

## Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional\*

Inequalities in utilization and access to dental services: a nationwide assessment

Aluísio J. D. Barros<sup>1</sup>  
 Andréa D. Bertoldi<sup>1</sup>

**Abstract** *To study the utilization and access to dental services in Brazil, and assess differentials across socioeconomic strata, data from the Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, 1998 (PNAD/IBGE), was used. The analysis, adjusted for the sampling design, showed a low level of utilization of dental services. Among children 0-6 years of age, 77% had never seen a dentist, and among adults 20-49 years, 4%. In the latter group, the proportion of people that had never been to the dentist in the poorest 20% was 16 times higher than in the richest 20%. The proportion of people visiting a dentist in the year before the interview was greatest in the group 0-6 years of age, rich children presenting a prevalence 5 times higher than the poor ones. About 4% of those who sought dental care did not get it. The proportion was 8% among the poorest compared to 1% among the richest. Most of the attendances (68%) was paid by the national health system among the poorest, while 63% of them were directly paid by the richest. Great inequalities were found in the access and utilization of dental services, maximal exactly among the groups showing smaller access or utilization. The participation of the national health system in dental care is much lower than in medical care.*

**Resumo** *Para avaliar a situação de utilização e acesso aos serviços de odontologia no Brasil e estudar diferenciais entre os estratos socioeconômicos, utilizaram-se dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE. A análise, que levou em conta o desenho amostral, indicou um nível baixo de utilização de serviços odontológicos. Setenta e sete por cento das crianças de 0-6 anos e 4% dos adultos de 20-49 anos nunca haviam consultado um dentista. Entre estes adultos, comparando-se os 20% mais pobres com os 20% mais ricos, observou-se que o número de desassistidos era 16 vezes maior entre os primeiros. No grupo de 0-6 anos, as crianças ricas consultaram o dentista cinco vezes mais do que as pobres no ano anterior à entrevista. Cerca de 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram, 8% dos quais entre os mais pobres e 1% entre os mais ricos. A maioria (68%) dos atendimentos do grupo mais pobre foi financiada pelo SUS, enquanto 63% deles foram pagos pelos mais ricos. As maiores desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos foram encontradas, exatamente, nos grupos de menor acesso ou utilização. A participação do SUS nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa do que na atenção médica.*

**Key words** *Health inequalities, Dental care, Health services utilization, Health services access*

**Palavras-chave** *Desigualdades em saúde, Odontologia, Utilização de serviços de saúde, Acesso a serviços de saúde*

\* Este trabalho contou com o apoio financeiro da Fapergs (auxílio 00-2367-6).

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas. Av. Duque de Caxias 250, 3º piso, 96030-002, Pelotas, RS. abarros@epidemio-ufpel.org.br

## Introdução

Apesar da reconhecida importância da saúde bucal, uma parcela importante da população brasileira não tem acesso a serviços odontológicos. A disponibilidade de dados também é limitada, baseando-se em dois inquéritos nacionais sobre saúde bucal, um realizado em 1986 e outro em 1996. Neles, além da informação do exame bucal, coletou-se informação sobre sexo, idade e local de residência. Outro inquérito, iniciado em 2000, está em andamento, desta vez coletando-se uma quantidade maior de informações, tais como dados sobre situação socioeconômica e acesso aos serviços de saúde bucal, além do exame odontológico e avaliação de necessidade de tratamento.

Em 1986 encontrou-se para o Brasil um índice médio de dentes cariados, extraídos ou restaurados (CPO-D) de 6,7 para crianças de 12 anos. Em 1996, este índice havia caído para 3, estimando-se que 75% das crianças nessa idade tinham pelo menos um dente cariado (Oliveira, 1998). Embora estes dados representem uma redução de mais de 50% no CPO-D brasileiro em dez anos, ainda estão no limite da meta da Organização Mundial de Saúde (OMS), que preconiza um CPO-D máximo de 3, muito acima da média global, que é 1,74, e do índice de países como França (1,9), Cuba (1,4) e Reino Unido (0,9) (Programa Perfil Regional de Saúde Bucal/OMS [www.whocollab.od.mah.se/exp/globalcar.html](http://www.whocollab.od.mah.se/exp/globalcar.html)).

