de forma regular com fatores de predisposição, facilitação e necessidade. Neste estudo, Matos (2001)⁷, através de um inquérito populacional com indivíduos maiores de 18 anos, observaram que o uso regular de serviços odontológicos foi significativamente associado a ter oito ou mais anos de escolaridade; ter preferência para tratamento dentário restaurador em comparação à extração; não ter necessidade de tratamento ; e acreditar que ir ao dentista previne a cárie e doença na gengiva. Entretanto outros trabalhos realizados no Brasil avaliaram a utilização de serviços odontológicos, mas não de forma regular.

Com dados da Pesquisa Nacional por amostragem de Domicílios (PNAD 1998), realizada pelo IBGE, Barros & Bertoldi³⁴ observaram um baixo nível de utilização dos serviços odontológicos. Entre os indivíduos 33,2% consultaram um dentista a menos de um ano. No grupo mais pobre, menos de 9% das crianças e dos mais velhos consultaram um dentista no último ano. Dos atendimentos odontológicos 24,2% foram realizados pelo SUS.

Também utilizando dados do PNAD 1998, um trabalho sobre a utilização de serviços odontológicos por idosos, encontrou uma prevalência de utilização no último ano de 13,2%, observando uma redução progressiva da visita ao dentista a

medida que se aumenta a idade. A região sul apresentou maior taxa de utilização de serviços odontológicos comparados às regiões, Sudeste, Norte e Nordeste³⁵.

Uma prevalência de 66,4% de utilização de serviços odontológicos no último ano por jovens no estado do Rio Grande do Sul (15 a 19 anos de idade) foi observada no maior inquérito nacional realizado pelo Brasil (SB-Brasil 2003), onde se observou também uma redução da utilização na medida em que se avança a idade. Dos que acessam o serviço, em média, 51,2% dos indivíduos utilizam os serviços públicos, sendo a consulta de rotina e manutenção (31,9%) e dor (32,7%) foram os motivos mais freqüentes de procura dos serviços odontológicos¹³.

Em um estudo de base populacional na cidade de Pelotas, RS, encontrou uma prevalência de utilização de serviços odontológicos de 50,9%, sendo que 5,5% admitiram nunca ter consultado um dentista. O relato de ter problema odontológico esteve associado a maior utilização dos serviços³⁶.

Muitos trabalhos apontam a importância dos conhecimentos sobre a saúde e/ou doença, atitudes e crenças sobre o tratamento e serviços de saúde na utilização de forma preventiva ou regular de serviços odontológicos. Essas variáveis de conhecimentos e crenças, segundo Andersen, apresentam um médio grau de mutabilidade podendo ser alterados possibilitando mudanças de comportamento³⁷.

Os principais resultados encontrados na literatura sobre os fatores associados ao uso de serviços odontológicos de forma regular podem ser vistos na Tabela 2.

Tabela 2. Fatores associados ao uso regular de serviços odontológicos, segundo autor, ano, país, idade e tamanho da amostra.

Autor	Ano	País	N	Idade	Tipo Amostra	Resultados principais
Mullally & Linden ³⁰	1992	Irlanda do Norte	132	20 a 49 anos	Não aleatória	A condição periodontal não estava suficientemente controlada. Gengivite e periodontites incipientes foram achados comuns.
Tickle & Worthington ²³	1997	Inglaterra	342	60 a 65 anos	Aleatória	Usuários regulares foram mais prováveis morar em bairro mais favorecido, ter realizado consulta nos 2 anos anteriores, ter maior escolaridade, não ser desdentado, maior percepção de necessidade de tratamento. Prevalência de usuários regulares no bairro rico e pobre foi respectivamente 64,1% e 25,6%.
Gilbert et al ²²	1997	Estados Unidos	873	45 anos ou +	Aleatória	Indivíduos brancos foram mais prováveis utilizar o serviço de forma regular que indivíduos negros. Prevalência de usuários regulares foi de 54,3%.
Gilbert et al ²¹	1997	Estados Unidos	873	45 anos ou +	Aleatória	Ter melhor saúde oral, em relação à doença, dor e função.
Gilbert et al ³⁸	1998	Estados Unidos	873	45 anos ou +	Aleatória	Usuário regular foi mais provável ter utilizado os serviços durante os 24 meses do estudo. No sexto mês após o início do estudo usuário esteve associado com maior satisfação com a aparência e com percepção a mudanças no estado de saúde bucal
Gilbert et al ³¹	2000	Estados Unidos	873	45 anos ou +	Aleatória	Usuários regulares foram mais prováveis a utilizar métodos convencionais para prevenção e não utilizar remédios feitos em casa, medicação tópica ou bochechos para evitar dor de dente, sangramento gengival e extração dentária

Autor	Ano	País	N	Idade	Tipo Amostra	Resultados principais
Matos,DL et al ¹	2001	Brasil	1221	18 anos ou +	Aleatória	Não perceber necessidade de tratamento, ter maior escolaridade, ter restauração como tratamento preferido para dente anterior e posterior, acreditar que ir ao dentista previne cárie e doença na gengiva e ter menos que 60 anos foram associados ao uso de forma regular, com prevalência de 24,6%.
Taani,DQ ³²	2002	Jordânia	743	20 a 60 anos	Não aleatória	Principais motivos para não ser usuário regular foram acreditar que o tratamento não é necessário e alto custo. Prevalência de usuários regulares foi de 18,6%.
Gilbert,GH ²⁸	2002	Estados Unidos	873	45 anos ou +	Aleatória	Foram mais prováveis de receber os procedimentos odontológicos - limpeza, restaurações, próteses fixas e de não receber – extrações e próteses móveis.
Heft,MW et al ⁴	2003	Estados Unidos	873	45 anos ou +	Aleatória	Prevalência de não ter necessidade de tratamento por estar tudo bem com os seus dentes 54%, 24% respectivamente para usuário regular e usuário problema-orientado. Prevalência de necessidade de tratamento por um problema foi de 20% e 48% respectivamente para usuário regular e problema-orientado.
George,AC et al ³	2007	Índia	270	15 anos ou +	Aleatória	Maior prevalência de usuários regulares são mulheres, relatam mais frequentemente que a saúde bucal tem um impacto positivo sobre sua qualidade de vida comparada aos usuários ocasionais.

1.2 Marco teórico

Um complexo mecanismo envolve a utilização de serviços. Com o intuito de facilitar a compreensão deste, utilizou-se o modelo proposto por Andersen & Newman¹⁶ (1973) como base para desenvolver o modelo teórico apresentado na Figura 1, com algumas modificações decorrentes de particularidades do país para o qual se aplicará este modelo e do tipo de utilização do serviço.

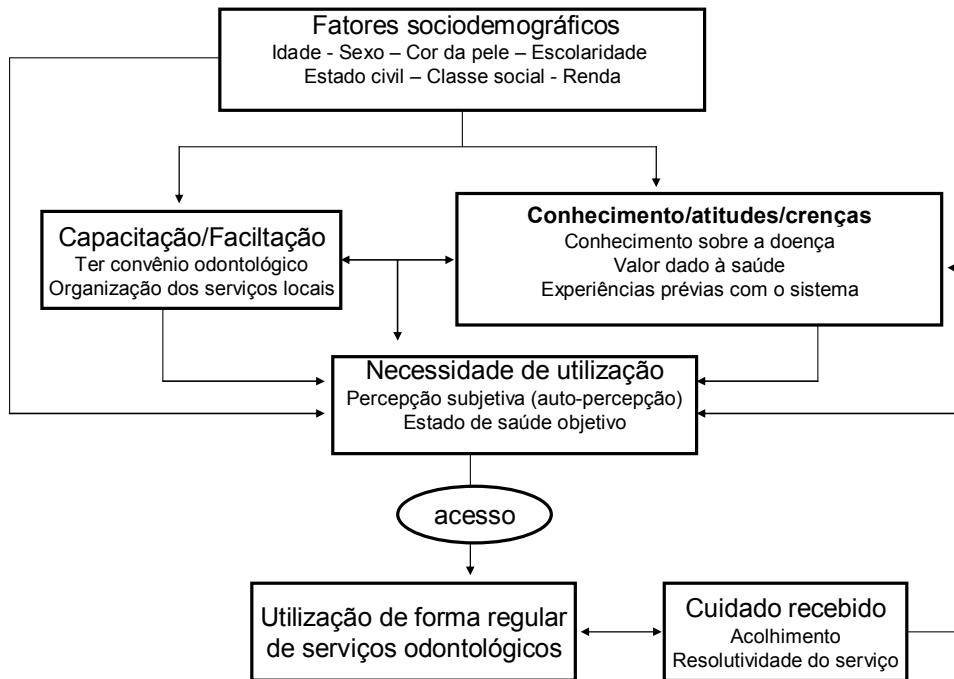


Figura 1. Modelo teórico de utilização regular de serviços odontológicos.

No 1º nível, estão os fatores sociodemográficos, determinantes distais da utilização regular de serviços odontológicos, que influenciam diretamente os conhecimentos e valores que as pessoas têm, assim como, os meios de facilitação para a utilização dos serviços.

Características demográficas como idade e sexo são imperativos biológicos que determinam a probabilidade de uma pessoa ter necessidade de utilizar os serviços de saúde, necessidade esta que pode ser diferente em diversas fases da vida ou condições de vida. Diversos trabalhos têm mostrado que o uso de serviços

odontológicos diminui com a idade^{34, 39}. Além disso, as mulheres utilizam os serviços de forma regular com maior frequência que os homens^{3, 7}.

A estrutura social é medida por vários fatores que determinam a condição social de uma pessoa em sua comunidade. Educação, cor da pele, ocupação e renda são medidas tradicionais desta estrutura e têm influência direta no modo de vida das pessoas. Renda e tipo de ocupação podem proporcionar aos indivíduos uma boa moradia, alimentação adequada, capacidade de pagar por bens e serviços de saúde, assim como, uma educação de qualidade oferece aos indivíduos conhecimentos necessários para que se tenham hábitos saudáveis. Esses conhecimentos, somados à cultura e às crenças de um indivíduo, determinam hábitos de vida e valores que resultam em diferentes comportamentos.

Vários estudos encontraram associações positivas entre maior renda e escolaridade com o uso regular de serviços odontológicos^{7, 37, 40}. Embora a disponibilidade de recursos para pagamento dos serviços de saúde seja de grande importância, este não é o único fator responsável pela utilização ou não dos serviços. Um estudo realizado com jovens estudantes chilenos reforçou fortemente a idéia de que o acesso gratuito aos serviços de saúde não garante a utilização dos serviços odontológicos por estes estudantes¹⁷.

Os conhecimentos, opiniões, crenças e experiências anteriores com o sistema de saúde estariam num 2º nível, agindo como determinantes intermediários da utilização dos serviços, e sendo influenciados diretamente pelos fatores sociodemográficos. Segundo Andersen³⁷ (1995), a elucidação destas variáveis de conhecimento tem colaborado e continuará aumentando a habilidade de explicar algumas formas de utilização de serviços.

A condição que permite uma família ou indivíduo, segundo seus valores, agir de forma a satisfazer suas necessidades em relação ao uso de serviços de saúde é definida como variável de capacitação/facilitação. Esta variável enquadra-se no mesmo nível que as variáveis de conhecimento, e sofrem influência dos fatores sociodemográficos, agindo diretamente sobre as necessidades subjetivas e objetivas de saúde de um indivíduo. Ter plano de saúde ou um serviço organizado pode ser um estímulo à utilização. Embora essas variáveis ajam como facilitadoras, não constituem causa suficiente para utilização de forma regular. Este tipo de utilização requer a consciência da importância de se utilizar serviços de forma preventiva, dando ênfase à promoção de saúde. A organização dos serviços foi observada por

diversos pesquisadores como uma das dificuldades para se fazer uso dos serviços com regularidade.⁴⁰

Em um 3º nível, atuando como determinante proximal está a necessidade de utilização dos serviços, que sofre influência direta dos fatores sociodemográficos, de conhecimento e dos fatores facilitadores, interferindo tanto nas percepções subjetivas das pessoas acerca de sua saúde, quanto no estado de saúde objetivo dos indivíduos. O perfil de necessidades individuais constitui-se em importante determinante do padrão de consumo de serviço. Matos (2001)⁷ encontraram associação entre não apresentar necessidade autopercebida de tratamento e ser usuário regular. Porém, para que essa autopercepção de necessidade de utilização seja convertida em uma utilização concreta, o acesso ao serviço tem que existir. Mesmo com a consciência da importância da utilização de forma regular a inexistência do serviço funciona como uma barreira intransponível para sua utilização.

O tipo de cuidado recebido, o acolhimento e a efetividade do serviço também influenciam e podem explicar em parte o tipo de abordagem assistencial escolhida²⁵, reforçando ou modificando conhecimentos e crenças, bem como a autopercepção de necessidade de uso,

1.3 Justificativa

Hábitos de vida saudáveis, serviços de saúde qualificados e a maneira como se faz uso destes serviços – de forma regular e/ou sistemática, com ênfase nos procedimentos preventivos – são necessários para se conseguir melhora da condição de saúde bucal e do bem-estar da população⁴¹.

