

Fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica: uma revisão integrativa

Factors associated with the utilization of dental health services by the pediatric population: an integrative review

Davi Silva Carvalho Curi¹
Andreia Cristina Leal Figueiredo²
Sílvia Regina Jamelli¹

Abstract *This integrative literature review aimed to analyze studies about factors associated with the utilization of dental health services by the pediatric population between zero and 15 years old, published between 2006 and 2016 and available in Portuguese, English or Spanish. A survey of articles in the Lilacs and Medline databases was carried out, using the search strategy: (“dental care/utilization” OR “dental health services/utilization”) AND (“child” OR “child, preschool”) AND NOT adult. To analyze the methodological quality, the adapted Critical Appraisal Skill Programme (CASP) and the Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ) were used. The following predictors of use of dental health services stood out: factors associated with children or adolescents (age, frequency of tooth brushing, chronic conditions), caregivers (schooling, perception of child’s dental health, perceived oral health needs), dentists (availability at night and on the weekends) and follow up of oral health by the family health team. These are inherent factors for the planning of oral health policies or programs for the pediatric population. However, these factors vary according to the context, and therefore, a contextual analysis should be conducted.*

Key words *Health services accessibility, Dental health services, Child, Adolescent*

Resumo *O objetivo desta revisão integrativa da literatura foi analisar estudos publicados entre 2006-2016, disponibilizados em português, inglês ou espanhol, sobre fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal pela população pediátrica entre 0 e 15 anos. Foi realizado um levantamento nas bases de dados Lilacs e Medline, utilizando a estratégia de busca: (“dental care/utilization” OR “dental health services/utilization”) AND (child OR “child, preschool”) AND NOT adult. Para análise da qualidade metodológica, utilizou-se o Critical Appraisal Skill Programme (CASP) adaptado e o Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ). Destacam-se como preditores do uso: fatores da criança ou adolescente (idade, frequência de escovação, condições crônicas), do cuidador (escolaridade, percepção da saúde bucal do filho, necessidades bucais referidas), do dentista (disponibilidade à noite e nos finais de semana) e o acompanhamento da saúde bucal pela equipe de saúde da família. Estes fatores são inerentes ao planejamento de políticas ou programas em saúde bucal na população pediátrica, entretanto, variam de acordo com o contexto em que se inserem. Portanto, uma análise contextual é necessária.*

Palavras-chave *Acesso aos serviços de saúde, Serviços de saúde bucal, Criança, Adolescente*

Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego 1235, Cidade Universitária. 50670-901 Recife PE Brasil. curidavi@gmail.com

² Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.

Introdução

Utilização dos serviços de saúde representa o centro de funcionamento do sistema de saúde, sendo resultante da interação entre o comportamento dos usuários e dos profissionais que os conduzem dentro deste sistema e relacionada a fatores de acesso (o ato de ingressar, a entrada) e de acessibilidade (qualidade do que é acessível)¹. Dentre os serviços de saúde, os serviços de saúde bucal (SSB) apresentam desigualdades quanto ao uso, identificadas em vários países, independentemente da natureza, âmbito e eficiência dos seus sistemas de saúde².

Um grupo menos propenso a receber cuidados dentários e, portanto, com necessidades bucais não atendidas, é o de crianças e adolescentes³. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008), realizada no Brasil, evidenciaram que, dentre os 11,7% da população que nunca consultou o dentista, 47,9% eram crianças até 04 anos e 36,5% eram crianças e adolescentes entre 05 e 19 anos⁴.

Fatores relacionados à população pediátrica, aos cuidadores e aos SSB podem influenciar na ida ao dentista⁵. Portanto, é fundamental que gestores e profissionais da saúde os conheçam e analisem criteriosamente quando da oferta de um serviço odontológico, visto que intervenções precoces na infância e adolescência podem repercutir na vida adulta e, conseqüentemente, diminuir as desigualdades na saúde⁶.

Estudos que avaliam fatores que influenciam na utilização dos SSB são realizados na população em geral, sendo fundamentais para gerar informações ao planejamento de políticas ou programas que estimulem o seu uso e diminuam injustiças sociais. Apesar da importância, não há ainda estudo publicado que reúna evidências científicas sobre fatores associados à utilização dos SSB por pacientes pediátricos.

Diante disso, este estudo objetivou analisar artigos publicados entre 2006-2016 sobre fatores associados à utilização dos SSB pela população pediátrica entre zero e 15 anos, contribuindo para uma discussão ancorada na evidência científica.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual permite a síntese e análise crítica do conhecimento científico sobre determinado tema ou questão norteadora, contribuindo para a prática na saúde baseada em evidência⁷.

O estudo compreendeu seis etapas metodológicas: 1- identificação do tema e seleção da questão norteadora; 2- estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3- definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização desses; 4- avaliação metodológica dos estudos incluídos; 5- interpretação dos resultados; 6- apresentação da revisão e síntese do conhecimento^{8,9}.

Para a primeira etapa foi elaborada a seguinte questão norteadora: Quais os fatores associados à utilização dos SSB pela população pediátrica entre zero e 15 anos de idade? Em seguida, estabeleceram-se critérios de elegibilidade para obtenção dos artigos por meio de busca nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência da Saúde) e Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) entre março e abril de 2016. A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores de forma independente, sendo considerada a seguinte seqüência para verificação da elegibilidade: leitura dos títulos, dos resumos e dos artigos na íntegra. Em caso de discrepâncias, os revisores resolveram por consenso.

Foram critérios de inclusão: artigos sobre fatores associados a utilização dos SSB por pacientes pediátricos entre zero e 15 anos; publicados entre os anos de 2006 e 2016 e disponibilizados em português, inglês ou espanhol. Não houve restrição quanto ao desenho de estudo. Foram critérios de exclusão: estudos repetidos em bases de dados e publicações não disponíveis na íntegra. Para busca dos artigos foram utilizados descritores indexados aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e ao *Medical Subject Headings (MeSH)* – “*dental care*” e “*dental health services*” – associados ao qualificador *utilization* e os descritores *child*, “*child, preschool*” e *adult*. Os operadores booleanos foram OR, AND e AND NOT (NOT para a Medline). Utilizou-se a estratégia de busca: (“*dental care/utilization*” OR “*dental health services/utilization*”) AND (*child* OR “*child, preschool*”) AND NOT *adult*.