Diferente dos inquéritos sobre saúde bucal citados, o módulo de saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), de 1998, incluiu apenas umas poucas perguntas sobre acesso e utilização de serviços odontológicos. Por outro lado, apresenta uma vasta gama de informações sobre emprego, renda, escolaridade, compra de planos de saúde e utilização de serviços de saúde, incluindo o modo de financiamento do atendimento. Por congregarem essas informações, tal base de dados acaba se constituindo em uma fonte bastante adequada para a investigação de desigualdades em saúde relacionadas com as desigualdades sociais e econômicas, entre as quais a saúde bucal.

Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno. Os próprios dados da PNAD/1998 mostraram que o atendimento odontológico se diferencia fortemente do atendimento médico, com uma proporção muito

mais alta de atendimentos financiados de próprio bolso, e muito menos atendimentos financiados por planos de saúde e pelo SUS (IBGE, 2000).

Dados do Ministério da Saúde revelam que a saúde bucal no Brasil vem recebendo uma parcela relativamente pequena em relação ao total de investimentos do SIA/SUS. Em 1998, 5,24% do investimento em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos, percentual este que oscilava entre 2,07% no estado do Amapá e 11,91% no Mato Grosso do Sul ([www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Bucal/invest/invest98/proporc98.htm](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Bucal/invest/invest98/proporc98.htm)).

O gasto *per capita* anual (1998) em procedimentos individuais também foi modesto, com uma média nacional de R\$0,88. Há uma clara tendência de crescimento no eixo Norte-Sul, com gastos *per capita* de R\$0,60; 0,67; 0,83; 1,02 e 1,08 para as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, respectivamente ([www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Bucal/invest/invest98/pi98.htm](http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Bucal/invest/invest98/pi98.htm)). Desde outubro de 2000 o Ministério da Saúde vem trabalhando num processo de qualificação de municípios, visando à inclusão da saúde bucal no Programa de Saúde da Família, o que vem permitir o desenvolvimento de ações de forma integrada, beneficiando grupos populacionais prioritários.

Este trabalho teve por objetivo avaliar o acesso, utilização, modo de financiamento e avaliação dos atendimentos odontológicos e estudar seus diferenciais entre os grupos sociais, aqui definidos a partir de quintis de renda familiar.

## Metodologia

Este estudo utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE, que incluiu um módulo adicional sobre saúde. O corpo básico da PNAD inclui informações sobre características básicas do domicílio (tipo, material de construção, propriedade, saneamento e posse de bens duráveis) e de seus moradores (educação, migração, ocupação e rendimento). No ano de 1998, o Ministério da Saúde patrocinou a inclusão de um módulo adicional à PNAD, para obter informações atualizadas e de abrangência nacional sobre: acesso a serviços de saúde; consumo de serviços de saúde; cobertura por diferentes modalidades de planos de saúde; necessidades de saúde em função da existência de doenças crônicas e limitação de atividades ha-

bituais por problemas de saúde crônicos ou agudos; e gasto com planos privados de saúde, serviços e medicamentos.

A PNAD/98 tem cobertura nacional, com representatividade estadual e de nove regiões metropolitanas: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre. Nesta edição da pesquisa, foram entrevistadas 344.975 pessoas residentes em 112.434 domicílios e 793 municípios (IBGE, 2000). A amostra da PNAD/98 foi obtida por um processo de seleção de domicílios em três estágios: municípios (unidade amostral primária), setores censitários e domicílios. Os municípios foram classificados em duas categorias: auto-representativos, com probabilidade 1 de pertencer à amostra; e não auto-representativos, selecionados com probabilidade proporcional à população, dentro dos seus estratos. Os setores censitários dentro dos municípios selecionados também foram amostrados com probabilidade proporcional à população, sendo os domicílios dentro dos setores amostrados com probabilidades iguais. Para o processo de amostragem foram utilizadas a população e a malha de setores do Censo Demográfico de 1991.

As informações disponíveis na PNAD/98 relacionadas a atendimento odontológico são as seguintes: tempo desde a última consulta ao dentista; busca de atendimento odontológico nas duas últimas semanas; acesso ao serviço e caracterização do atendimento em relação à remuneração, utilização de plano de saúde, tipo de estabelecimento onde ocorreu e avaliação do serviço prestado.