As atividades educativas relacionadas a prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pelos dentistas com o intuito de aumentar a autonomia dos indivíduos sobre a sua saúde e entre outras recomendações a utilização de forma regular dos serviços odontológicos ainda não é uma prática adotada de forma organizada e sistemática por todos, onde na maioria dos serviços odontológicos há o predomínio da lógica curativista e médico centrada^{11, 42}.

A parcela da população que recebe maior aporte de instrumentalização sobre higiene, métodos preventivos e assistência ainda hoje são as crianças em idade

escolar (7 a 14 anos de idade), onde adolescentes e adultos ficam relegados a segundo plano recebendo na maioria das vezes procedimentos mutiladores⁹.

Conhecer como a População adulta de Pelotas faz uso destes serviços e o tipo de procedimentos recebidos, se preventivos ou mutiladores é o primeiro passo para se poder planejar uma estratégia de atenção primária.

Identificar as características individuais que facilitam ou dificultam a utilização de forma regular dos serviços odontológicos permitirá um entendimento bem mais claro sobre o mecanismo de utilização destes serviços pela população, sendo útil para contribuir com o planejamento e qualificação dos serviços de saúde^{7, 27}.

Assim, determinar a prevalência de utilização de forma regular pela população adulta de Pelotas e avaliar possível associação com variáveis de predisposição, facilitação e necessidade é o objetivo do presente estudo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Determinar a prevalência de indivíduos que utilizam o serviço odontológico de forma regular e investigar a sua associação com alguns fatores de predisposição, de facilitação e de necessidade.

1.4.2 Objetivos específicos

1.4.2.1 – Identificar a prevalência do uso regular dos serviços odontológicos.

1.4.2.2 – Descrever o uso regular dos serviços odontológicos segundo financiamento: público ou privado.

1.4.2.3 – Identificar variáveis associadas ao uso regular do serviço:

a) variáveis de predisposição: variáveis sociodemográficas (idade, sexo, cor da pele, escolaridade), variáveis de atitudes e opiniões (valores relacionados à saúde e conhecimento sobre a doença tais como: ter recebido orientação sobre métodos de prevenção, acreditar que a perda dos dentes é algo inevitável, importância dada à perda dos dentes e a confiabilidade da conduta de tratamento do cirurgião dentista).

b) variáveis de facilitação: renda familiar, nível econômico e cobertura por plano de saúde.

c) variáveis de necessidade: autopercepção de necessidade de tratamento.

1.5. Hipóteses

A prevalência na população de uso de forma regular estará entre 25% a 35%.

Pessoas com maior escolaridade, maior nível econômico, de cor branca, sexo feminino, idade entre 20 e 40 anos e que possuem algum tipo de convênio odontológico terão maior prevalência de utilização.

Ter classificado como boa ou ótima a sua saúde bucal e não ter necessidade de tratamento auto-referida estará associado com a utilização de forma regular.

O serviço público odontológico apresentará uma menor prevalência de utilização de forma regular.

Indivíduos que têm maior conhecimento sobre a saúde (ou doença), métodos de prevenção e com atitudes positivas em relação ao cirurgião dentista e ao tratamento odontológico serão mais propensos a utilizarem os serviços odontológicos de forma regular.

2. METODOLOGIA

2.1 Delineamento e justificativa

O delineamento do estudo será do tipo transversal, pois possibilitará medir a prevalência de usuários regulares do serviço odontológico e investigar fatores que estão associados a este tipo de utilização do serviço, não exigindo um custo elevado e demandando um tempo relativamente curto.

2.2 Local do estudo e população-alvo

2.2.1 Local do estudo

Este estudo será realizado na cidade de Pelotas que está localizada no extremo sul do Brasil, no Estado do Rio Grande do Sul, 250 km ao sul da capital Porto Alegre. Segundo estimativas do IBGE para 2007 a população é de 339934⁴³. Do ponto de vista econômico, as principais atividades são agricultura, pecuária e comércio. A atenção básica local é formada atualmente por 51 Unidades Básicas de

Saúde (UBS), sendo 45 sob gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), 03 sob gestão da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e 03 da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontra-se instalada em 17 UBS, totalizando 29 equipes de saúde da família, atendendo 29% da população do município. Atualmente a rede assistencial conta com 57 dentistas e mais cinco em cargos de chefia. Em 33 unidades básicas de saúde (sendo 10 na zona rural) e sete escolas existe atendimento odontológico. Existem diferentes turnos de trabalho nas unidades básicas, variando de um a três turnos por dia.

Dos 17 postos de saúde que trabalham com equipes de saúde da família (PSF), 13 têm atendimento odontológico. Não há equipes de saúde bucal implantadas até a presente data. Os dentistas que trabalham nestas unidades não fazem parte da equipe PSF e não se sentem parte da mesma, não havendo, portanto, um trabalho interdisciplinar organizado de forma a aumentar a resolutividade do serviço. A critério individual esta lógica pode ser alterada sem, contudo, ser uma orientação pactuada com a coordenação local.

Não existem programas específicos para a odontologia, apenas uma orientação para que se priorize o atendimento às crianças, com turnos de trabalho ou vagas separadas para este fim.

O agendamento se dá, na maioria dos locais, através da livre demanda, decisão esta de responsabilidade do dentista e do chefe da unidade, sem participação dos conselhos locais quando existem. O número de pacientes atendidos, em média, por turno de quatro horas é de oito, sendo que duas vagas são para urgências e emergências. Alterações podem ser feitas a critério da chefia da unidade.

A referência para média complexidade acontece através de encaminhamento para a faculdade de odontologia, sem a existência de um acordo formal. Não há recomendação para que se trabalhe com a lógica de tratamentos completados, ou seja, concluir todas as necessidades que cada usuário apresenta, pelo menos em relação aos procedimentos básicos, resultando na maioria das vezes apenas na resolução do problema demandado pela consulta.

As práticas de educação em saúde se mostram tímidas e principalmente voltadas ao público em idade escolar, ficando a critério individual a escolha de trabalhar ou não com questões de prevenção e promoção da saúde e o tipo de

clientela alvo, havendo claro predomínio das atividades assistenciais. Essas informações foram obtidas através da Coordenadoria de Saúde Bucal do Município.

Para monitorar a atenção em saúde bucal a PNSB propõe a utilização dos indicadores de saúde bucal, que conforme a Portaria 493, de 13 de março de 2006, do Ministério da Saúde⁴⁴ devem ser pactuados entre os municípios, estados e o Ministério da Saúde. Os indicadores de saúde bucal são quatro:

- Indicador nº 24 Cobertura de primeira consulta odontológica programática.
- Indicador nº 25 Cobertura da ação coletiva escovação dental supervisionada.
- Indicador nº 26 Média de procedimentos odontológicos básicos individuais.
- Indicador nº 27 Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais.

Os parâmetros a serem atingidos estão determinados através do documento “Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência a saúde – junho de 2006⁴⁵”.

Como indicador operacional para avaliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal tem-se o indicador 24, sendo que o valor pactuado é de no mínimo 30% da população geral com pelo menos uma primeira consulta programática por ano.

Primeira consulta programática tem o seguinte significado: é aquela em que o exame clínico odontológico do paciente é realizado com finalidade de diagnóstico e, necessariamente, elaboração de um plano preventivo-terapêutico (PPT), no âmbito de um programa de saúde. Estima o acesso da população aos serviços odontológicos para assistência individual no âmbito do SUS, com o objetivo de elaboração e execução de um plano preventivo-terapêutico estabelecido a partir de uma avaliação/exame clínico odontológico, tendo esse plano resolução completa na atenção básica ou inclua ações de média e alta complexidade. Considera, portanto, que a equipe intenciona dar seguimento ao plano preventivo-terapêutico para atender as necessidades detectadas. Ou seja, não se refere a atendimentos eventuais como os de urgência/emergência que não tem seguimento previsto. Este indicador aponta a tendência de inserção das ações odontológicas nos programas de saúde como parte de cuidados integrais, a exemplo do que ocorre em programas de saúde: mental, da mulher, do trabalhador, do adolescente, do idoso etc.

O seu uso possibilita análises sobre cobertura da população com primeira consulta odontológica, podendo indicar tendências do perfil do atendimento, se apenas urgências e emergências, ou busca uma ação integral em saúde bucal a toda população ou a grupos específicos.

No ano de 2006 o indicador para a cidade de Pelotas ficou muito aquém do pactuado, 8,07%. Dois aspectos são importantes na interpretação desse dado. Primeiro, a produção contida no Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) inclui toda a produção ambulatorial da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas. Segundo, como a própria portaria ressalta, “comumente ocorrem registros do código *Consulta Odontológica (1ª consulta) – 03.021.01-7* em qualquer tipo de consulta, seja de urgência/emergência, consultas de atendimento a demanda espontânea ou consulta subsequente (retorno)”. Ambos os fatores podem levar a uma superestimação do indicador.

2.2.2 População alvo

Adultos de ambos os sexos, com idade maior ou igual a 20 anos, moradores na cidade de Pelotas.

2.3 Critérios de elegibilidade

2.3.1 Critérios de inclusão

Indivíduos moradores da cidade de Pelotas – RS, com 20 anos ou mais.

2.3.2 Critérios de exclusão

Indivíduos institucionalizados em asilos e presídios ou pessoas incapacitadas física ou mentalmente para responder ao questionário.

2.4 Tamanho da amostra

O tamanho da amostra deve contemplar o estudo de prevalência da utilização de serviços odontológicos de forma regular e das associações a serem pesquisadas.

Considerando que este estudo é feito por conglomerados, é preciso levar em conta o efeito de delineamento. Tendo em vista que o coeficiente de correlação intra-classe encontrado em um inquérito em Pelotas no ano de 2005 sobre prevalência de consulta com o cirurgião-dentista no último ano foi de 0,06, e que se pretende selecionar uma média de 12 domicílios por setor censitário, o efeito de delineamento esperado para o estudo é de 2,5. Além disso, será feito um acréscimo de 10% para perdas e recusas e de 15% para controle de possíveis fatores de confusão. Para os cálculos de tamanho da amostra, foi utilizando o programa Epi-Info – versão 6.04.

2.4.1 Cálculo do tamanho da amostra para prevalências

A partir de dados da literatura⁷ utilizou-se uma prevalência estimada de 25% para utilização dos serviços odontológicos de forma regular. Tolerando-se um erro de três pontos percentuais, a um nível de confiança de 95%, obteve-se um tamanho de amostra de 800 pessoas. Ajustando-se esse número para o efeito do delineamento amostral esperado (2,5), e mais um acréscimo de 10% para possíveis perdas e recusas, o tamanho da amostra necessário passou a ser de 2.200 indivíduos.

2.4.2 Cálculo do tamanho da amostra para associações

Os cálculos de amostra para as variáveis independentes foram obtidos de acordo com a prevalência do desfecho nos expostos, a proporção de expostos na população e as devidas razões de prevalências estimadas. Foi acrescentado aos valores obtidos o efeito de delineamento esperado (2,5), 10% para controle de perdas e 15% para eventuais fatores de confusão (Quadro 1).

Quadro 1. Cálculo de tamanho de amostra para associações (intervalo de confiança de 95%; poder de 80%).

Exposição	Proporção expostos	Prevalência não-expostos	Prevalência expostos	RP	N	N*
Sexo feminino	56%	19,5%	29,3%	1,5	655	2047
Idade (≥60anos)	82%	13,7%	27,5%	2,0	773	2416
Cor da pele (branca)	84%	15%	26,9%	1,8	763	2384
Situação conjugal (com companheiro)	63%	19%	28,5%	1,5	727	2272
Escolaridade (9 anos ou mais)	75%	18,2%	27,3%	1,5	968	3025
Nível econômico (classes A/B/C)	73%	18,3%	27,5%	1,5	903	2822
Percepção da saúde (muito boa/excelente)	28%	18,4%	27,6%	1,5	886	2769
Variáveis relacionadas à saúde bucal**						
Percepção de necessidade de tratamento(não)	30%	22,3%	31,3%	1,4	886	2769
Percepção de saúde bucal (boa ou ótima)	60%	20,2%	28,2%	1,4	995	3109
Ter recebido orientação em prevenção	60%	20,2%	28,2%	1,4	995	3109

RP = razão de prevalência

N = nº. de indivíduos.

*Significa valor de N acrescido de 10% para perdas e recusas, mais 15% para ajuste de fatores de confusão, e corrigido pelo efeito de delineamento amostral esperado, que é de 2,5.

** As seguintes referências foram utilizadas com base para o cálculo das variáveis relacionadas à saúde bucal:

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 Saude Publica. 2001;17(3):661-8.

Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002 - 2003 : Resultados Principais. Brasília; 2004.

Araújo CS. Utilização de serviços Odontológicos no último ano pela população de Pelotas: um estudo de base populacional [Dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.

2.5 Amostragem

Cada um dos 14 mestrandos participantes do consórcio (biênio 2007/2008), realizou cálculos de tamanho de amostra que atendessem aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas para a prevalência do desfecho em estudo e associações com as variáveis independentes de interesse. Tendo em vista que seria necessário aproximadamente 3000 indivíduos para atender a demanda da pesquisa, verificou-se que o número de domicílios que atenderia aos objetivos de todos seria cerca de 1400.