Para análise metodológica dos artigos incluídos, foram aplicados: 1) instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skill Programme (CASP)*¹⁰ e 2) *Agency for Healthcare and Research and Quality (AHRQ)*¹¹. O CASP adaptado contempla 10 itens a serem pontuados: 1) objetivo claro e justificado; 2) metodologia adequada; 3) apresentação e discussão dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção adequada da amostra; 5) coleta de dados detalhada; 6) relação entre pesquisador e pesquisados; 7) aspectos éticos preservados;

8) análise de dados rigorosa e fundamentada; 9) apresentação e discussão dos resultados e 10) contribuições, limitações e indicações de novas questões de pesquisa. Para cada item foi atribuído o valor 0 (zero) ou 1 (um), sendo o resultado final a soma das pontuações, cujo escore máximo é de 10 pontos. Os artigos selecionados foram classificados conforme as pontuações: nível A – 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) ou nível B – no mínimo 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado).

O AHRQ classifica estudos em sete níveis conforme o nível de evidência: I) revisão sistemática ou metanálise; II) ensaios clínicos randomizados; III) ensaios clínicos sem randomização; IV) coorte e caso-controle; V) revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; VI) único estudo descritivo ou qualitativo e VII) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades.

Resultados

Dos 307 artigos encontrados, 158 não atenderam ao critério de inclusão “ano de publicação”, 02 ao “idioma” e 126 à pergunta condutora, culminando em 21 artigos. Destes, 04 (02 repetidos e 02 não disponíveis na íntegra) foram excluídos, resultando em 17 artigos na amostra final (Figura 1). As principais informações da amostra final encontram-se no Quadro 1.

A maioria dos artigos (58,9%) estudou fatores associados à utilização dos SSB em pré-escolares (02-05 anos) e/ou escolares (06-12 anos), seguida por 03 artigos (17,6%) com lactentes (0 a 23 meses) e pré-escolares e 02 (11,7%) com escolares e adolescentes (13-15 anos). Além disso, 01 (5,9%) artigo abrangeu desde pré-escolares a adolescentes e 01 (5,9%) desde lactentes a adolescentes. Do total, 02 (11,7%) envolveram crianças e/ou adolescentes com condições crônicas. Os principais fatores associados à utilização dos SSB

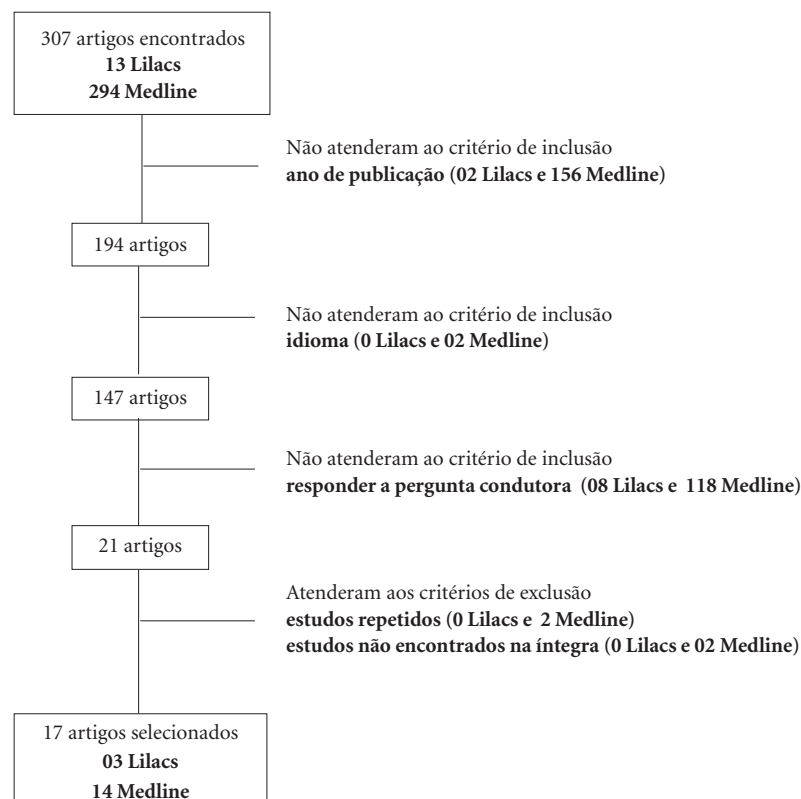


Figura 1. Fluxograma de constituição da amostra final.

Quadro 1. Descrição compilada e níveis de evidência, segundo CASP adaptado e AHRQ, de cada estudo que compôs a amostra final desta revisão. Recife-PE, 2016.

Autor, ano	País do estudo	Desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Principais achados	Evidência (CAPS adaptado)	Evidência AHRQ
Jiménez-Gayosso et al., 2015 ¹²	México	Transversal	1.404 escolares entre 06 e 12 anos	Determinar a prevalência e existência de desigualdades socioeconômicas na utilização dos SSB em Pachuca, Hidalgo, México.	O aumento da idade e o melhor nível socioeconômico dos escolares foram associados a utilização dos SSB.	A	VI
Machry et al., 2013 ¹³	Brasil	Transversal	478 crianças entre 01 e 05 anos	Avaliar relações entre fatores socioeconômicos e psicossociais e a utilização dos SSB por crianças na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.	Crianças mais novas (01 e 02 anos de idade), que não escovavam seus dentes regularmente ou com mães tendo menos de 08 anos de estudo apresentaram maior probabilidade de nunca ter ido ao dentista. Além disso, crianças com família de baixa renda, com cárie dentária ou que apresentaram pais com pobre percepção da saúde bucal de seu filho tiveram uma maior probabilidade de utilização dos SSB curativos em comparação aos preventivos.	A	VI
Leroy et al., 2013 ¹⁴	Bélgica	Coorte prospectiva	1.057 crianças no nascimento, 587 aos 03 anos e 699 aos 05 anos	Investigar qual a proporção de visitas ao dentista nas crianças aos 03 anos e aos 05 anos; descrever a experiência dos pais sobre a primeira visita ao dentista de seus filhos aos 03 anos e aos 05 anos de idade; analisar os fatores associados à utilização precoce dos SSB.	Crianças que não eram primogênicas, que tinham mães com maior nível de escolaridade e cujos pais visitaram recentemente o dentista apresentaram maiores chances de ter visitado o dentista em idades mais precoces.	A	IV

continua

foram: escolaridade materna, renda familiar, plano de saúde, idade, necessidades bucais não atendidas, frequência de escovação e percepção dos pais sobre a saúde bucal do filho. Somado a esses, fatores contextuais, relacionados ao dentista e à

condição de saúde sistêmica da população pediátrica (Quadro 1).