A análise realizada consistiu basicamente na estimação de prevalências das variáveis de interesse para toda a população e para subgrupos de renda e idade. A população foi dividida em quintis de renda domiciliar *per capita*, procedendo-se a comparações entre o primeiro quintil (Q1), que contém os 20% mais pobres da população, e o quinto quintil (Q5), que conta com os 20% mais ricos. Os grupos de idade utilizados foram: 0 a 6 anos, que inclui a população pré-escolar de dentição decídua; 7 a 19 anos, que agrupa crianças e adolescentes desde o início da dentição permanente; 20 a 49 anos, formado pela população adulta; e de 50 anos ou mais, nele incluídos pessoas de meia-idade e idosos. Com essa divisão procurou-se manter um número não muito pequeno de indivíduos em cada grupo – tendo em vista a reduzida procura a serviços odontológicos pela população – em relação ao total.

Este estudo utilizou os microdados da PNAD/98, disponibilizados pelo IBGE. As prevalências e respectivos erros padrão foram calculados levando em conta o desenho amostral do inquérito, utilizando os pesos amostrais individuais fornecidos com o banco de dados e tendo o município como unidade amostral primária, de acordo com a técnica recomendada para a análise deste tipo de inquérito (Deaton, 1997; Pessoa & Silva, 1998).

Os dados foram analisados através do programa estatístico Stata 6.0 (StataCorp., 1999), utilizando para o cálculo das prevalências e médias o conjunto de comandos *svy*, específicos para a análise de inquéritos baseados em amostras complexas.

## Resultados

A tabela 1 contém informações básicas da amostra e a caracterização da busca por serviços odontológicos e do seu acesso. De um total de 344.975 pessoas, na amostra havia 51% de mulheres e 49% de homens. Os grupos etários com o menor número de indivíduos foram os dois extremos, de 0 a 6 anos e de 50 anos, com 13% e 16% da população respectivamente.

Dentre toda a população, o grupo mais numeroso (33%) consultou dentista no período de um ano anterior à entrevista. Por outro lado, uma parcela considerável (19%) declarou nunca ter consultado um dentista.

A parcela da população que declarou ter procurado serviço de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista foi de 13%. Destes, apenas 11% o fizeram por um problema odontológico, ou seja, num período de duas semanas, 1,4% da população total procurou algum atendimento por problema odontológico. A busca por atendimento ocorreu majoritariamente em consultórios odontológicos (77%), com 96% de atendimento a essa busca. A falta de vaga ou senha foi a causa da maioria (43%) dos casos de insucesso no atendimento.

Em sua maioria (69%), os atendimentos ocorreram em serviços particulares, dos quais 47% envolveram algum pagamento pelo cliente. O SUS respondeu por 24% dos atendimentos, enquanto 17% realizaram-se através de outros planos de saúde. A avaliação “bom ou muito bom” foi dada a 93% dos atendimentos prestados.

A partir de classificação por faixa etária e quintil de renda familiar *per capita*, a tabela 2

**Tabela 1**  
Prevalências e erros padrão das variáveis relacionadas à utilização de serviços odontológicos.

Variável	N	Prevalência (EP)
Sexo (N=344.975)		
masculino	168.230	49,0 (0,1)
feminino	176.745	51,0 (0,1)
Idade (N=344.942)		
0-6 anos	46.548	13,3 (0,3)
7-19 anos	94.939	27,4 (0,4)
20-49 anos	149.188	42,9 (0,4)
50 anos ou mais	54.267	16,4 (0,4)
Consultou dentista pela última vez (N=344.809)		
menos de 1 ano	117.748	33,2 (0,8)
1 a 2 anos	64.362	18,6 (0,3)
3 anos ou mais	99.290	29,5 (0,5)
nunca consultou	63.409	18,7 (0,7)
Procurou serviço de saúde nas 2 últimas semanas (N=344.880)		
não	299.280	87,0 (0,4)
sim	45.600	13,0 (0,4)
Motivo da procura a serviço de saúde (N=45.591)		
exame/prevenção	15.697	34,7 (0,7)
acidente/lesão	2.011	4,3 (0,1)
problema odontológico	5.192	10,9 (0,5)
tratamento/reabilitação	4.833	10,4 (0,5)
pré-natal	1.193	2,6 (0,1)
parto	200	0,4 (0,03)
vacinação	1.313	2,8 (0,3)
doença	14.943	33,5 (0,9)
atestado	209	0,4 (0,04)
Procurou serviço odontológico nas 2 últimas semanas (N=344.880)		
não	339.688	98,6 (0,1)
sim	5.192	1,4 (0,1)
Onde procurou o 1º atendimento odontológico (N=5.192)		
consultório odontológico	3.921	76,7 (1,8)
posto/centro de saúde	673	12,8 (1,3)
outros serviços de saúde	598	10,5 (0,9)
Atendido na 1ª busca de atendimento odontológico (N=5.192)		
não	192	3,7 (0,3)
sim	5.000	96,3 (0,3)
Motivo do não atendimento odontológico (N=192)		
faltou vaga/senha	82	43,3 (4,6)
não tinha médico atendendo	31	16,4 (3,1)
não tinha serviço/prof. especializado	16	8,7 (2,4)
serviço/equipamento não funcionando	13	6,2 (2,1)
não podia pagar	5	2,9 (1,3)
esperou muito e desistiu	13	6,0 (2,1)
outro motivo	32	16,5 (3,6)