A amostra foi obtida por conglomerados para facilitar a logística do trabalho de campo, e também diminuir os custos deste processo. Para a definição dos conglomerados foi utilizada a grade de setores censitários do censo de 2000. Estes setores foram ordenados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio para cada setor, e selecionados de forma proporcional ao tamanho dos setores (número de domicílios).

Foram selecionados sistematicamente 126 setores dos 404 setores domiciliares existentes e de cada setor foi sorteada de maneira sistemática uma média de 11 domicílios, e esta foi proporcional ao aumento ou redução do número de domicílios de cada setor em relação ao censo de 2000. O número de 126 setores foi definido de forma que se obtivesse o menor efeito de delineamento possível com os recursos e tempo disponíveis para o trabalho de campo.

2.6 Definição operacional das variáveis

2.6.1 Definição do desfecho

Entende-se por utilização de serviços de forma regular quando os indivíduos utilizam os serviços periodicamente, priorizando consultas de rotina, sem uma queixa específica, como dor. A periodicidade pode variar em função do risco individual, familiar e social. Não existe consenso na literatura em relação ao período mínimo entre as consultas para caracterizar uso regular³⁻⁷.

2.6.2 Operacionalização do desfecho

A definição de usuários regulares utilizada por Gilbert et²⁸ al e Heft et⁴ al será adotada neste trabalho, com a aplicação da seguinte pergunta:

Eu vou ler algumas frases e gostaria que o(a) Sr.(a) dissesse qual delas descreve melhor as suas consultas com o dentista:

- (1) Eu nunca vou ao dentista
- (2) Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva.
- (3) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não.
- (4) Eu vou ao dentista de forma regular.

Serão considerados usuários regulares aqueles indivíduos que responderem afirmativamente às alternativas 3 e 4.

Alternativamente exploraremos um outro desfecho bastante utilizado na literatura pesquisada que é: ter realizado uma consulta odontológica no último ano sendo a revisão o principal motivo.

2.6.3 Definição operacional das exposições

A definição operacional das variáveis independentes que serão estudadas está apresentada no Quadro 2.

Quadro 2 . Definição operacional das exposições a serem incluídas no estudo.

VARIÁVEL	MENSURAÇÃO	CATEGORIAS
Sexo	Observado pelo (a) entrevistador(a)	Masculino / Feminino
Idade	Referida pelo (a) entrevistado (a) em anos completos	20-59 / ≥ 60 anos
Cor da pele	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Branco, preto, pardo, amarelo e outra
Situação conjugal	Referida pelo (a) entrevistado (a) casado (a); com companheiro(a); solteiro(a); sem companheiro(a); divorciado (a); separado (a) ou viúvo (a).	Com companheiro (a) / sem companheiro (a)
Escolaridade	Referida pelo (a) entrevistado (a) em anos completos de estudo.	—
Nível econômico	Definido pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) em A1, A2, B1, B2, C, D, E, segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).	A / B / C / D / E
Percepção de necessidade de tratamento	Referida pelo (a) entrevistado (a)	sim, para fazer uma revisão não, está tudo bem com meus dentes sim, estou com dor ou tenho algum problema para resolver não, embora eu tenha um problema para resolver, ele pode esperar.
Percepção da saúde geral	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Excelente / muito boa / boa / regular / ruim.
Percepção de saúde bucal	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Ótima / boa / regular / ruim / péssima.
Ter recebido orientação sobre prevenção	Referida pelo(a) entrevistado(a)	Sim / não

2.7 Estudos pré-piloto e piloto

2.7.1 Estudo pré-piloto

Foram realizados dois estudos pré-pilotos. Primeiramente foi realizado um pré-piloto com o intuito de testar o entendimento das questões relacionadas ao desfecho. Foram entrevistados indivíduos no ambulatório da Faculdade de Medicina, no ambulatório da Faculdade de Odontologia, na Rodoviária da cidade, nas ruas do comércio central e nos pontos de ônibus mais utilizados do centro da cidade, totalizando 117 entrevistas.

Posteriormente para testar a compreensão do questionário na íntegra (Anexo) foram realizadas 32 entrevistas nos ambulatórios das Faculdades de Medicina e Odontologia.

2.7.2 Estudo piloto

O estudo piloto será realizado em um setor censitário diferente dos sorteados para o estudo, o qual servirá para detectar possíveis problemas como o questionário e manual de instruções e para a organização final do trabalho de campo.

2.8 Plano de análises

Primeiramente serão feitas análises descritivas, apresentando a distribuição do desfecho de acordo com as variáveis independentes incluídas no estudo. Após, será realizada uma análise bivariada, por meio de teste qui-quadrado, para testar a associação de cada preditor com o desfecho. Para a análise multivariável, será utilizado o modelo de regressão de Poisson, com seleção para trás, empregando-se o modelo de análise apresentado na Figura 2.

Mediante este modelo, será possível avaliar quais são os preditores independentes (controlando-se para possíveis fatores de confusão) e como funciona a estrutura de mediação do efeito de cada um deles (análise controlada para mediadores). O nível de significância adotado será de 5% para testes bi-caudais, sendo que as análises levarão em conta o efeito do desenho amostral. A digitação

dos dados será feita no programa Epi-Info, versão 6.04d, e as análises serão conduzidas no pacote estatístico STATA, versão 9.2.

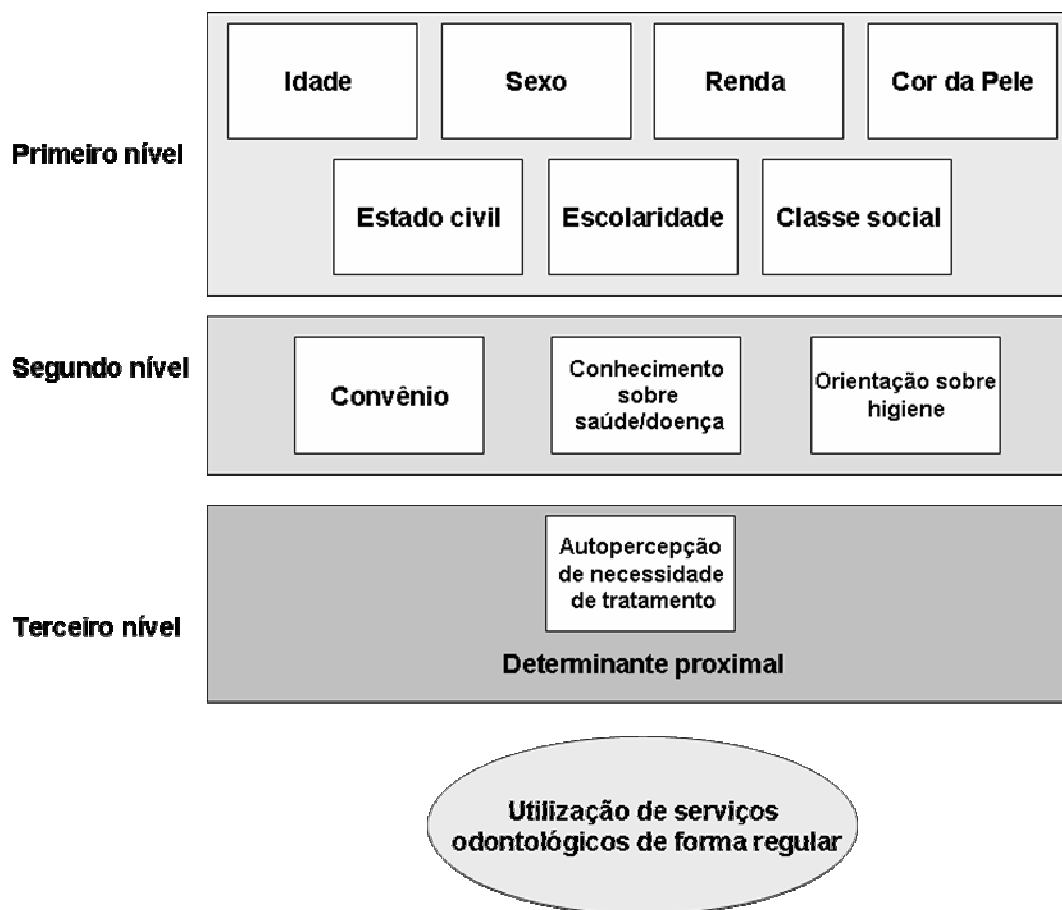


Figura 2. Modelo de análise proposto para pesquisa dos fatores possivelmente associados à utilização regular de serviços odontológicos.

3. CRONOGRAMA

A previsão é de que coleta de dados comece em outubro de 2007, devendo ser realizada dentro de três meses (até dezembro do mesmo ano). Após, será dado início ao processo de limpeza e análise dos dados até maio de 2008. A partir daí, proceder-se-á com a redação do artigo, sendo que se pretende defender a dissertação entre setembro e outubro de 2008.

Etapa	Ano	2007										2008									
		Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Elaboração do projeto																					
Revisão de literatura																					
Defesa do projeto																					
Confecção do instrumento																					
Montagem do manual de instruções																					
Testes do instrumento (pré-piloto)																					
Processo de amostragem																					
Seleção dos entrevistadores																					
Treinamento das entrevistadoras																					
Estudo piloto																					
Coleta de dados																					
Controle de qualidade																					
Digitação dos dados																					
Limpeza do banco de dados																					
Análise dos dados																					
Redação do artigo																					
Defesa da dissertação																					

4. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto será submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Será obtido o consentimento informado por escrito, garantido o direito de não-participação na pesquisa e sigilo acerca das informações obtidas.

5. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados do presente estudo serão divulgados através da apresentação da dissertação, necessária para conclusão do curso de mestrado em Epidemiologia e elaboração de um artigo para publicação em revista científica, com conceito Qualis Internacional A. Ainda, os principais resultados do estudo serão remetidos para a imprensa local, Secretaria de Saúde do Município e Conselho Municipal de Saúde.

6. FINANCIAMENTO

Este estudo faz parte do consórcio de mestrado do biênio 2007-2008, pertencente ao programa de pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, financiado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da mesma instituição e pelos mestrandos do programa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buss P. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Col.* 2000;5(1):163-77.
2. Narvai PC. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Liv. Santos Ed 2002.
3. George AC, Hoshing A, Joshi NV. A study of the reasons for irregular dental attendance in a private dental college in a rural setup. *Indian J Dent Res.* 2007;18(2):78-81.
4. Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(5):351-60.
5. Gilbert GH, Rose JS, Shelton BJ. A prospective study of the validity of data on self-reported dental visits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(5):352-62.
6. Astrom A, Masalu J. Oral health behavior patterns among Tanzanian university students: a repeat cross-sectional survey. *BMC Oral Health.* 2001;1:2.
7. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambui : estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saude Publica.* 2001;17(3):661-8.
8. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004 [cited; Available from: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>
9. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Col.* 2006;11(1):219-27.
10. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção a saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares na Bahia. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(5):1119-31.
11. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Col.* 2006;11(1):53-61.
12. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Saúde Pública.* 2006;19(6):385-93.
13. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002 - 2003 : Resultados Principais. Brasília; 2004.

14. Brasil. Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. 2004 [cited; Available from: http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf
15. Ojanuga DG, C. Women's access to health care in developing countries. *Social Science and Medicine*. 1992;35(4):613-7.
16. Andersen RM, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*. 1973;51(1):95-124.
17. Lopez R, Baelum V. Factors associated with dental attendance among adolescents in Santiago, Chile. *BMC Oral Health*. 2007;7:4.
18. McGrath C, Bedi R. Dental services and perceived oral health: are patients better off going private? *J Dent*. 2003;31(3):217-21.
19. Riley JL, 3rd, Gilbert GH, Heft MW. Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(4):289-98.
20. Gilbert GH, Duncan RP, Vogel WB. Determinants of dental care use in dentate adults: six-monthly use during a 24-month period in the Florida Dental Care Study. *Soc Sci Med*. 1998;47(6):727-37.
21. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB. Oral disadvantage among dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):301-13.
22. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Coward RT. Dental health attitudes among dentate black and white adults. *Med Care*. 1997;35(3):255-71.
23. Tickle M, Worthington HV. Factors influencing perceived treatment need and the dental attendance patterns of older adults. *Br Dent J*. 1997;182(3):96-100.
24. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization: the patient perspective. *New England Journal of Medicine*. 1985;24(5):438-60.
25. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):190-8.
26. Wennberg JE. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to access the outcome of common medical practices. *Medical care*. 1985;23(5):512-20.
27. Flores NL, Câmara VL. Factores que influyen en la utilización de los servicios odontológicos. Revisión de la literatura. *Rev ADM*. 2002;LIX(3):100-9.

28. Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Use of specific dental treatment procedures by dentate adults during a 24-month period. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(4):260-76.
29. Varenne B, Petersen PE, Fournet F, Mseliti P, Gary J, Outtara S, et al. Illness-related behaviour and utilization of oral health services among adult city-dwellers in Burkina Faso: evidence from a household survey. *BMC Oral Health.* 2006;6:164.
30. Mullally BH, Linden GJ. The periodontal condition of regular dental attenders in Northern Ireland. *J Clin Periodontol.* 1992;19(3):174-81.
31. Gilbert GH, Stoller EP, Duncan RP, Earls JL, Campbell AM. Dental self-care among dentate adults: contrasting problem-oriented dental attenders and regular dental attenders. *Spec Care Dentist.* 2000;20(4):155-63.
32. Taani DQ. Periodontal awareness and knowledge, and pattern of dental attendance among adults in Jordan. *Int Dent J.* 2002;52(2):94-8.
33. Richards W. The impact of attendance patterns on oral health in general dental. *Br Dent J.* 2002;193(12):697-702.
34. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Col.* 2002;7(4):709-35.
35. Matos D, Giatti L, Lima-Costa M. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios *Cad Saúde Pública.* 2004;20(5):1290-7.
36. Araújo CS. Utilização de serviços Odontológicos no último ano pela população de Pelotas: um estudo de base populacional [Dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2006.
37. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1-10.
38. Gilbert GH, Duncan RP, Earls JL. Taking dental self-care to the extreme: 24-month incidence of dental self-extractions in the Florida Dental Care Study. *J Public Health Dent.* 1998;58(2):131-4.
39. Locker D, Leake J, Lee J, Main P, Hicks T, Hamilton M. Utilization of dental services by older adults in four Ontario communities. *J Can Dent Assoc.* 1991;57:879-86.
40. Zavras A, Vrahopoulos T, Souliotis K, Silvestros S, Vrotsos I. Advances in oral health knowledge of Greek navy recruits and their socioeconomic determinants. *BMC Oral Health* 2002;2(1):4.

41. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. Rev saúde pública. 2006;40(n.esp):141-7.
42. Pereira D, Pereira J, Assis M. A prática odontológica em unidades básicas de saúde em Feira de Santana (BA), no proceso de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. Ciênc Saúde Col. 2003;8(2):599-609.
43. Brasil. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Censo 2000 - Estimativa para 2007.
44. Brasil. Portaria n. 493 de 13 de março de 2006 - Ministério da Saúde. 2006.
45. Brasil. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência a saúde. Ministério da Saúde 2006.

II. RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

1. Introdução

Foi realizado um estudo transversal de base populacional na cidade de Pelotas pelos mestrandos do biênio 2007/2008 do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, RS.

Este estudo foi realizado na forma de consórcio, onde todos os mestrandos elaboram as etapas da investigação de forma conjunta. Etapas essas que vão desde a elaboração do instrumento de pesquisa, planejamento e monitoramento do trabalho de campo, bem como, criação e limpeza do banco de dados.

2. Definição do tamanho de amostra do consórcio

Nesta etapa cada pesquisador realizou cálculos que atendessem aos seus objetivos gerais e específicos, incluindo estimativas de prevalências e associações. A partir deste resultado chegou-se a um número de domicílios de 1400, no qual estariam contemplados os objetivos de todos os mestrandos. Este valor já se encontra acrescido de 10% para possíveis perdas e 15% para controle de eventuais fatores de confusão.

Levando em conta a disponibilidade de tempo e dos recursos obtidos para a realização desta pesquisa optou-se por trabalhar com 126 setores censitários. O número de mestrandos era 14, portanto, cada um ficou responsável por nove setores censitários.

Em função da necessidade de reduzir ao máximo possível os efeitos de delineamento de todos os estudos envolvidos no Consórcio de Pesquisa, decidiu-se amostrar 11 domicílios em cada um dos setores selecionados.

3. Processo de amostragem

Os setores censitários foram designados como unidades amostrais primárias e os domicílios como unidades amostrais secundárias.

Assim, foi efetuada a conta de divisão de 1440 (número de domicílios necessários para a amostra) por 11 (número de domicílios a ser visitado por cada setor), resultando em um valor de aproximadamente 127 (total de setores censitários do estudo). Em função de se estabelecer um número exato de setores para a

responsabilidade de cada mestrando, optou-se pela inclusão de apenas 126 setores censitários, resultando em nove setores sob responsabilidade de cada mestrando do grupo.

Em seguida, foram redigidos os 408 setores censitários existentes na zona urbana do município, sendo quatro destes excluídos, por se tratarem de setores especiais (não-domiciliares). Os 404 setores restantes foram listados em ordem decrescente de acordo com a renda média do chefe dos domicílios, definido pelo próprio IBGE, e foi calculado o número cumulativo de domicílios do primeiro ao último setor.

Dividiu-se o número total de domicílios da zona urbana de Pelotas (92.407, já excluindo os setores não-domiciliares) pelo número de setores a serem visitados (126, por definição), de modo a se obter o valor de 733. Logo, foi selecionado aleatoriamente o número 196 entre o intervalo de 1 a 733, o que determinou o primeiro setor a ser incluído na amostra, isto é, aquele que incluía o 196º domicílio. Em seguida, foi somado ao número 169 (valor do pulo) o número 733, de forma que o segundo setor selecionado incluísse 902º domicílio.

Este processo foi repetido até a obtenção de um número superior ao total de domicílios necessários para a formação da amostra. Desse modo, respeitou-se integralmente a estratégia de amostragem sistemática com probabilidade proporcional ao tamanho do setor. Cabe destacar que foram selecionados 125 setores, pois um deles foi incluído duas vezes no estudo, em função do seu tamanho.

4. Elaboração dos questionários e manual de instruções para as entrevistadoras.

O questionário foi dividido em dois blocos. O primeiro denominado de “domiciliar” continha uma parte geral onde questões demográficas e socioeconômicas foram abordadas. Este era respondido pelo chefe da família ou pela dona de casa de cada domicílio visitado e totalizou 27 perguntas.

Um segundo questionário denominado de “geral” continha todas as questões específicas dos 14 mestrandos, totalizando 163 perguntas.

Para orientação de como conduzir as entrevistas e possíveis dúvidas em relação ao questionário, foi elaborado um manual de instruções para ser utilizado pelas entrevistadoras. Este manual também trazia informações a respeito da codificação das questões.

Na seção de Anexos deste volume, encontram-se os blocos domiciliar e geral utilizados para esta dissertação.

5. Recrutamento, seleção de entrevistadoras e estudo piloto.

Foram realizados dois processos seletivos com o intuito de receber pessoas para trabalhar no consórcio 2007/2008. Uma das seleções para o processo de bateção e uma outra seleção para as entrevistadoras.

Para o processo de bateção, foram utilizadas as seguintes estratégias: cartazes foram afixados em vários locais da Universidade Federal de Pelotas, e também foram contatadas, via telefone, algumas pessoas com experiência anterior em trabalho de campo realizados no próprio Centro de Pesquisas Epidemiológica (CPE). Alunos, funcionários e professores do CPE puderam sugerir indivíduos com capacidade para realizar esse trabalho.

Logo após o recrutamento, entrevistas em grupo foram conduzidas com as mais de sessenta candidatas, e aquelas com experiência prévia e maior disponibilidade de tempo foram chamadas para o processo de bateção. Após uma reunião onde foi esclarecido o objetivo desta tarefa e a maneira através da qual ela seria realizada as selecionadas foram divididas entre os mestrandos. Os 14 mestrandos supervisionaram o processo de “bateção” em 9 setores cada um. Após esse processo os domicílios desocupados, de veraneio e comerciais foram excluídos. Com a lista de domicílios atualizada pode ser então realizado o sorteio dos domicílios que fariam parte da amostra.

Aquelas que se saíram bem no processo de “bateção” foram informadas que seriam potenciais entrevistadoras caso também mostrassem bom desempenho durante o treinamento, bem como, as pessoas com mau desempenho ficaram excluídas do treinamento.

Após novo período de inscrições, para fazer parte do processo de treinamento para entrevistadoras, era necessário que as candidatas apresentassem disponibilidade integral para participar da semana de atividades.

Para este treinamento novas candidatas foram recrutadas, por telefone, cartazes e contatos pessoais.

O treinamento foi dividido, em parte teórica e prática, com a duração total de uma semana. Os mestrandos foram divididos durante toda a semana e cada um apresentava o seu questionário com as devidas explicações, bem como, o conteúdo constante do manual de instruções para o auxílio das entrevistadoras. O questionário domiciliar também foi apresentado para as candidatas. Dúvidas foram sendo solucionadas durante toda a semana assim como ajustes no questionário e no manual de instruções. Sempre no final do dia era solicitado para que as candidatas aplicassem os questionários apresentados em um vizinho ou parente e trouxessem as dúvidas no dia seguinte. No último dia uma atividade prática em um setor não sorteado para fazer parte da amostra da pesquisa foi realizada com dois objetivos: avaliar a condução de uma entrevista por cada uma das mulheres participantes do treinamento e testar o instrumento. Uma prova teórica sobre as questões do questionário também foi realizada.

Os critérios para escolha das entrevistadoras a serem efetivadas imediatamente e também das suplentes foram os seguintes: bom trabalho na “bateção” (para as que exerceram esse papel), pontualidade e assiduidade ao treinamento, comportamento durante o treinamento, atuação no estudo piloto (parte prática do treinamento), desempenho na prova teórica. Além de todos esses critérios uma reunião envolvendo os mestrandos auxiliou na organização da lista de entrevistadoras, onde pontos específicos foram debatidos.

Sempre ao final de cada seleção (tanto para o processo de “bateção” como no treinamento para as entrevistas), as recrutadas foram informadas, por telefone, de sua aprovação e avisadas da data de início das atividades.

6. Reconhecimento dos setores censitários

Após o sorteio dos setores censitários, foi feito o reconhecimento de todos os domicílios e classificados em residenciais, comerciais, de veraneio e desocupados. Este procedimento foi necessário, pois os dados disponíveis eram de 2000 e após sete anos os setores haviam sofrido grandes modificações.

Se houve aumento ou diminuição do número de domicílios isto foi levado em consideração para o cálculo do número de domicílios a serem sorteados em cada

setor. O número de partida de domicílios foi 11, caso não tivesse ocorrido alteração do número de domicílios em relação aos dados do IBGE (Censo 2000). Caso o setor tivesse aumentado ou diminuído de tamanho, esse número se alterou proporcionalmente a redução ou aumento ocorrido.

Ao término deste procedimento os domicílios residenciais foram sorteados.

Como a maioria dos setores havia aumentado de tamanho, o número total de domicílios elegíveis totalizou 1534 domicílios.

7. Reconhecimento dos domicílios

Com a listagem dos domicílios em mão, o mestrando responsável pelo setor juntamente com a entrevistadora fizeram uma primeira abordagem às residências. Neste primeiro contato foi entregue uma carta de apresentação da pesquisa que continha os objetivos da mesma e o telefone do CPE, para eventuais dúvidas. O número de pessoas elegíveis para o estudo foi identificado e quando possível foi feito o agendamento das entrevistas.

8. Logística do trabalho de campo

Coordenado por 14 mestrandos, a coleta de dados do estudo foi realizada no período entre 23 de outubro de 2007 e 15 de janeiro de 2008. Fizeram parte da equipe de trabalho ainda 30 auxiliares de pesquisa, 30 entrevistadoras, uma secretária e dois digitadores.

Foi elaborada uma escala de plantões em que todos os dias, inclusive nos finais de semana, um mestrando estava de plantão para resolver possíveis problemas durante a duração do campo.

Ao menos uma vez por semana cada mestrando se reunia com suas entrevistadoras para recolher os questionários já feitos, distribuir materiais e resolver pendências.

9. Controle de qualidade

Com o intuito de garantir a qualidade dos dados, 10% dos indivíduos foram visitados novamente e responderam um questionário simplificado. Este

procedimento teve dois objetivos. Foram respectivamente: monitorar o trabalho das entrevistadoras e medir a concordância das respostas dos entrevistados.

O controle de qualidade foi realizado pelos mestrandos. Cabe aqui uma observação a respeito deste procedimento. A realização deste por parte dos mestrandos em alguns casos pode ter resultado em viés. Perguntas a respeito de comportamentos em saúde podem resultar em respostas diferentes por parte dos entrevistados, dependendo de quem está fazendo a pergunta.

Quando se responde a uma pessoa leiga a resposta pode ser diferente daquela onde o entrevistado sabe que está sendo inquirido por um profissional da área da saúde.

Para esta dissertação utilizou-se a seguinte pergunta:

Eu vou ler algumas frases e gostaria que o(a) Sr.(a) dissesse qual delas descreve melhor as suas consultas com o dentista:

- (1) Eu nunca vou ao dentista
- (2) Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva.
- (3) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não.
- (4) Eu vou ao dentista de forma regular.

Esta pergunta reflete um comportamento em saúde socialmente desejado por alguns estratos da população. O índice Kappa obtido foi de 0,63. O que mostra uma substancial concordância. Das 83 respostas discordantes, 70% melhoraram sua conduta em relação às consultas com o Dentista.

10. Perdas e recusas

Dos 3.155 indivíduos elegíveis, 2.961 foram entrevistados perfazendo um total de 6,1% de perdas e recusas.

A composição das perdas foi de 57% homens e 43% mulheres. Em relação à idade a distribuição foi a seguinte:

Faixa etária	n	%
20 – 39	72	37,1%
40 – 59	76	39,2%
60 – 69	39	15,5%
≥ 70	16	8,3%
Total	194	100,0%

11. Digitação e processamento dos dados

A digitação foi realizada concomitantemente ao trabalho de campo e foi encerrada no dia 5 de fevereiro de 2008. A entrada dos dados ocorreu por lotes únicos de questionários, fossem gerais ou domiciliares. Utilizou-se o programa Epi-Info versão 6.04d (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) para a dupla digitação de dados por dois digitadores diferentes, contratados para esta função. Para a verificação dos erros de digitação foi utilizado o comando Validate do programa Epi-Info. Se encontrado qualquer inconsistência o erro era corrigido.