Quanto ao idioma, 10 artigos (58,9%) foram publicados em inglês, 05 (29,4%) em espanhol e 02 (11,7%) em português. Também, 14 (82,4%)

Quadro 1. continuação

Autor, ano	País do estudo	Desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Principais achados	Evidência (CAPS adaptado)	Evidência AHRQ
Lapresa e Sanz-Barbero, 2012 ¹⁵	Espanha	Transversal	2.172 crianças entre 02 e 05 anos	Conhecer a prevalência do uso de SSB, quantificar e analisar a existência de variabilidade entre as comunidades autônomas e identificar as variáveis associadas ao uso de SSB pela população pré-escolar residente na Espanha.	O aumento da idade, da frequência de escovação dental diária e a presença de doença bucal foram associados a uma maior probabilidade de uso dos SSB. Baixo nível socioeconômico da família, medido tanto pela classe social como pela escolaridade materna, foi associado a uma menor probabilidade de utilização.	A	VI
Pontigo-Loyola et al., 2012 ¹⁶	México	Transversal	1.538 adolescentes de 12 e 15 anos	Identificar fatores que influenciam na utilização dos SSB por adolescentes mexicanos de três localidades do município Tula de Allende.	Melhor escolaridade do pai e da mãe, bem como ter ao menos um dente com cárie dentária, favoreceram a utilização dos SSB.	A	VI
Tellen et al., 2012 ¹⁷	Estados Unidos da América	Transversal	320 crianças entre 04 e 08 anos	Avaliar os preditores do uso de SSB por crianças latinas em três áreas da comunidade na cidade de Chicago.	Preditores da idade da primeira visita ao dentista foram as crenças da mãe sobre a importância dos cuidados preventivos. Preditores do aumento no nº de visitas planejadas ao dentista: renda familiar e disponibilidade do profissional nos finais de semana. Preditores da decisão de retornar ao mesmo dentista: disponibilidade semanal de dentista à noite; comunicação satisfatória do dentista com a mãe e a criança e crenças da mãe sobre a importância dos cuidados preventivos.	B	VI

continua

eram de revistas internacionais e 03 (17,6%) de revistas nacionais. Dos anos de publicação, a maioria dos artigos foi de 2012 (29,4%), seguido por 2008 (17,6%). Os países dos estudos compreenderam: México (35,2%), Brasil (23,5%), Espanha e Estados Unidos da América (EUA)

com 11,8% cada e Bélgica, Canadá e Nicarágua com 5,9%.

Após leitura na íntegra dos estudos, 15 (88,2%) foram classificados como nível A e dois (11,8%) como nível B, conforme CASP adaptado. Através do AHRQ, 14 artigos (82,4%) foram

Quadro 1. continuação

Autor, ano	País do estudo	Desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Principais achados	Evidência (CAPS adaptado)	Evidência AHRQ
Vallejos-Sánchez <i>et al.</i> , 2012 ¹⁸	México	Transversal	1.373 escolares entre 06 e 12 anos	Determinar as características sociodemográficas, maternas e de necessidades de tratamento associadas à utilização de SSB por crianças em idade escolar em Campeche, México.	Maior nível de escolaridade, atitude positiva materna sobre a importância da saúde bucal do filho, níveis moderado e alto de severidade da cárie dentária e aumento da idade dos escolares e da frequência de escovação dental foram associados a utilização dos SSB.	B	VI
Chi e Rakkios, 2012 ¹⁹	Estados Unidos da América	Coorte retrospectiva	25.993 crianças com condições crônicas, entre 03 e 14 anos, inscritas no Medicaid de Iowa por 11 meses ou mais	Avaliar a utilização dos SSB por crianças com doenças crônicas inscritas no Medicaid e identificar subgrupos de crianças com doenças crônicas menos propensas a utilizar estes serviços.	Crianças com condições neurológicas severas, endócrinas, craniofaciais ou hematológicas apresentaram maior risco de não utilizar os SSB em comparação aos outros subgrupos de doenças crônicas. Em contrapartida, crianças com condições respiratórias, musculoesqueléticas, digestivas ou relacionadas a ouvido, nariz e garganta apresentaram menor risco de não utilizar os SSB em comparação aos outros subgrupos de doenças crônicas.	A	IV
Lapresa e Barbero, 2011 ²⁰	Espanha	Transversal	5.441 crianças e adolescentes entre 06 e 15 anos	Identificar variáveis individuais e contextuais associadas ao uso de SSB pela população infanto-juvenil residente na Espanha.	Variáveis individuais associadas a uma maior probabilidade de utilização do SSB foram: presença de doença bucal referida e frequência de escovação dental. As associadas a menor probabilidade de uso foram: alta ou moderada ingestão de refrescos açucarados e pior nível socioeconômico da família. Das variáveis contextuais, ter modelo assistencial (Plano de Assistência Odontológica Infantil) implantado a mais de 10 anos na comunidade autônoma foi associado a maior probabilidade de utilização do SSB.	A	VI

continua

Quadro 1. continuação

Autor, ano	País do estudo	Desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Principais achados	Evidência (CAPS adaptado)	Evidência AHRQ
Baldani et al., 2011 ²¹	Brasil	Transversal	350 crianças e adolescentes entre 0 e 14 anos	Avaliar os determinantes individuais que influenciam na utilização dos SSB por uma população pediátrica de baixa renda que vive em áreas atendidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF) em uma grande cidade no Sul do Brasil.	Ausência de percepção sobre a necessidade de cuidados dentários para a criança diminuiu as chances de uso dos SSB. Ser acompanhado pela equipe do PSF aumentou a probabilidade de uso.	A	VI
Villalobos-Rodelo et al., 2010 ²²	México	Caso-controle	379 casos (escolares entre 6 e 12 anos que utilizaram os SSB no último ano devido a dor dental) e 1.137 controles	Identificar o efeito das necessidades de tratamento odontológico não atendidas e variáveis socioeconômicas e demográficas sobre os padrões de visitas ao dentista na presença de dor de dente em escolares de 6 a 12 anos de idade.	Escolares com necessidades moderada (04 a 06 dentes afetados por cárie), alta (07 a 09) e muito alta (>09) tiveram uma maior probabilidade de ter visitado o dentista devido a dor dental que aqueles com baixa necessidade (00 a 03). Escolares que não tinham plano de saúde ou eram mais velhos (10-12 anos) apresentaram uma maior probabilidade de ter visitado o dentista decorrente de dor dental que aqueles que tinham plano de saúde (público ou privado) ou eram mais novos (06-09 anos), respectivamente. Meninos de escolas públicas tiveram uma probabilidade de 70% de ter ido ao dentista devido a dor dental que aqueles de escolas particulares. A probabilidade de visitar o dentista devido a dor dental nas meninas de escolas públicas foi de 28% quando comparadas àquelas de escolas particulares.	A	IV