12. Alterações no projeto

As variáveis idade e classe social tiveram as respectivas categorizações alteradas e renda não foi utilizada no modelo de análise.

III. MATÉRIA PARA A IMPrensa

USO REGULAR DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE ADULTOS: PADRÕES DE UTILIZAÇÃO E TIPOS DE SERVIÇOS

Foi realizado um estudo, na cidade de Pelotas, para saber quantos indivíduos faziam uso dos serviços odontológicos de forma regular (consultas de rotina) e quais eram as características destes indivíduos.

Entende-se por uso dos serviços de forma regular, quando os indivíduos procuram as consultas odontológicas, periodicamente, dando maior importância para procedimentos preventivos, sem ter uma queixa específica, como dor. Desta maneira o dentista tem um maior contato com o paciente, aproveitando para transmitir conhecimentos sobre como evitar problemas nos dentes e gengivas além de esclarecer dúvidas sobre tratamentos.

Neste estudo pôde-se observar que apenas um terço dos indivíduos com idade igual ou maior que 20 anos na cidade de Pelotas, fazem uso dos serviços desta maneira. As mulheres utilizaram mais que os homens e os idosos foi o grupo de idade que menos utilizou os serviços. No serviço público de cada 10 pessoas apenas 2 usam o serviço de forma preventiva.

Ao levarmos em consideração toda a população da cidade de Pelotas podemos estimar que, aproximadamente 150.000 indivíduos usam os serviços odontológicos apenas quando tem dor ou algum problema para resolver. Deixar um problema se tornar mais grave pode ter um impacto negativo na qualidade de vida, impedindo as pessoas de fazerem coisas do dia a dia, como ter que faltar do trabalho ou escola.

Fazer consultas de rotina com o dentista pode ajudar para que as doenças bucais sejam vistas ainda no início, sendo necessários procedimentos mais simples e de menor custo, além de proporcionar o diagnóstico precoce do câncer de boca. É necessário estimular as pessoas sobre a importância de fazer consultas odontológicas regularmente, bem como, ter serviços disponíveis a população que priorizem este tipo de utilização.

ARTIGO*

*Este artigo será submetido à revista
“Cadernos de Saúde Pública”.

As normas para publicação estão no Anexo 2.

**USO REGULAR DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE ADULTOS:
PADRÕES DE UTILIZAÇÃO E TIPOS DE SERVIÇOS**

Regular use of dental care services among adults: patterns of
utilization and types of services

Maria Beatriz J. Camargo¹, Samuel C. Dumith¹, Aluísio J. D. Barros^{1,2}

1 – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas.

2 – Professor Associado, Depto. de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas

Os autores declaram não haver conflito de interesses

Contato:

Maria Beatriz Junqueira de Camargo

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia

Universidade Federal de Pelotas

Rua Marechal Deodoro, 1160, 3º piso

CEP: 96.020-220

Fone: + 55 53 3284-1300

Fax: + 55 53 3271-2645

E-mail: mbiajac@uol.com.br

Título corrido: Uso regular de serviço odontológico

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar o uso regular de serviços odontológicos entre adultos, identificando grupos onde este comportamento é mais freqüente. O estudo foi realizado em Pelotas (RS), com desenho transversal de base populacional, envolvendo 2.961 indivíduos, que responderam um questionário estruturado. A prevalência de uso regular foi analisada segundo variáveis de predisposição, facilitação e necessidade. Para as análises ajustadas, foi utilizada regressão de Poisson. A prevalência de uso regular encontrada foi de 32,8%. Estiveram positivamente associadas ao uso de forma regular as seguintes características: sexo feminino, idade ≤ 60 anos, não ter companheiro, alta escolaridade, maior nível econômico, usar serviços privados, autopercepção de saúde bucal boa/ótima, não ter autopercepção de necessidade de tratamento. Aqueles que receberam orientação sobre prevenção e manifestaram opinião favorável ao profissional também tiveram maior chance de serem usuários regulares. O uso regular foi pouco freqüente, especialmente entre os menos favorecidos (15%). Mesmo restringindo a análise apenas para usuários do serviço público, observou-se maior utilização regular entre os mais escolarizados. Os serviços de saúde, em especial o público, devem trabalhar no sentido de incrementar o uso regular e preventivo.

Palavras-chave: Odontologia, epidemiologia, assistência odontológica, usuário regular, saúde bucal.

ABSTRACT

The aim of this study was to estimate the prevalence of regular use of dental services among adults and identify groups where this behavior is more frequent. The cross-sectional population-based study was carried out in Pelotas, Southern Brazil, including 2961 people who answered a standardized questionnaire. Prevalence of regular use was analyzed according to predisposing, enabling and need variables. Poisson regression was used for the adjusted analyses. The overall prevalence of regular use of dental services was 32.8%. The following variables were positively associated with regular use: female sex, age 60+ years, no partner, high schooling, high economic level, private service user, good/excellent oral health auto-perception, and no perceived need for dental treatment. Those who had received guidance about prevention and presented a favorable opinion about the dentist had a higher chance of being regular users. Especially among the worse-off, regular use was infrequent (15%). Restricting the analysis for public health service users, schooling was still positively associated with the outcome. Dental services, especially in the public sector, must work on strategies to increase regular and preventive use.

Palavras-chave: dentistry, epidemiology, oral health, regular attenders, preventive dental care.

Introdução

Nos últimos 20 anos, a experiência de cárie entre escolares teve um relevante declínio, podendo-se observar uma redução de 61,7% aos 12 anos de idade¹. Esta redução se deu principalmente pela elevação no acesso à água e creme dental fluorados e programas de saúde bucal coletiva direcionados a essa faixa etária¹. Entretanto, a condição de saúde bucal permaneceu praticamente inalterada entre os adultos e idosos². Pesquisa realizada em 1998 demonstrou que o serviço público respondeu por apenas 24% dos atendimentos odontológicos, sendo necessário ampliar o acesso aos serviços de saúde³.

Com o intuito de requalificar a atenção em saúde bucal e ampliar o acesso aos serviços, o Ministério da Saúde, a partir de 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), através da criação das equipes de saúde bucal. A inclusão destes profissionais vem ao encontro ao princípio da integralidade, onde todas as necessidades em saúde dos indivíduos deveriam ser supridas.

Este processo de requalificação da atenção básica está em permanente construção e se apresenta em estágios diferentes entre regiões e municípios brasileiros⁴. Dificuldades em se trabalhar em equipe, capacitação dos profissionais para atuar na perspectiva de um novo modelo de atenção, onde a educação em saúde tenha um importante papel na melhora do autocuidado dos indivíduos e com ênfase em procedimentos preventivos, tem sido relatada por diversos pesquisadores como desafios a serem enfrentados para consolidação da odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS)^{5,6}.

Neste contexto, a utilização dos serviços odontológicos de forma regular pode proporcionar um maior contato do paciente com o dentista, fazendo com que questões como importância do auto-cuidado, hábitos nocivos à saúde e conhecimento sobre as doenças

buciais, possam ser trabalhadas⁷. Além disso, cáries dentárias e problemas periodontais poderiam ser detectados precocemente exigindo procedimentos de menor complexidade.

Embora não se tenha consenso sobre um intervalo ideal entre as consultas odontológicas⁸, muitos estudos têm demonstrado benefícios da utilização regular de serviços odontológicos^{7, 9-12}. Pesquisadores observaram que usuários regulares possuíam melhor percepção de saúde bucal¹⁰, menos perdas dentárias¹², melhor condição gengival (melhor controle de placa e menor acúmulo de cálculo)^{9, 12} e menor probabilidade de sentir dor de dente¹¹. Todos estes fatores, idealmente, poderiam colaborar para manutenção da saúde bucal (estética e função) por mais tempo ao longo da vida.

Em uma análise entre a quantidade de procedimentos preventivos realizados pelo serviço público e a presença de dentes cariados, em uma amostra de jovens do Rio Grande do Sul, com idade entre 15 e 19 anos, pôde-se concluir que, após controle para variáveis socioeconômicas, aqueles que moravam em municípios que apresentaram as menores taxas de procedimentos preventivos tiveram maior chance de apresentar dentes cariados¹³. Tais procedimentos são mais comuns de serem realizados em indivíduos que buscam o serviço de forma regular, e não em indivíduos que procuram os serviços apenas quando estão com dor ou quando a doença já progrediu de forma a apresentar desconforto¹⁴.

De nosso conhecimento, no Brasil¹⁵, foi realizado apenas um estudo de base populacional sobre as características associadas ao uso regular de serviços odontológicos. Este estudo foi realizado em um pequeno município no estado de Minas Gerais, encontrando prevalência de uso regular de 24,6% e as características associadas positivamente ao desfecho foram: ≥ 4 anos de escolaridade, ter preferência por tratamento dentário restaurador em comparação à extração e acreditar que ir ao dentista previne a cárie e a doença na gengiva.

Encontrou-se um outro estudo realizado com funcionários de uma universidade pública brasileira, porém o uso regular foi tratada como uma variável explanatória¹⁰.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de uso regular de serviços odontológicos e as características dos grupos com maior utilização, identificando variáveis facilitadoras deste tipo de utilização.

Métodos

Este estudo foi realizado na cidade de Pelotas, RS, município com aproximadamente 340.000 habitantes localizado no extremo sul do Brasil, dos quais cerca de 95% reside na zona urbana¹⁶. Do ponto de vista econômico, as principais atividades do município são agricultura, pecuária e comércio.

Foi realizado um inquérito populacional envolvendo 14 mestrados, onde vários aspectos relacionados à saúde da população foram investigados¹⁷, incluindo a utilização dos serviços odontológicos de forma regular. O processo de amostragem foi realizado em dois estágios, utilizando os setores censitários definidos pelo Censo Demográfico de 2000 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) como unidade amostral primária, e os domicílios como unidade secundária.

A partir de dados da literatura¹⁵, utilizou-se uma prevalência estimada de 25% para utilização dos serviços odontológicos de forma regular. Tolerando-se um erro de três pontos percentuais, a um nível de confiança de 95%, obteve-se um tamanho de amostra de 800 indivíduos. Ajustando-se esse número para o efeito do delineamento amostral esperado (EDA) de 2,5, e mais um acréscimo de 10% para possíveis perdas e recusas, o tamanho da amostra necessário passou a ser de 2.200 indivíduos. O estudo teve um poder de 80% para detectar Razão de Prevalência (RP) de pelo menos 1,4, com proporção de exposição variando de 30% a 84%, considerando acréscimo do EDA (2,5), perdas (10%) e fatores de confusão (15%).

Para atender a necessidade de tamanho de amostra de todos os mestrandos era necessário incluir 1440 domicílios distribuídos em 126 setores. Foram selecionados sistematicamente, com probabilidade proporcional ao tamanho, 126 dos 408 setores censitários de Pelotas, estratificados em relação à renda média do chefe da família, com base nos dados do Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em cada setor selecionado foi feita a enumeração dos domicílios particulares permanentes e o número original de domicílios desejados foi ajustado para a variação observada em relação ao número de domicílios presentes por ocasião do Censo 2000. Dentro de cada setor foram selecionados por amostragem sistemática um total de 1.534 domicílios (média de 12 por setor). Todos os moradores com idade igual ou maior que 20 anos com capacidade para responder o questionário foram considerados elegíveis para o estudo.

Os dados foram coletados nos domicílios por entrevistadoras treinadas, que compareciam três vezes aos endereços selecionados antes de aceitarem uma perda ou recusa. A coleta de dados foi realizada de 23 de outubro de 2007 a 15 de janeiro de 2008.

Para obtenção do desfecho – usar o serviço de forma regular – quatro opções de rotinas de consultas foram dadas aos entrevistados: (1) *Eu nunca vou ao dentista*; (2) *Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva*; (3) *Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não*; (4) *Eu vou ao dentista de forma regular*. Foram considerados usuários regulares aqueles que escolheram a opção três ou quatro.

O modelo conceitual utilizado para este estudo foi baseado no proposto por Andersen & Newman^{18, 19}. Neste modelo, a utilização dos serviços de saúde incluindo os serviços odontológicos, depende das características da população em risco e dos serviços de saúde utilizados. Essas características estão divididas em três grupos: variáveis de predisposição, facilitação e necessidade. No primeiro grupo, a predisposição do indivíduo para usar os serviços de saúde inclui variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado conjugal, cor da

pele e escolaridade), atitudes e opiniões (valor dado à saúde, conhecimento sobre a doença e opinião sobre o tratamento). Ter plano de saúde e acesso à fonte regular de cuidado odontológico compõe o grupo facilitação ao uso dos serviços. No terceiro grupo de variáveis (necessidade) estão incluídas a autopercepção de necessidade de uso e o diagnóstico da doença avaliado por profissionais.

As variáveis de predisposição utilizadas neste estudo foram: sexo (masculino e feminino), faixa etária (de 20 a 39, 40 a 59 e ≥ 60 anos de idade), escolaridade (≤ 4 , de 5 a 8, de 9 a 11 e ≥ 12 anos completos de estudo) e situação conjugal (com companheiro e sem companheiro). Como variáveis de conhecimentos e opiniões foram utilizadas as seguintes questões: *“Dentistas recomendam mais tratamento do que eu necessito”* para captar uma opinião favorável em relação ao profissional e ao tratamento; *“Todo mundo perde os dentes com o passar da idade”* e *“Salvar um dente da frente é mais importante que salvar um dente de trás”*, para obter informação a respeito de crenças sobre o fatalismo de se tornar edêntulo e dar uma maior importância ao componente estético da saúde bucal. A autopercepção de saúde bucal também foi investigada (categorizada em: ótima, boa, regular, ruim e péssima). Para captar o conhecimento sobre prevenção de doenças bucais foi perguntado se os indivíduos tinham recebido orientações do cirurgião-dentista, alguma vez na vida, de como evitar problemas nos dentes e gengivas (sim ou não).

As variáveis de facilitação foram nível econômico (utilizando os pontos da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP e categorizados em quintis) e o tipo de serviço procurado habitualmente (público, convênio ou particular). Para a análise da utilização do serviço odontológico, as categorias convênio e particular foram agrupadas em serviço privado por não apresentarem diferenças estatísticas significativas.

Como variável de necessidade, foi utilizada a autopercepção de necessidade de tratamento. Para ampliar a capacidade de entendimento desta variável, ela foi categorizada em

uma escala de quatro pontos²⁰: ‘sim, para fazer uma revisão’; ‘não, está tudo bem com os meus dentes’; ‘sim, estou com dor ou tenho um problema para resolver’; ‘não, eu tenho um problema, mas ele pode esperar’.

O instrumento utilizado foi um questionário pré-codificado e previamente testado, para checar a compreensão das perguntas, em um setor que não foi incluído na amostra. Visando garantir a qualidade dos dados, 10% dos indivíduos foram visitados novamente e responderam a um questionário simplificado, monitorando assim o trabalho das entrevistadoras.

O banco de dados foi obtido através de dupla digitação e posterior checagem de inconsistências utilizando-se o programa Epi-Info versão 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). As diferenças entre o uso de forma regular e as variáveis estudadas foram testadas utilizando o teste qui-quadrado. Na análise bivariável, calcularam-se as razões de prevalências (RP) brutas e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%), para testar a força da associação entre o desfecho e as variáveis explicativas. Para examinar o efeito independente de cada variável foi utilizada a regressão de Poisson, uma vez que o desfecho era binário e freqüente²¹, utilizando-se o modelo conceitual descrito acima. Para cada nível, realizou-se seleção de variáveis para trás, descartando-se aquelas com $p > 0,2$. As variáveis que obtiveram um $p \geq 0,05$ e $< 0,2$ foram mantidas no modelo para controle de um possível efeito residual de confusão. O pacote estatístico Stata v. 9 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos) foi utilizado para as análises, que levaram em consideração o desenho amostral (com a utilização do prefixo svy).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Após esclarecimento dos objetivos gerais da pesquisa e dos procedimentos envolvidos, aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos 3155 indivíduos elegíveis, foram entrevistados 2.961 indivíduos, atingindo uma taxa de resposta de 94%. Não participaram do estudo 8,0% dos homens e 4,7% das mulheres selecionadas.

A descrição da amostra e as análises brutas podem ser observadas na Tabela 1. A população estudada foi na sua maioria branca, com predomínio do sexo feminino e moravam com companheiro (a). Em relação ao tipo de serviço procurado, aproximadamente um quarto utilizou algum tipo de convênio (foram incluídas nesta categoria: sindicatos, cirurgiões-dentistas que trabalhavam em empresas e convênios formais). O serviço público e particular teve prevalências muito semelhantes, 36,7% e 37,1%, respectivamente. Em relação à escolaridade 75% dos indivíduos tinham mais de cinco anos de escolaridade. Aproximadamente 30% não receberam orientações sobre prevenção e 40% relataram não precisar de tratamento odontológico.

A prevalência de uso regular de serviço odontológico foi de 32,8% (IC95%: 30,0 a 35,7), e para este desfecho foi obtido um coeficiente de correlação intraclasse de 0,07, gerando um EDA de 2,8 para o desenho do estudo.

Todas as características estudadas apresentaram associação estatisticamente significativa com o uso de serviço regular na análise bruta (Tabela 1).

As mulheres, categorias de idade menor que 60 anos, indivíduos sem companheiro e aqueles que utilizaram algum tipo de convênio tiveram maior utilização. Aqueles que classificaram sua saúde bucal como ótima, tiveram uma prevalência quatro vezes maior, quando comparados aos que classificaram como ruim/péssima. Indivíduos com escolaridade e nível econômico mais alto apresentaram maiores prevalências de uso regular, bem como, ter opinião favorável em relação ao profissional e não ser fatalista em relação ao edentulismo.

Menor utilização de forma regular pôde ser observada por indivíduos que deram maior ênfase ao componente estético da saúde bucal (Tabela 1).

Na Figura 1, é apresentada a prevalência de uso regular de serviço odontológico estratificada por sexo e idade, podendo-se observar que não há diferença estatística entre homens e mulheres com idade entre 20-39 anos. Entretanto, as mulheres entre 40-59 e ≥ 60 anos de idade utilizaram, em média, 40% mais os serviços de forma regular quando comparados aos homens das mesmas faixas etárias.

Na análise multivariável, as categorias que se mantiveram associadas de forma independente ao uso de serviço odontológico de forma regular foram as seguintes (Tabela 2): mulheres, categorias de idade menor que 60 anos, indivíduos sem companheiro, usuários de serviços privados, ter maior escolaridade e possuir maior nível econômico. Ter opinião favorável em relação ao profissional e ter conhecimentos sobre prevenção também foram associados a maior utilização de forma regular. Responder sim, com o objetivo de fazer uma revisão e não, com a justificativa de que estava tudo bem tiveram uma maior prevalência de uso de forma regular quando comparados àqueles que disseram não, pois apesar de ter um problema para resolver este problema pode esperar.

Não permaneceram estatisticamente significativas, após ajuste para confundimento, as associações com: cor da pele ($p = 0,32$); não ser fatalista em relação ao edentulismo ($p = 0,72$); e não dar uma maior importância ao componente estético da saúde bucal ($p = 0,56$).

A Tabela 3 mostra a utilização de serviço odontológico público e privado (convênio + particular), conforme algumas características estudadas. Pôde-se observar que as mulheres estiveram em maior proporção de utilização no serviço público. No serviço privado, a utilização de forma regular foi o dobro quando comparado ao serviço público; os indivíduos tiveram melhor percepção de saúde bucal, e com relação à percepção de necessidade de tratamento, cerca de 10 pontos percentuais a mais respondeu negativamente, justificando estar

tudo bem. O nível econômico dos indivíduos que procurou o serviço público foi menor, quando comparado ao grupo que procurou o serviço privado. No serviço privado, a proporção de indivíduos que manifestaram opinião favorável em relação ao profissional, que não acreditava na fatalidade de ficar edêntulo e não dava uma maior ênfase ao componente estético da saúde bucal foi maior quando comparado ao serviço público. Ao se comparar indivíduos que não receberam orientação sobre como prevenir doenças bucais, o serviço público apresentou frequência duas vezes maior em relação àqueles que procuraram o serviço privado.

Dentre aqueles que se utilizaram do serviço público, pôde-se observar que quanto maior a escolaridade maior a prevalência de uso de forma regular (Figura 2).

Discussão

Este é um estudo de base populacional, executado com alto rigor metodológico, no qual se obteve pequena porcentagem de perdas e recusas. Além disso, foi representativo da população adulta da cidade de Pelotas. Ao se estudar a utilização regular de serviços odontológicos deve-se incluir indivíduos que usaram e que não usaram os serviços, o que se enquadra adequadamente em estudos de base populacional. Isto, no entanto, leva a uma possível limitação, ligada ao fato de que o desfecho tem que ser medido através do auto-relato de consultas odontológicas. Levando-se em consideração que o uso de serviços odontológicos de forma regular é um comportamento desejável socialmente, alguns indivíduos podem superestimar suas consultas com o cirurgião-dentista, ou privilegiar o uso preventivo como justificativa. É pouco provável que ocorra o contrário, ou seja, que indivíduos subestimem as suas consultas, ou apresentem como razão da consulta um problema, quando na verdade esta foi o uso regular. Assim, se existir, o viés mais provável seria superestimar o uso de forma

regular, com estimativas de medidas de efeito tendendo à unidade, uma vez que os grupos se tornariam mais semelhantes.

Algumas associações encontradas devem ser interpretadas com cautela, pois sendo este um estudo transversal, pode ocorrer viés de causalidade reversa. Saber se os indivíduos usam os serviços de forma regular porque tiveram orientação sobre prevenção e acreditam ser esta prática benéfica para manutenção da saúde bucal ou, se por usarem os serviços regularmente obtiveram maior conhecimento sobre como prevenir doenças bucais, usando este tipo de delineamento, não é possível. Outras variáveis como autopercepção de saúde, confiança no profissional, crenças sobre tratamento e autopercepção de necessidade de tratamento também são passíveis do mesmo tipo de viés. Entretanto, neste estudo o principal objetivo não foi identificar fatores causais e sim variáveis que seriam marcadores individuais do uso dos serviços de forma regular, variáveis estas que pudessem ser trabalhadas no sentido de incrementar este tipo de utilização.

A prevalência de uso regular de serviços odontológicos neste estudo foi semelhante à encontrada pelo inquérito nacional de saúde bucal em 2004 (SB – Brasil 2003)²² onde 31,9% dos indivíduos do estado do Rio Grande do Sul, que consultaram no último ano, relataram ser a revisão o motivo da última consulta ao cirurgião-dentista. Em Bambuí, um inquérito populacional¹⁵ encontrou prevalência de uso regular de 24,6%. Neste estudo, usuário regular foi o indivíduo que fez pelo menos uma consulta no último ano sendo a revisão o principal motivo. Estudos em outros países encontraram prevalências muito variáveis, de 18,0% a 64,0%²³⁻²⁵. Esta variabilidade se deve a grandes diferenças, na organização dos serviços, na população em estudo e nos diferentes critérios de definição de usuários regulares.

Considerando a metodologia utilizada e o percentual de perdas e recusas, este estudo é representativo da população com 20 anos ou mais de idade da zona urbana de Pelotas. Extrapolando os dados para a população, aproximadamente 150.000 indivíduos de 220.000

com 20 anos de idade procurariam os serviços odontológicos somente quando tivessem dor ou algum desconforto, fato este que poderia interferir na qualidade de vida das pessoas, sendo motivo de impedimentos de atividades cotidianas²⁶.

Em relação às variáveis de predisposição, como sexo e idade, foram encontrados resultados semelhantes a diversos autores. As mulheres^{10, 12, 20, 27} assim como indivíduos mais jovens, com idade entre 20 a 39 e 40 a 59 anos comparados aos com ≥ 60 anos³, fizeram maior uso regular de serviços odontológicos. Ter serviços preparados para suprir as necessidades desta população²⁷ e facilitação do acesso poderia contribuir para maior captação de homens e idosos. A utilização dos serviços médicos por adultos e idosos é muito superior ao uso de serviços odontológicos^{3, 28}, o profissional médico poderia ser um valioso aliado no incentivo ao uso dos serviços odontológicos que além de monitorar problemas dentários e próteses, teria um importante papel na detecção precoce do câncer de boca^{23, 29}.

Esta maior utilização por mulheres desaparece entre jovens de 20 a 39 anos de idade. Uma possível explicação para isto seria um efeito de coorte onde os homens estariam utilizando mais os serviços de forma preventiva, seja por maior valorização à saúde ou por estética. Por outro lado, poderia ser um efeito exclusivo da idade onde os jovens utilizariam mais os serviços e com passar dos anos esta utilização tenderia a diminuir. Para melhor compreender este fato, estudos longitudinais seriam necessários.

Conhecimentos sobre as doenças, crenças sobre tratamentos, atitudes em relação ao profissional e valor dado à saúde, são importantes determinantes de doenças bucais, de uso dos serviços odontológicos e de auto-cuidado³⁰. Mesmo após controle para as variáveis sócio-econômicas e demográficas, os indivíduos que tinham maior conhecimento sobre a doença e possuíam atitudes positivas tiveram uma maior chance de fazer uso dos serviços de forma regular. Ao se controlar para variáveis do nível anterior e para as do mesmo nível, algumas perderam a significância, talvez por que todas essas variáveis sobre conhecimentos traduzam

um mesmo domínio, permanecendo no modelo aquela que tinha maior magnitude de efeito na análise bruta.

É complexa a quantificação de questões subjetivas relacionadas a crenças e opiniões sobre o profissional e experiências relacionadas com tratamentos e doenças bucais com a metodologia quantitativa utilizada e com o número limitado de questões que se dispunha. Ainda assim, de forma limitada, tentamos entender como essas variáveis poderiam se relacionar com a utilização dos serviços de forma regular, uma vez que, condição econômica favorável e acesso facilitado aos serviços, *per se*, não garantem este tipo de utilização.