continua

Quadro 1. continuação

Autor, ano	País do estudo	Desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Principais achados	Evidência (CAPS adaptado)	Evidência AHRQ
Medina-Solís et al., 2009 ²³	México	Transversal	3.048 escolares entre 06 e 12 anos	Avaliar associação entre indicadores socioeconômicos e utilização dos SSB, diferenciados por tipo de serviço utilizado (preventivos ou curativos), em crianças de Navolato, Sinaloa, México.	Foram fatores facilitadores da utilização dos SSB: melhor nível socioeconômico, ter seguro de saúde e o aumento da idade. Também, maior frequência e menor idade de início da escovação dental aumentaram a possibilidade de utilização dos SSB, principalmente os preventivos, independentemente do nível socioeconômico e das necessidades de saúde. Aquelas que apresentaram maiores necessidades de saúde avaliadas clinicamente utilizaram mais os SSB curativos.	A	VI
Noro et al., 2008 ²⁴	Brasil	Transversal	3.425 crianças entre 05 e 09 anos	Analisar a utilização de SSB pela população infantil do município de Sobral, Ceará, Brasil, relacionando-a com fatores socioeconômicos e uso de serviços de saúde.	Alta influência das condições socioeconômicas na utilização dos SSB. Crianças que tinham plano de saúde apresentaram maior chance de utilizar estes serviços. Além disso, crianças que tinham mães com menor nível de escolaridade apresentaram maior dificuldade de utilização. Quanto ao consumo de serviços de saúde, a não visita do agente comunitário de saúde mostrou-se como fator de proteção, ou seja, os domicílios que não receberam sua visita tiveram maior possibilidade de acesso ao tratamento odontológico.	A	VI

continua

classificados como nível VI de evidência, por serem estudos transversais, e 03 (17,6%) como nível IV – 02 coortes e um caso-controle.

Discussão

Os estudos incluídos sugeriram que fatores demográficos e socioeconômicos, parentais, com-

Quadro 1. continuação

Autor, ano	País do estudo	Desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Principais achados	Evidência (CAPS adaptado)	Evidência AHRQ
Kramer et al., 2008 ²⁵	Brasil	Transversal	1.092 crianças entre 0 e 05 anos	Verificar a prevalência de crianças em idade pré-escolar que já consultaram o cirurgião-dentista e a idade em que a primeira consulta odontológica foi realizada em uma amostra representativa de pré-escolares do Município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil.	Relação entre idade da criança e utilização de SSB. À medida que aumentava a idade, aumentava a frequência de crianças que foram ao cirurgião-dentista. Além disso, crianças do sexo feminino tiveram maior chance de utilizar os SSB do que as do sexo masculino.	A	VI
Medina-Solis et al., 2008 ²⁶	Nicarágua	Transversal	1.400 escolares entre 06 e 12 anos	Determinar fatores associados à utilização dos SSB entre escolares de León, Nicarágua.	Meninas ou escolares mais velhos (≥ 08 anos) tiveram maior probabilidade de utilização. Aqueles com melhor nível socioeconômico tiveram maior probabilidade de utilizar os SSB, tanto curativo como preventivo. Aqueles que escovavam os dentes pelo menos uma vez ao dia tiveram maior probabilidade de utilizar os serviços preventivos. Necessidades de saúde bucal avaliada foi positivamente associada à utilização dos SSB, especialmente, os curativos.	A	VI

continua

portamentais, contextuais e relacionados ao dentista e à condição de saúde bucal e/ou sistêmica foram associados à utilização dos SSB pela população entre zero e 15 anos.

Fatores demográficos e socioeconômicos

A idade foi o principal fator demográfico relacionado à utilização dos SSB pela população de zero a 12 anos. Os artigos avaliaram-na entre lactentes, pré-escolares e escolares do México^{12,18,22,23,27}, Brasil^{13,25} e Espanha¹⁵ e concluíram

que, com o aumento da idade, aumentava-se a probabilidade de utilização. Lapresa e Barbero¹⁵ encontraram que, de 601 crianças espanholas com 02 anos, apenas 24 haviam ido ao dentista, e de 459 crianças com 05 anos, 181 utilizaram os SSB. Estudo brasileiro de Machry et al.¹³, com crianças entre 01 e 05 anos, mostrou que as mais novas (01-02 anos) apresentaram maior probabilidade de nunca ter ido ao dentista.

Os principais motivos para a associação entre idade e utilização são o efeito cumulativo dos problemas bucais conforme o aumento da idade

Quadro 1. continuação

Autor, ano	País do estudo	Desenho do estudo	Amostra	Objetivo	Principais achados	Evidência (CAPS adaptado)	Evidência AHRQ
Nicopoulos et al., 2007 ²⁸	Canadá	Transversal	120 pacientes entre 03 e 12 anos	Avaliar a prevalência de necessidades em saúde bucal e as barreiras na utilização dos SSB em crianças hospitalizadas com condições médicas crônicas ou agudas.	Crianças com condições crônicas tiveram menor probabilidade de utilização dos SSB devido a barreiras médicas que aquelas com condições agudas. As principais barreiras foram: hospitalizações, relutância do dentista ao tratamento e baixa contagem de células sanguíneas.	A	VI
Medina-Solís et al., 2006 ²⁷	México	Transversal	1.303 crianças entre 03 e 06 anos	Identificar fatores associados à utilização dos SSB em crianças de 10 escolas públicas que participam de um programa de saúde bucal em Campeche, México.	Foram fatores facilitadores para utilização dos SSB: Crianças mais velhas (05-06 anos); moderada e alta necessidade de saúde bucal avaliada; maior frequência de escovação dental; famílias com melhor nível socioeconômico.	A	VI

SSB = Serviços de Saúde Bucal.

da criança e o insuficiente conhecimento dos pais sobre a importância do atendimento odontológico preventivo precoce^{13,25,29}. Outro motivo é a pobre percepção dos pais da necessidade de saúde bucal do filho e consequente ida ao dentista somente após a presença de problemas bucais ou o surgimento de sintomas como dor de dente³⁰. Neste sentido, estudo mexicano de Villalobos-Rodelo et al.²², com escolares de 06 a 12 anos, concluiu que crianças mais velhas (10-12 anos) tiveram maior probabilidade de ir ao dentista decorrente de dor dental que aquelas mais novas. Os autores sugeriram que dentes de crianças mais velhas estão expostos por mais tempo aos desafios cariogênicos, aumentando a probabilidade de ter um estágio mais avançado da lesão cariiosa³¹ e consequente utilização dos SSB curativos.

O sexo da criança também foi associado ao uso dos SSB^{22,25,26}. No estudo brasileiro de Kramer et al.²⁵, com crianças entre zero e 05 anos, meninas tiveram maior probabilidade de utilização que meninos, semelhante aos achados de Medina-Solís et al.²⁶ com escolares mexicanos. Entretanto, estudo de Villalobos-Rodelo et al.²² divergiu, mostrando que meninos de escolas

públicas utilizaram mais os SSB que meninas. Estas divergências podem ser influenciadas pela decisão dos responsáveis em procurar e utilizar os SSB²⁵. Portanto, fatores parentais podem influenciar diretamente na associação entre sexo da criança e visita ao dentista.