Dentre as variáveis de facilitação, neste estudo, foram avaliados nível econômico e tipo de serviço procurado, sendo que ambos se associaram com o desfecho. Houve a inclusão no modelo de análise tanto de nível econômico (facilitação) como escolaridade (predisposição) por se entender que ambas têm significados diferentes, ao contrário do estudo realizado por Matos, DV, em Bambuí¹⁵, no qual se optou por incluir apenas uma das variáveis. Enquanto nível econômico traduz a capacidade de compra dos serviços, escolaridade traduz a consciência, o entendimento de que para prevenir doenças bucais as consultas de rotina são importantes. Os resultados confirmam a hipótese uma vez que, após ajuste, ambas continuaram altamente significativas. No entanto, o efeito bruto de cor da pele desapareceu após o controle para essas variáveis.

A variável de necessidade avaliada neste estudo foi a autopercepção de necessidade de tratamento. Semelhante ao observado por outros autores^{20, 31} a maior prevalência de uso de forma regular se deu entre aqueles que relataram não necessitar de tratamento por estar tudo bem e aqueles que disseram sim, por necessidade de se fazer uma consulta de rotina quando comparados aqueles que tinham consciência de que tinham um problema mas a resolução poderia ser adiada.

Importante função do SUS é diminuir as desigualdades (princípio da equidade), papel que na situação em estudo parece não estar sendo cumprido. Primeiramente, porque entre todos os serviços, o SUS teve a menor prevalência de utilização de forma regular. Idealmente se esperaria uma prevalência de uso mais equânime entre os serviços. Em segundo lugar, mesmo entre os usuários do SUS, aqueles com maior escolaridade apresentaram maior prevalência de uso regular. É necessário desenvolver estratégias para captar aqueles indivíduos que não fazem uso dos serviços de forma regular, utilizando critérios que priorizem a população mais necessitada³².

Algumas das características de predisposição apresentam potencial para serem modificadas¹⁹ e, portanto, poderiam ser trabalhadas pelos profissionais de saúde como as que envolvem conhecimentos, crenças e atitudes em relação à doença, ao tratamento, aos profissionais e ao valor que se dá à saúde. Instrumentalizar os indivíduos pode ser a chave para a mudança de comportamentos. Abordagens que estimulassem os usuários de serviços públicos e privados a valorizar ações preventivas, estabelecimento de vínculo com o serviço e seus profissionais, maior conhecimento sobre o processo saúde-doença e o uso dos serviços de forma regular deveriam ser considerados na elaboração das políticas de saúde, com maior ênfase no serviço público.

As equipes de saúde bucal inseridas na estratégia de saúde da família têm o objetivo de mudar o modelo de atenção, ampliando o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal utilizando medidas de caráter coletivo e individual, de forma interdisciplinar e multidisciplinar aumentando a resolutividade dos serviços². Os incentivos financeiros vinculados à implantação destas equipes vem sendo um importante atrativo para a adesão dos municípios a esta estratégia, porém, existe a necessidade de avaliações com o intuito de acompanhar o processo de mudança do modelo proposto³². Estudos com esta finalidade seriam de grande importância para se avaliar a efetividade desta

estratégia, uma vez que a forma como os serviços estão organizados e a qualidade dos serviços prestados também exercem influências na utilização dos mesmos¹⁹.

Colaboradores

M. B. J. Camargo foi responsável pela concepção do estudo, realizou a revisão de literatura, coordenou a coleta dos dados e realizou sua análise. S. C. Dumith participou da elaboração do artigo e colaborou nas análises. A. J. D. Barros supervisionou todas as etapas do estudo.

Referências

1. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF, Camargos P, Ribeiro Y, et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Pública*. 2006; 19(6):385-93.
2. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica - Coordenação Nacional de Saúde Bucal.: Ministério da Saúde. 2004.
3. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Col*. 2002; 7(4):709-17.
4. Araújo YP, Dimenstein M. Estrutura e organização do trabalho do cirurgião dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciênc Saúde Col*. 2006; 11(1):219-27.
5. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Atenção a saúde bucal e a descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares na Bahia. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(5):1119-31.
6. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Col*. 2006; 11(1):53-61.
7. Gilbert GH, Stoller EP, Duncan RP, Earls JL, Campbell AM. Dental self-care among dentate adults: contrasting problem-oriented dental attenders and regular dental attenders. *Spec Care Dentist*. 2000; 20(4):155-63.
8. Beirne P, Forgie A, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 18:CD004346.
9. Mullally BH, Linden GL. The periodontal status of irregular dental attenders. *J Clin Periodontol*. 1994; 21(8):544-8.

10. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pro-Saude Study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35:393-00.
11. Alexandre GC, Nadanovsky P, Lopes CS, Faerstein E. Prevalence and factors associated with dental pain that prevents the performance of routine tasks by civil servants in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5):1073-8.
12. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008; 36:305-16.
13. Celeste RK, Nadanovsky P, De Leon AP. Associação entre procedimentos preventivos no serviço público de odontologia ea prevalência de cárie dentária. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(5):830-38.
14. Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Use of specific dental treatment procedures by dentate adults during a 24-month period. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002; 30(4):260-76.
15. 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 Saude Publica.* 2001; 17(3):661-8.
16. Brasil. Censo 2000 - Estimativa para 2007. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2000.
17. Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, et al. O Mestrado do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11(1):133-44.

18. Andersen RM, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*. 1973; 51(1):95-124.
19. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995; 36(1):1-10.
20. Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31(5):351-60.
21. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*. 2003; 3:21.
22. Brasil. Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. 2004 [cited; Available from: http://www.cfo.org.br/download/pdf/relatorio_sb_brasil_2003.pdf
23. Tickle M, Worthington HV. Factors influencing perceived treatment need and the dental attendance patterns of older adults. *Br Dent J*. 1997; 182(3):96-100.
24. Taani DQ. Periodontal awareness and knowledge, and pattern of dental attendance among adults in Jordan. *Int Dent J*. 2002; 52(2):94-8.
25. Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Coward RT. Dental health attitudes among dentate black and white adults. *Med Care*. 1997; 35(3):255-71.
26. Lacerda JT, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(3):453-8.

27. Matos D, Giatti L, Lima-Costa M. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Cad Saúde Pública. 2004; 20(5):1290-7.
28. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Col. 2002; 7(4):687-707.
29. Benedetti TRB, Mello A, Goncalves LHT. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. 2007; 12(6):1683-90.
30. Riley JL, 3rd, Gilbert GH, Heft MW. Dental attitudes: proximal basis for oral health disparities in adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2006; 34(4):289-98.
31. Gilbert GH, Shelton BJ, Chavers LS, Bradford EH, Jr. The paradox of dental need in a population-based study of dentate adults. Med Care. 2003; 41(1):119-34.
32. Souza TMS, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad Saúde Pública. 2007; 23(11):2727-39.

Tabela 1. Descrição da amostra, prevalências e razões de prevalências bruta do uso regular de serviço odontológico entre as categorias das variáveis independentes, Pelotas, RS, 2008.

Variáveis	N (%)	Prevalência de uso regular % (IC 95%)	RP	Valor p
Sexo (2961)				<0,001
Masculino	1276 (43,1)	29,6 (26,3 – 33,1)	1,00	
Feminino	1685 (56,9)	35,3 (32,3 – 38,4)	1,19	
Idade (2961)				<0,001*
De 20 a 39 anos	1263 (42,7)	40,9 (37,2 – 44,8)	2,31	
De 40 a 59 anos	1111 (37,5)	31,6 (27,7 – 35,7)	1,78	
60 anos ou mais	587 (19,8)	17,7 (14,5 – 21,5)	1,00	
Cor da pele (2957)				<0,001
Branca	2234 (75,6)	35,4 (32,1 – 38,8)	1,00	
Preta	402 (13,6)	26,4 (22,2 – 31,1)	0,74	
Parda	208 (7,0)	25,0 (19,2 – 31,9)	0,71	
Outros	113 (3,8)	19,5 (12,9 – 28,2)	0,55	
Escolaridade (2960)				<0,001*
Até 4 anos	691 (23,3)	11,3 (9,1 – 14,0)	1,00	
5 a 8 anos	932 (31,5)	25,3 (22,5 – 28,3)	1,97	
9 a 11 anos	761 (25,7)	41,3 (37,7 – 44,9)	3,20	
> 12 anos	576 (19,5)	59,7 (54,7 – 64,6)	4,64	
Nível econômico – ABEP (quintis) (2930)				<0,001*
Q1 – mais pobres	621 (21,1)	15,0 (12,2 – 18,2)	1,00	
Q2	667 (22,9)	26,7 (23,6 – 30,1)	1,78	
Q3	549 (18,7)	33,2 (28,5 – 38,1)	2,21	
Q4	547 (18,7)	41,1 (35,3 – 47,3)	2,74	
Q5 – mais ricos	546 (18,6)	53,0 (46,8 – 58,9)	3,53	
Situação conjugal (2959)				0,02
Com companheiro	1806 (61,0)	31,1 (27,9 – 34,4)	1,00	
Sem companheiro	1153 (39,0)	35,7 (32,1 – 39,3)	1,15	
Tipo de local procurado (2890)				<0,001
Público	1061 (36,7)	19,7 (17,3 – 22,3)	1,00	
Particular	1073 (37,1)	40,3 (36,3 – 44,3)	2,04	
Convênio	756 (26,2)	43,0 (38,7 – 47,4)	2,28	
Auto-percepção de SB (2961)				<0,001*
Ótima	421 (14,2)	52,3 (46,6 – 57,8)	4,24	
Boa	1305 (44,1)	38,8 (35,4 – 42,3)	3,14	
Regular	943 (31,8)	22,3 (19,5 – 25,3)	1,81	
Ruim/Péssima	292 (9,9)	12,3 (8,2 – 18,1)	1,00	
Necessidade de tratamento (2959)				<0,001
Sim, para revisão	661 (22,3)	46,1 (41,3 – 51,1)	2,35	
Não, está OK	1181 (40,0)	34,6 (30,9 – 38,4)	1,76	
Sim, tenho problemas	827 (27,9)	24,3 (21,0 – 27,9)	1,24	
Não, pode esperar	290 (9,8)	19,7 (15,3 – 24,9)	1,00	
Recebeu orientação sobre prevenção (2878)				<0,001
Sim	2071 (72,0)	42,3 (39,3 – 45,4)	3,67	
Não	807 (28,0)	11,5 (9,3 – 14,2)	1,00	
Dentistas recomendam mais tratamento que o necessário (2961)				<0,001
Concorda	737 (24,9)	23,2 (20,1 – 26,6)	1,00	
Não concorda	1766 (59,6)	41,7 (38,3 – 45,3)	1,80	
Não sabe	458 (15,5)	14,0 (11,1 – 17,4)	0,60	
Todo mundo perde os dentes com o passar do tempo (2961)				<0,001
Concorda	1307 (44,1)	24,6 (21,8 – 27,6)	1,00	
Não concorda	1436 (48,5)	41,6 (38,2 – 45,2)	1,70	
Não sabe	218 (7,4)	24,3 (19,2 – 30,2)	0,99	
Salvar os dentes da frente é mais importante que salvar os dentes de trás (2961)				<0,001
Concorda	1560 (52,6)	26,4 (23,5 – 29,0)	1,00	
Não concorda	1254 (42,4)	41,6 (37,9 – 45,3)	1,59	
Não sabe	147 (5,0)	29,3 (21,9 – 37,9)	1,12	

* teste de tendência linear

Tabela 2. Análise multivariável conforme modelo conceitual do uso regular de serviços odontológicos em adultos, segundo as variáveis de predisposição, facilitação e necessidade (2961), Pelotas, RS, 2007.

Nível	Variáveis	RP (IC 95%)	Valor p
1**	Sexo		< 0,001
	Masculino	1,00	
	Feminino	1,22 (1,11 – 1,33)	
	Idade		< 0,001*
	20 – 39 anos	1,60 (1,32 – 1,95)	
	40 – 59 anos	1,42 (1,16 – 1,74)	
	≥ 60 anos	1,00	
	Escolaridade		< 0,001*
	0 – 4 anos	1,00	
	5 – 8 anos	1,93 (1,50 – 2,47)	
	9 – 11 anos	2,58 (2,03 – 3,28)	
	≥ - 12 anos	3,39 (2,61 – 4,40)	
	Nível econômico – ABEP (quintis)		< 0,001*
	1 – mais pobres	1,00	
	2	1,44 (1,14 – 1,70)	
3	1,63 (1,28 – 2,10)		
4	1,86 (1,45 – 2,39)		
5 – mais ricos	1,95 (1,51 – 2,50)		
Situação conjugal		0,01	
Com companheiro	1,00		
Sem companheiro	1,14 (1,03 – 1,27)		
2**	Tipo de serviço que procura		<0,001
	Público	1,00	
	Particular	1,34 (1,14 – 1,56)	
	Convênio	1,45 (1,23 – 1,72)	
	Autopercepção de SB		< 0,001*
	Ótima	3,05 (2,00 – 4,66)	
	Boa	2,25 (1,47 – 3,43)	
Regular	1,59 (1,02 – 2,46)		
Ruim/Péssima	1,00		
3**	Recebeu orientação sobre prevenção		< 0,001
	Não	1,00	
	Sim	2,08 (1,67 – 2,59)	
	Dentista recomenda mais tratamento do que eu preciso		< 0,001
	Concordo	1,00	
	Não concordo	1,19 (1,04 – 1,37)	
	Não sei	0,74 (0,59 – 0,93)	
	Autopercepção de necessidade de tratamento		< 0,001
	Sim, para uma revisão	1,58 (1,24 – 2,01)	
	Não, está tudo bem com a minha boca	1,29 (1,02 – 1,64)	
Sim, tenho dor ou problemas para resolver	1,15 (0,90 – 1,48)		
Não, embora eu tenha um problema ele pode esperar	1,00		

* teste de tendência linear.