Um único estudo¹⁴ mostrou que crianças primogênicas apresentaram menores chances de visita precoce ao dentista que àquelas não primogênicas. Segundo os autores, os pais tendem a levar seus filhos mais novos ao dentista com o primogênito. Entretanto, destacamos que se deve ter cautela ao inferir esta associação, pois a posição social³² dos pais, em função dos diferentes tipos de capitais acumulados na vida, pode influenciar na utilização precoce de SSB preventivos, independentemente de a criança ser ou não primogênita. Ou seja, pais que tenham maiores capitais cultural, social e econômico acumulados³³ tendem a melhor percepção da saúde bucal de seus filhos e, possivelmente, os levam ao dentista mais precocemente.

Dentre os fatores socioeconômicos, o nível socioeconômico da família foi associado à utilização dos SSB pela população entre zero e 15 anos.

Os estudos mostraram que crianças e adolescentes de família com pior nível socioeconômico apresentaram menor probabilidade de visitarem o dentista^{12,15,20,23,26,27}, ou maior de utilizarem os SSB devido a dor dental²². Estes achados sugerem desigualdades socioeconômicas que podem decorrer de barreiras estruturais dos serviços públicos. Ou seja, estes serviços têm mais demanda do que oferta, fazendo com que as pessoas procurem o setor privado, tendo como barreira econômica o preço dos tratamentos²³. Além disso, as desigualdades socioeconômicas podem ser explicadas pela sociologia de Bourdieu³², segundo a qual cuidadores com maior acúmulo de capitais cultural, econômico e social, mediadas pelo *habitus*, tendem a melhor percepção da saúde bucal da criança ou adolescente, práticas do cuidado e utilização dos SSB^{33,34}. Segundo Cruz³⁵, o *habitus* como produto da posição do agente no espaço social é mediador da necessidade em saúde e dos fatores facilitadores da utilização dos SSB. Portanto, ainda que os pais disponham de recursos econômicos, cobertura universal e disponibilidade dos SSB, suas disposições (modos de perceber, sentir, fazer e pensar)³⁶ podem antecipar ou adiar o uso pelos filhos³⁵.

A maioria dos estudos mediu o nível socioeconômico utilizando variáveis como escolaridade materna e/ou paterna e renda familiar^{13-18,24}. Estudo de Lapresa e Barbero¹⁵ com pré-escolares mostrou que menor escolaridade materna estava associada a menor probabilidade de utilização dos SSB. Segundo os autores, os anos de estudos da mãe influenciam mais na saúde bucal das crianças que a escolaridade paterna. Entretanto, destacamos que é necessária cautela ao afirmar isso, pois algumas crianças e adolescentes são cuidados por outras pessoas que não a mãe. Portanto, cuidador é aquele com grau de parentesco direto e responsável por coordenar os recursos requeridos pela criança ou adolescente^{37,38} e a sua escolaridade pode influenciar na utilização dos SSB. Nesse sentido, estudo mexicano de Pontigo-Loyola et al.¹⁶ mostrou que adolescentes entre 12 e 15 anos com pais e mães de melhor escolaridade apresentaram maior probabilidade de uso dos SSB.

Em relação a renda familiar, estudo brasileiro de Machry et al.¹³ mostrou que crianças entre 01 e 05 anos com baixa renda familiar apresentaram maior probabilidade de utilização dos SSB curativos. Também, estudo norte-americano de Tellen et al.¹⁷ mostrou que a renda familiar foi um preditor do aumento no número de visitas planejadas ao dentista por crianças entre 04 e 08

anos. Enfatizamos que a escolaridade do cuidador e a renda familiar estão interligadas, podendo a primeira ser geradora da segunda. Ou seja, a educação dá entrada a uma determinada ocupação e, portanto, a certo nível de renda, podendo influenciar o acesso aos cuidados em saúde³⁹.

Outro fator socioeconômico foi a posse de plano de saúde. Dois estudos^{23,24} mostraram que crianças e adolescentes com plano de saúde (público ou privado) apresentaram maior probabilidade de utilização dos SSB. Já estudo mexicano de Villalobos-Rodelo et al.²² mostrou que escolares que não tinham plano apresentaram maior probabilidade de uso dos SSB decorrente de dor dental. A explicação é que crianças que não têm plano de saúde são, geralmente, de família com baixo nível socioeconômico e, portanto, com maiores necessidades bucais não atendidas⁴⁰.

Apenas Villalobos-Rodelo et al.²² relacionaram tipo de escola com utilização dos SSB, observando que crianças de escolas públicas apresentaram maior probabilidade de utilização decorrente de dor dental que àquelas de escolas particulares. Geralmente, cuidadores das crianças de escolas públicas apresentam baixa escolaridade⁴¹, tendendo a uma pior percepção da saúde bucal do filho⁴² e procura do dentista em estágios avançados das doenças bucais. Entretanto, destacamos que em outros contextos a escola pode ser percebida como espaço para estabelecimento das práticas do cuidado bucal³⁵.

Fatores parentais

Percepção¹³ e importância que a mãe atribui à saúde bucal da criança (atitude materna)¹⁸ foram relacionados à utilização dos SSB entre lactentes, pré-escolares e escolares. Estudo brasileiro de Machry et al.¹³ mostrou que crianças entre 01 e 05 anos de pais com percepção inadequada da saúde bucal do filho tiveram maior probabilidade de utilizar SSB curativos. Os autores apontaram que uma “pobre” percepção implica em maiores necessidades bucais para a criança, sendo importante para medir necessidade de cuidados dentários³⁰. Já estudo mexicano de Vallejos-Sánchez et al.¹⁸ mostrou que escolares de mães com atitude positiva sobre a saúde bucal do filho tiveram maior probabilidade de utilização dos SSB. Os autores destacaram a relação desta variável com frequência de escovação, visto que em pré-escolares e escolares esta é, geralmente, dependente da mãe⁴³. Além disso, destacamos que conforme Andersen e Davison⁴⁴, atitude em relação a saúde é importante preditor de utilização.

Outros dois fatores parentais relacionados ao uso dos SSB foram utilização destes pelos pais¹⁴ e crenças das mães sobre a importância dos cuidados bucais preventivos¹⁷. Coorte prospectiva de Leroy et al.¹⁴, que acompanhou crianças belgas do nascimento aos 05 anos, mostrou que utilização recente dos SSB pelos pais implicava em maiores chances das crianças terem visitado o dentista precocemente. Provavelmente, pais com fonte regular de cuidados dentários tem uma melhor percepção da saúde bucal do seu filho⁴⁵ e, portanto, levam-no ao dentista mais precocemente. Nesse sentido, estudo de Tellen et al.¹⁷, com crianças entre 04 e 08 anos, de comunidades latinas de Chicago-EUA, sugeriu que aquelas cujas mães apresentaram crenças favoráveis sobre a importância dos cuidados bucais preventivos para seu filho tiveram maiores chances de visitar o dentista precoce e regularmente. Portanto, destacamos que para aumentar a frequência de utilização precoce de SSB por crianças, atenção deve ser dada aos pais que não os utilizam regularmente¹⁴. Também, enfatizamos o papel do dentista na promoção da saúde bucal e prevenção de agravos⁴⁶, sendo o elo entre cuidadores e crianças.

Fatores comportamentais

Frequência de escovação dentária foi o principal fator relacionado à utilização dos SSB pela população entre 01 e 15 anos. Os artigos avaliaram-na entre lactentes, pré-escolares, escolares e adolescentes do México^{18,23,27}, Brasil¹³, Nicarágua²⁶ e Espanha^{15,20} e concluíram que aqueles com escovação regular, especialmente 03 vezes ao dia, apresentaram maiores chances de utilização, principalmente, SSB preventivos²³. Também, menor idade de início da escovação (≤ 02 anos)²³ e baixa ingestão de refrescos açucarados²⁰ aumentaram a probabilidade de visita ao dentista.

Destacamos que os estudos são transversais e, conseqüentemente, pode ocorrer a causalidade reversa. Ou seja, pelo fato das crianças e adolescentes utilizarem os SSB, elas podem ter iniciado mais precoce e regularmente a escovação e possuir baixa ingestão de refrescos açucarados. Além disso, enfatizamos a influência dos fatores parentais no comportamento desta população. Portanto, abordagens educativas com pais e filhos são fundamentais para aumentar a prática de hábitos bucais saudáveis⁴², diminuindo a utilização dos SSB curativos.

Fatores relacionados à condição de saúde bucal e/ou sistêmica

Necessidade de saúde bucal referida e avaliada foi o principal fator relacionado à utilização dos SSB pela população entre 01 e 15 anos. Os artigos avaliaram este fator entre lactentes, pré-escolares, escolares e adolescentes da Espanha^{15,20}, México^{16,18,22,27}, Brasil^{13,21} e Nicarágua²⁶ e concluíram que pessoas com necessidades bucais referidas pelos cuidadores ou avaliadas pelo dentista apresentaram maiores chances de utilização, especialmente os serviços curativos²⁶. Os principais motivos relatados foram: severidade e número de dentes cariados, presença de dor dental²² e crenças inadequadas dos cuidadores acerca da importância da dentição decídua.

Destaca-se que, segundo modelo de Andersen e Newman⁴⁷, a necessidade de saúde é o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde. Ou seja, maiores necessidades de saúde implicariam em maior predição ao uso dos SSB. Além disso, necessidade de saúde referida pode ser explicada pela estrutura social e crenças em saúde, sendo importante preditor da procura do cuidado e da adesão ao tratamento⁴⁸. Nesta revisão, apenas dois estudos avaliaram necessidade de saúde bucal referida^{15,20} e, portanto, são necessárias mais pesquisas incluindo-a.

Apenas dois estudos^{19,28} sugeriram a associação entre crianças com doenças crônicas e utilização dos SSB. No estudo canadense de Nicopoulos et al.²⁸, com crianças hospitalizadas de 03 a 12 anos, aquelas com condições crônicas (oncológicas, hepáticas, renais, cardiopatias congênitas, imunossupressão, etc.) apresentaram menores chances de utilização devido a barreiras médicas que crianças com condições agudas. Segundo os autores, as principais barreiras médicas foram: hospitalizações recorrentes, relutância do dentista ao tratamento deste público e pancitopenia. Já estudo norte-americano de Chi e Raklios¹⁹, com crianças e adolescentes entre 03 e 14 anos com condições crônicas, revelou que aquelas com condições neurológicas, endócrinas, craniofaciais ou hematológicas utilizaram menos SSB que às com outras condições crônicas. Os autores atribuíram este fato a, principalmente, características comportamentais do cuidador como alto nível de *stress* em relação às necessidades de saúde sistêmicas deste público, colocando a saúde bucal numa lista inferior de prioridades.

Destacamos que indivíduos com maior vulnerabilidade são mais acometidos pelas morbidades em saúde bucal, apresentando maior acúmulo

de necessidades⁴⁹, bem como parecem ter acesso mais restrito aos SSB^{50,51}. Desta maneira, ao propor uma política de saúde bucal visando melhor equidade, este grupo deve ser considerado.

Fatores relacionados ao dentista

Apenas um estudo¹⁷ observou associação entre fatores relacionados ao dentista e utilização dos SSB, ao avaliar preditores do uso por crianças entre 04 e 08 anos em três áreas latinas de Chicago, EUA. Os autores encontraram que disponibilidade de dentista nos finais de semana e à noite aumenta o número de visitas planejadas ao dentista e o retorno dos pais com seus filhos ao profissional, respectivamente. Possivelmente estes fatores facilitam a utilização dos SSB, pois o dentista está disponível em turnos e dias que, geralmente, cuidadores não estão trabalhando¹⁷. Entretanto, enfatizamos que em outros contextos, como na Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, o dentista não trabalha à noite e nem nos finais de semana, dificultando o acesso às crianças cujos cuidadores trabalham durante a semana⁵². Portanto, ao se propor políticas públicas de saúde bucal, deve-se pensar neste aspecto.

Ademais, um fator importante para o retorno ao dentista foi a comunicação satisfatória entre profissional, mãe e criança¹⁷, destacando a importância do idioma, visto que a população de seu estudo era imigrantes da comunidade latino-americana. Todavia, enfatizamos que a comunicação não-verbal, a humanização e a criação de vínculo são importantes estratégias para uma relação satisfatória entre dentista, cuidadores e criança^{53,54}.

Fatores contextuais relacionados à atenção odontológica

Dois estudos brasileiros^{21,24} e um espanhol²⁰ mostraram que fatores contextuais estão relacionados à utilização dos SSB. Estudo de Noro et al.²⁴ observou que crianças entre 05 e 09 anos cujos domicílios não receberam visita do agente comunitário de saúde (ACS) tiveram maior probabilidade de uso. Conforme os autores, domicílios mais visitados pelos ACS são aqueles onde os responsáveis das crianças apresentaram maiores necessidades de acompanhamento devido a doenças sistêmicas ou situações de vulnerabilidade social, tornando-os incapazes de articular os cuidados relativos às crianças, como o atendimento odontológico. Paralelo a isso, destacamos que, no contexto brasileiro, ainda é desafiador para

o dentista atuar na ESF devido a influência histórica do modelo flexneriano, as concepções de ESF destes profissionais e a autonomia conferida, restringindo sua atuação à prática no consultório odontológico⁴⁶. Portanto, é necessário que a equidade enquanto perspectiva de ampliação do acesso seja considerada na construção de uma política de saúde bucal.