** Variáveis ajustadas para as do mesmo nível e dos níveis acima.

Tabela 3. Perfil dos usuários conforme o tipo de serviço odontológico utilizado. Pelotas, RS, 2007.

Variáveis	TIPO DE SERVIÇO		Valor p*
	% Uso Público (IC95%) (1061)	% Uso Privado (IC95%) (1829)	
Forma de uso			<0,001
Regular	19,7 (17,3 – 22,3)	41,4 (38,1 – 44,7)	
Ocasional	80,3(77,7 – 82,7)	58,6 (55,3 – 61,9)	
Sexo			0,01
Masculino	40,1 (37,5 – 42,6)	44,8 (42,9 – 46,7)	
Feminino	59,9 (57,4 – 62,5)	55,2 (53,3 – 57,2)	
Auto-percepção de SB			<0,001
Ótima	10,7 (8,9 – 12,9)	16,2 (14,5 – 18,1)	
Boa	35,3 (32,5 – 28,2)	49,6 (47,1 – 52,1)	
Regular	38,9 (36,1 – 41,9)	27,7 (25,3 – 30,2)	
Ruim/Péssima	15,1(12,9 – 17,6)	6,5 (5,4 – 7,8)	
Recebeu orientação sobre prevenção			<0,001
Não	40,2 (37,1 – 43,3)	21,1 (18,6 – 23,7)	
Sim	59,8 (56,7 – 62,9)	78,9 (76,3 – 81,4)	
Dentista recomenda mais tratamento do que eu preciso			<0,001
Concordo	29,6 (26,5 – 32,9)	21,7 (19,4 – 24,2)	
Não concordo	50,8 (47,1 – 54,5)	66,0 (62,8 – 69,0)	
Não sei	19,6 (16,8 – 22,8)	12,3 (10,5 – 14,3)	
Todo mundo perde os dentes com o passar do tempo			<0,001
Concordo	53,3 (50,0 – 56,7)	38,2 (35,4 – 41,3)	
Não concordo	39,3 (36,3 – 42,4)	54,6 (51,5 – 57,6)	
Não sei	7,4 (5,7 – 9,5)	7,2 (6,0 – 8,6)	
Salvar os dentes da frente é mais importante que salvar os dentes de trás			<0,001
Concordo	59,8 (56,5 – 63,1)	48,2 (45,2 – 51,3)	
Não concordo	35,3 (31,9 – 38,7)	47,0 (44,0 – 50,0)	
Não sei	4,9 (3,7 – 6,5)	4,8 (3,9 – 6,0)	
Necessidade de tratamento			<0,001
Sim, para revisão	21,3 (18,5 – 24,5)	23,1 (20,8 – 25,5)	
Não, está OK	34,3 (31,5 – 37,2)	43,2 (40,7 – 45,9)	
Sim, tenho problemas	34,6 (31,6 – 37,8)	24,1 (21,9 – 26,4)	
Não, pode esperar	9,8 (8,0 – 12,0)	9,6(8,2 – 11,1)	
Nível econômico – ABEP (quintis)			<0,001**
1 - mais pobre	37,6 (33,1 – 42,3)	10,8 (8,7 – 13,4)	
2	28,7 (24,9 – 32,8)	19,1(16,4 – 22,2)	
3	19,4 (16,1 – 23,2)	18,6 (16,1 – 18,9)	
4	10,4 (7,9 – 13,4)	23,8 (21,0 – 32,9)	
5 - mais rico	4,0 (2,6 – 6,1)	27,6 (22,9 – 32,9)	

* teste de heterogeneidade ** teste de tendência linear

Figura 1. Prevalência de uso regular de serviço odontológico por faixa etária entre homens (1276) e mulheres (1685).

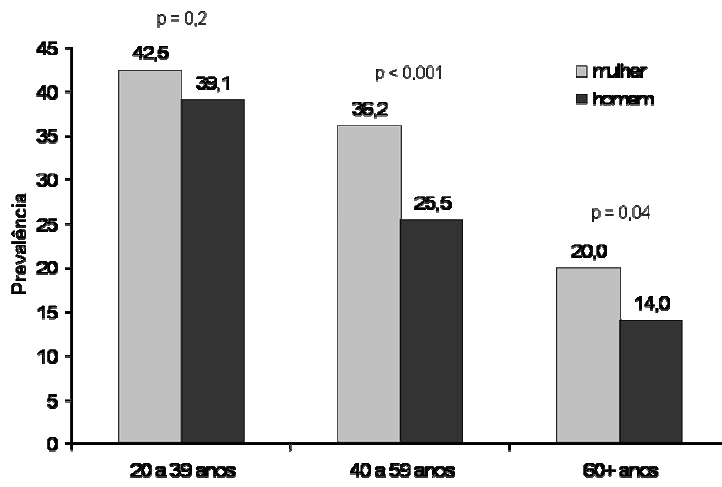
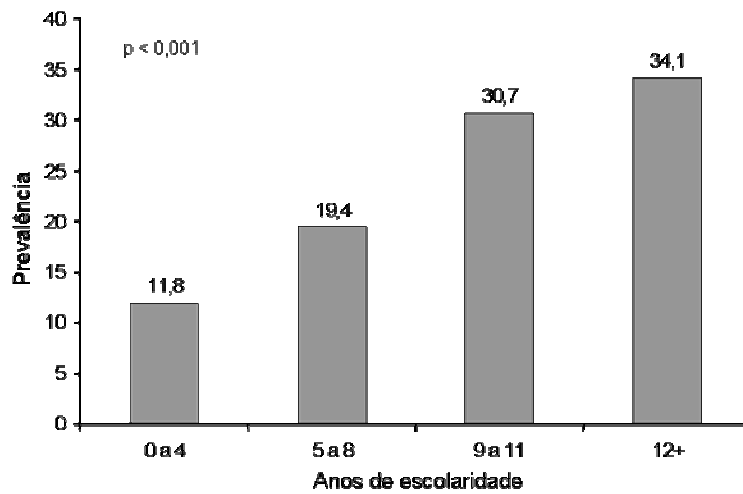


Figura 2. Uso de forma regular de serviço odontológico no serviço público conforme escolaridade (1061).



V. ANEXOS

ANEXO 1

Perguntas utilizadas para estudar as questões específicas do projeto, com as respectivas instruções.

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUAS CONSULTAS COM O DENTISTA.

A130) Eu vou ler algumas frases e gostaria que o(a) Sr.(a) dissesse qual delas descreve melhor as suas consultas com o dentista:

- (1) Eu nunca vou ao dentista
- (2) Eu vou ao dentista quando eu tenho dor ou quando eu tenho um problema nos meus dentes ou na gengiva.
- (3) Eu vou ao dentista às vezes, tendo um problema ou não.
- (4) Eu vou ao dentista de maneira regular.

SDESFE ____

A131) Consulta de rotina é quando o(a) Sr.(a) procura um dentista para saber se está tudo bem com seus dentes e gengivas, sem estar com dor ou com algum problema que lhe incomoda muito. Nesse último ano, isto é, desde <mês do ano passado> até hoje, o(a) Sr.(a) fez alguma consulta de rotina?

- (0) Não (1) Sim (9) IGN

SREV ____

A132) Quando foi sua última consulta com o dentista?

- (1) Nunca foi ao dentista → Pule para a pergunta A136
- (2) Há menos de 1 ano
- (3) Entre 1 e 2 anos atrás
- (4) Entre 2 e 3 anos atrás
- (5) Há mais de 3 anos
- (9) IGN

SCONS ____

A133) Qual foi o **principal** motivo desta consulta?

- (00) Consulta de rotina/manutenção/aparelho
- (01) Dor
- (02) Sangramento ou inflamação na gengiva
- (03) Cavidades nos dentes/cárie/restauração/obturação
- (04) Ferida, caroço ou manchas na boca
- (05) Rosto inchado
- (06) Tratamento de canal
- (07) Extrações/arrancar o dente
- (10) Outros _____
- (88) NSA
- (99) IGN

SMOTIV ____

A134) Quando o(a) Sr.(a) necessita ir ao dentista, qual é o serviço que o(a) Sr.(a) procura primeiro?

- (1) Público (2) Particular (3) Convênio (4) Outro
- _____ (8) NSA

STIPO ____

A135) O(a) Sr.(a) já recebeu orientação do dentista de como fazer para evitar problemas nos seus dentes e gengivas ?

- (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

SPREV ____

A136) Como o(a) Sr.(a) considera a situação da sua boca?

SSAUDEB ____

(1) ótima (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima	
A137) O(a) Sr.(a) acha que precisa ir ao dentista nas próximas semanas? (1) Sim, para fazer uma revisão (2) Não, está tudo bem com meus dentes (3) Sim, estou com dor ou tenho algum problema para resolver (4) Não, eu tenho um problema mas ele pode esperar (9) IGN	<i>SNEC</i> ____
Agora eu vou ler três frases e o(a) Sr.(a) vai me dizer se concorda, não concorda ou não sabe. A138) Os dentistas recomendam mais tratamento do que na verdade o(a) Sr.(a) precisa. (0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe	<i>STRAT</i> ____
A139) Salvar um dente da frente é mais importante do que salvar um dente de trás. (0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe	<i>SIMPORT</i> ____
A140) Todo mundo perde os dentes com o passar da idade. (0) Concorda (1) Não concorda (9) Não sabe	<i>SEDENT</i> ____

Instruções:

PERGUNTA A130. Eu vou ler algumas frases e gostaria que o(a) Sr.(a) dissesse qual delas descreve melhor as suas visitas com o dentista:

Ler as alternativas e se perceber dificuldade do indivíduo para responder ler novamente as alternativas.

PERGUNTA A131. Nesse último ano o Sr(a) fez alguma consulta de rotina?

Ler a definição e em seguida fazer a pergunta, se ele não se lembrar colocar “não sei”

PERGUNTA A132. Quando foi sua última visita com o dentista?

Ler o enunciado e esperar pela resposta – se a resposta for a de n□ 1 pular para a questão A136.

PERGUNTA A133. Qual foi o motivo desta consulta?

Ler o enunciado, se não houver o motivo nas alternativas anotar em “outros” para posteriormente ser codificada.

PERGUNTA A134. Quando o(a) Sr.(a) necessita de dentista qual é o serviço que o(a) Sr.(a) procura primeiro?

Ler a pergunta e esperar pela resposta

Codificar como **particular** clínicas e consultórios onde o indivíduo paga pelo serviço prestado.

Codificar como **público** postos de saúde, faculdade de odontologia, unidades de saúde da família, etc

Codificar como **convênio** quando o indivíduo relatar possuir algum convênio odontológico. Também se relatar utilizar serviços do SESI, SESC ou SEST/SENAT

PERGUNTA A135. O(A) Sr.(a) já recebeu orientação do dentista de como fazer para evitar problemas nos seus dentes e gengivas ?

Ler para o indivíduo o enunciado e as alternativas.

PERGUNTA A136. Como o(a) Sr.(a) considera a situação da sua boca?

Ler para o indivíduo o enunciado e as alternativas.

PERGUNTA A137. O(A) Sr.(a) acha que precisa ir ao dentista nas próximas semanas?

Ler para o indivíduo o enunciado e as alternativas, se necessário repetir as alternativas.

Se notar dificuldade do indivíduo em responder, pedir para ele dizer primeiro sim ou não e só depois dar as duas opções de sim e as duas opções de não.

PERGUNTAS A138 A139 E 140.

Ler para o indivíduo as frases e as alternativas.

.

ANEXO 2

Normas da revista “Cadernos de Saúde Pública” (Cad Saúde Pública) para publicação de artigos.

Objetivo e política editorial

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) Revisão - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); (2) Artigos - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); (3) Notas - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); (4) Resenhas - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); (5) Cartas - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); (6) Artigos especiais - os interessados em contribuir com artigos para estas seções deverão consultar previamente o Editor; (7) Debate - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); (8) Fórum - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetido em 1 via, fonte Times New Roman, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição (ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhada de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras.

Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do abstract em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Pesquisas envolvendo seres humanos A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.icmje.org>).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos:

Artigos de periódicos

Artigo padrão

Até 6 autores:

Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. Trans R Soc Trop Med Hyg 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores:

DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of Biomphalaria (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, Schistosoma mansoni. Mol Biol Evol 2001; 18:2225-39.

Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-2.

Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 1992; 87 Suppl 3:1-20.

Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. Rev Saúde Pública 1997; 31 (4 Suppl):26-37.

Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32 (Pt 3):303-6.

Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994; 107 (986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

Indivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. In: Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalho apresentado em evento

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e tese

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004 Jan 31; p. 12. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3.

Documentos legais

Decreto n. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.

Material eletrônico

CD-ROM

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM].

Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária.

<http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).