Refutando Noro et al.²⁴, Baldani et al.²¹ mostraram que crianças e adolescentes entre zero e 14 anos, acompanhados pela equipe de saúde da família, apresentaram maior probabilidade de visita ao dentista. Isso demonstra a longitudinalidade do cuidado e a existência de vínculo entre usuários e equipe^{46,55}.

Lapresa e Barbero²⁰ mostraram que ter Plano de Assistência Odontológica Infantil na comunidade autônoma a mais de 10 anos aumentou a probabilidade da população espanhola entre 06 e 15 anos utilizarem SSB. A Espanha é dividida em comunidades autônomas, onde o financiamento do sistema de saúde e o modelo de prestação variam. O Plano de Assistência Odontológica Infantil atinge a população entre 06 e 15 anos, oferecendo tratamento restaurador e preventivo na dentição permanente e preventivo, de urgência e exodontia na dentição decídua, não incluindo o tratamento restaurador²⁰. Os autores referem que apesar deste modelo assistencial estar consolidado, o gradiente socioeconômico segue presente e quase não varia entre as comunidades autônomas. Ou seja, pais ou responsáveis que apresentam melhores níveis socioeconômicos, bem como capital cultural acumulado, tendem a melhor percepção da saúde bucal do seu filho e, portanto, procuram os SSB³⁴.

Considerações finais

Os estudos desta revisão mostram que fatores demográficos e socioeconômicos, parentais, comportamentais, contextuais e relacionados ao dentista e à condição de saúde bucal e/ou sistêmica estão associados à utilização dos SSB pela população entre zero e 15 anos. Destacam-se como preditores do uso: fatores da criança ou adolescente (idade, frequência de escovação, condições crônicas), do cuidador (escolaridade, percepção da saúde bucal do filho, necessidades bucais referidas), do dentista (disponibilidade à noite e nos finais de semana) e o acompanhamento da saúde bucal pela equipe de saúde da família.

Apesar disso, ressaltamos que a maioria dos estudos é transversal e, portanto, há dificuldade

em estabelecer uma relação causal. Também, os estudos utilizaram questionários, podendo ocorrer viés de memória. Diante disso, estudos longitudinais são necessários para melhor elucidação da causalidade e minimização de vieses. Ademais, sugerimos pesquisas sobre utilização de SSB em pacientes pediátricos com doenças crônicas, bem como comparando-os aos saudáveis de mesma faixa etária, visto que constitui um campo ainda pouco explorado.

Nesta revisão, a maioria dos estudos utilizou o Modelo Comportamental de Andersen⁴⁷ para estabelecer quais condições facilitam ou dificultam a utilização dos SSB. Entretanto, não explicaram as razões das desigualdades, sendo necessárias pesquisas utilizando aportes teóricos da sociologia de Bourdieu³². Ademais, este modelo foi desenvolvido para analisar a utilização dos serviços de saúde privados dos EUA. Então,

deve ser interpretado com cautela, visto que os estudos desta revisão o aplicaram em realidades distintas a dos EUA.

Por fim, os artigos foram de distintos países, apresentando diferentes sistemas de saúde. Nesse sentido, enfatiza-se que fatores relacionados à utilização dos SSB por crianças e adolescentes podem variar conforme o contexto onde a pesquisa é realizada. Portanto, para o planejamento de políticas ou programas em saúde bucal da população pediátrica faz-se necessário estudo exploratório para o contexto em que se pretende realizar as ações. Também, visto que apenas a expansão da oferta de SSB não é capaz de garantir uma melhor utilização e reduzir desigualdades entre grupos vulneráveis, deve-se realizar uma análise sociológica disposicional da utilização destes serviços à luz de Bourdieu³².

Colaboradores

DSC Curi trabalhou na concepção e delineamento, na análise e interpretação dos dados, redação do artigo e sua revisão crítica, bem como aprovação da versão a ser publicada. ACL Figueiredo trabalhou na concepção e delineamento, na análise e interpretação dos dados, redação do artigo e sua revisão crítica, bem como aprovação da versão a ser publicada. SR Jamelli trabalhou na revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Souza LF, Chaves SCL. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública* 2010; 34(2):371-387.
- Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Medici EV, Derrico M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 1999; 15(1):15-28.
- Gomes AMM, Thomaz EBAF, Alves MTSSDB, Silva AAM, Silva RA. Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):629-640.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- Núñez L, Icaza G, Contreras V, Correa G, Canales T, Mejía G, Oxman-Martínez J, Moreau J. Factores asociados a la consulta odontológica en niños/as y jóvenes de Talca (Chile) e inmigrantes chilenos de Montreal (Canadá). *Gac Sanit* 2013; 27(4):344-349.
- World Health Organization (WHO). Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2008.
- Callahan JL. Constructing a manuscript: Distinguishing integrative literature reviews and conceptual and theory articles. *Hum Resour Dev Rev* 2010; 9(3):300-304.
- Torraco RJ. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Hum Resour Dev Rev* 2005; 4(3):356-367.
- Mendes KDS, Silveira RCD, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Context - Enferm* 2008; 17(4):758-764.
- Toledo MM, Takahashi RF, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm* 2011; 64(2):370-375.
- Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Searching for the evidence behind EMS. *Am J Nurs* 2010; 110(5):41-47.
- Jiménez-Gayosso S, Medina-Solis C, Lara-Carrillo E, Scougal-Vilchis RJ, Rosa-Santillana R, Márquez-Rodríguez S, Mendoza-Rodríguez M, Navarrete-Hernández JJ. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal (USSB) alguna vez en la vida por escolares mexicanos de 6-12 años de edad. *Gac Med Mex* 2015; 151:27-33.
- Machry RV, Tuchtenhagen S, Agostini BA, Silva Teixeira CR, Piovesan C, Mendes FM, Ardenghi TM. Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children. *BMC Oral Health* 2013; 13:60.
- Leroy R, Bogaerts K, Hoppenbrouwers K, Martens LC, Declerck D. Dental attendance in preschool children - A prospective study. *Int J Paediatr Dent* 2013; 23(2):84-93.
- Lapresa LB, Sanz-Barbero B. Variables asociadas al uso de los servicios de salud bucodental por la población preescolar en España: Un análisis de la encuesta nacional de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2012; 86(1):115-124.
- Pontigo-Loyola AP, Medina-Solis CE, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sánchez AA, Minaya-Sánchez M, Escoffé-Ramírez M, Maupomé G. Influencia de variables predisponentes, facilitadoras y de necesidades sobre la utilización de servicios de salud bucal en adolescentes mexicanos en un medio semirural. *Gac Med Mex* 2012; 148(3):218-226.
- Telleen S, Rhee Kim YO, Chavez N, Barrett RE, Hall W, Gajendra S. Access to oral health services for urban low-income Latino children: Social ecological influences. *J Public Health Dent* 2012; 72(1):8-18.
- Vallejos-Sánchez AA, Medina-Solis CE, Minaya-Sánchez M, Villalobos-Rodelo JJ, Márquez-Corona ML, Islas-Granillo H, Maupomé G. Maternal characteristics and treatment needs as predictors of dental health services utilisation among Mexican school children. *Eur J Paediatr Dent* 2012; 13(4):307-310.
- Chi DL, Raklios N. The relationship between body system-based chronic conditions and dental utilization for Medicaid-enrolled children: a retrospective cohort study. *BMC Oral Health* 2012; 12:28.
- Lapresa LB, Barbero BS. Análisis multinivel del uso de servicios de salud bucodental por población infanto-juvenil. *Gac Sanit* 2011; 25(5):391-396.
- Baldani MH, Mendes YBE, Lawder JA, Lara AP, Rodrigues MM, Antunes JL. Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: The role of individual determinants. *J Public Health Dent* 2011; 71(1):46-53.
- Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solis CE, Maupomé G, Lamadrid-Figueroa H, Casanova-Rosado AJ, Casanova-Rosado JF, Márquez-Corona ML. Dental Needs and Socioeconomic Status Associated with Utilization of Dental Services in the Presence of Dental Pain: A Case-Control Study in Children. *J Orofac Pain* 2010; 24(3):279-286.
- Medina-Solis CE, Villalobos-Rodelo JJ, Márquez-Corona ML, Vallejos-Sánchez AA, Portillo-Núñez CL, Casanova-Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en la utilización de servicios de salud bucal: estudio en escolares mexicanos de 6 a 12 años de edad. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2621-2631.
- Noro LRA, Roncalli AG, Mendes Júnior FIR, Lima KC. A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil Use of dental care by children and associated factors in Sobral, Ceará, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(7):1509-1516.
- Kramer PF, Ardenghi TM, Ferreira S, Fischer LA, Cardoso L, Feldens CA. Use of dental services by preschool children in Canela, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):150-156.
- Medina-Solis CE, Maupomé G, del Socorro HM, Pérez-Núñez R, Avila-Burgos L, Lamadrid-Figueroa H. Dental health services utilization and associated factors in children 6 to 12 years old in a low-income country. *J Public Health Dent* 2008; 68(1):39-45.

27. Medina-Solís CE, Maupomé G, Avila-Burgos L, Hajar-Medina M, Segovia-Villanueva A, Pérez-Núñez R. Factors influencing the use of dental health services by preschool children in Mexico. *Pediatr Dent* 2006; 28(3):285-292.
28. Nicopoulos M, Brennan MT, Kent ML, Brickhouse TH, Rogers MK, Fox PC, Lockhart PB. Oral health needs and barriers to dental care in hospitalized children. *Spec Care Dentist* 2007; 27(5):206-211.
29. Ardenghi TM, Vargas-Ferreira F, Piovesan C, Mendes FM. Age of first dental visit and predictors for oral healthcare utilisation in preschool children. *Oral Health Prev Dent* 2012; 10(1):17-27.
30. Goettems ML, Ardenghi TM, Demarco FF, Romano AR, Torriani DD. Children's use of dental services: Influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40:451-458.
31. Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solís CE, Maupomé G, Vallejos-Sánchez AA, Lau-Rojo L, de León-Viedas MV. Socioeconomic and sociodemographic variables associated with oral hygiene status in Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years. *J Periodontol* 2007; 78(5):816-822.
32. Bourdieu P. *Razões Práticas: Sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus Editora; 2008.
33. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy* 2008; 86(1):119-128.
34. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62:e13.
35. Cruz DN. *Desigualdades na utilização de serviços odontológico: posição e tomadas de posição no espaço social* [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
36. Thiry-Cherques HR. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. *Rev Adm Pública* 2006; 40(1):27-53.
37. Cassis SVA, Karnakis T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante ACR, Magaldi RM. Correlação Entre O Estresse Do Cuidador E As Características Clínicas do paciente portador De Demência. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(6):497-501.
38. Mensorio MS, Kohlsdorf M, Junior ALC. Cuidadores de crianças e adolescentes com leucemia: análise de estratégias de enfrentamento. *Psicol em Rev* 2009; 15(1):158-176.
39. Kawachi I, Adler NE, Dow WH. Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Ann N Y Acad Sci* 2010; 1186:56-68.
40. Kumar S, Tadakamadla J, Kroon J, Johnson NW. Impact of parent-related factors on dental caries in the permanent dentition of 6-12-year-old children: A systematic review. *J Dent* 2016; 46:1-11.
41. Freire MDCM, Reis SCGB, Gonçalves MM, Balbo PL, Leles CR. Oral health in 12 year-old students from public and private schools in the city of Goiânia, Brazil. *Rev Panam salud publica* 2010; 28(2):86-91.
42. Castilho ARF, Mialhe FL, Barbosa T, Puppim-Rontani RM. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review. *J Pediatr* 2013; 89(2):116-123.
43. Khadri FA, Gopinath VK, Hector MP, Davenport ES. How pre-school children learn to brush their teeth in Sharjah, United Arab Emirates. *Int J Pediatr Dent* 2010; 20(3):230-234.
44. Andersen RM, Davidson PL. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. In: Kominski GF, editor. *Changing the U.S. health care system: key issues in health services policy and management*. San Francisco: John Wiley & Sons Inc.; 2007. p. 3-31.
45. D, Spiekerman C, Milgrom P. Linking mother access to dental care and child oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37(5):381-390.
46. Reis WG, Scherer MDDA, Carcereri DL. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. *Saúde em Debate* 2015; 39(104):56-64.
47. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 1973; 51(1):95-124.
48. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36(1):1-10.
49. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta RC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):90-100.
50. Institute of Medicine and National Research Council (IMNRC). *Improving access to oral health care for vulnerable and underserved populations*. Washington: IMNRC; 2011.
51. The Canadian Academy of Health Sciences (CAHS). *Improving access to oral health care for vulnerable people living in Canada*. Ottawa: CAHS; 2005.
52. Andrade RTS, Silva UA. O acesso dos trabalhadores aos serviços odontológicos na rede SUS : uma reflexão crítica. *Rev Bras Pesqui em Saúde* 2010; 12(4):45-51.
53. Ferreira JMS, Aragão AKR, Colares V. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: Revisão de literatura. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* 2009; 9(2):247-251.
54. Coriolano-Marinus MWL, Andrade RS, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(53):311-324.
55. Scherer MDDA, Pires D, Schwartz Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Rev Saude Publica* 2009; 43(4):721-725.

Artigo apresentado em 20/07/2016

Aprovado em 05/09/2016

Versão final apresentada em 07/09/2016