(continua)

mostra as proporções de indivíduos que nunca foram ao dentista, dos que foram ao dentista no último ano e dos que procuraram atendimento odontológico nas duas últimas semanas. A proporção de pessoas que nunca consultaram um dentista diminui com a idade, sendo aproximadamente igual para os grupos de 20-49 e 50 anos ou mais. No total, 39% dos indivíduos no primeiro quintil (Q1) de renda nunca consultaram um dentista, contra 5% no quintil mais alto (Q5). A menor razão entre o Q1 e o Q5 ocorreu entre as crianças (RR = 1,6) e a maior razão ocorreu entre o grupo de 20-49 anos. Nesse grupo, a proporção de pessoas que nunca foram ao dentista foi 16 vezes maior entre os mais pobres (Q1) em comparação aos mais ricos (Q5). A figura 1 detalha a relação entre os indivíduos que nunca foram ao dentista do Q1 e do Q5, ano a ano, até os 19 anos de idade. Fica evidente que, no grupo mais rico, os indivíduos que nunca foram ao dentista são sempre em menor proporção, e que esta proporção cai muito mais rapidamente com a idade do que entre os mais pobres.

As proporções de pessoas que consultaram um dentista há menos de um ano foram sempre maiores no grupo dos mais ricos, e nos grupos etários de 7-19 e 20-49 anos. No total, quase três vezes mais pessoas foram ao dentista no grupo mais rico (Q5), comparando-se com o grupo mais pobre (Q1). Neste caso, os maiores diferenciais socioeconômicos foram encontrados nos grupos extremos de idade, onde a razão Q5/Q1 foi de 4,1 para o grupo de 50 anos ou mais e de 4,7 para o grupo de 0-6 anos. No grupo mais pobre, menos de 9% das crianças e dos mais velhos consultaram um dentista no último ano. A procura de atendimento odontológico nas duas últimas semanas segue um padrão semelhante ao anterior, com prevalências mais baixas.

Relativamente poucos não tiveram acesso a um serviço, ao procurar atendimento odontológico (3,7%). A proporção de não atendidos decresceu com a idade, passando de 4,7% entre as crianças para 2,5% entre o grupo de 50 anos ou mais. Entre o grupo mais rico (Q5), o percentual de não atendimento esteve sempre em torno de 1%. Entre os mais pobres, no entanto, houve uma tendência inversa à tendência global (que é determinada basicamente por Q2 e Q3): o não atendimento aumentou com a idade, passando de 4,3% entre as crianças para 12,6% no grupo mais idoso. Neste grupo, houve quase 12 vezes mais não atendimento entre os mais pobres do que entre os indivíduos do Q5.

Na tabela 3 observam-se as diferenças entre o modo de financiamento de atendimentos odontológicos e não odontológicos. No total, 52% dos atendimentos não odontológicos são realizados pelo SUS, contra apenas 24% dos atendimentos odontológicos. A situação é bastante diversa quando se comparam os dois grupos extremos de renda. Entre os mais pobres, a grande maioria dos atendimentos é realizada pelo SUS: 80% dos atendimentos não odontológicos e 68% dos odontológicos. Entre os mais ricos, 17% dos atendimentos não odontológicos são realizados pelo SUS, e um número ainda menor (4%) dos odontológicos. Com relação ao pagamento pelo atendimento, notou-se que este é muito mais freqüente para os atendimentos odontológicos, tanto entre os mais pobres como entre os mais ricos. Quase 14% dos atendimentos odontológicos para o grupo mais pobre envolveram algum pagamento, contra apenas 4% dos atendimentos não odontológicos. Entre os mais ricos, estas proporções foram de 63% e 19% respectivamente.

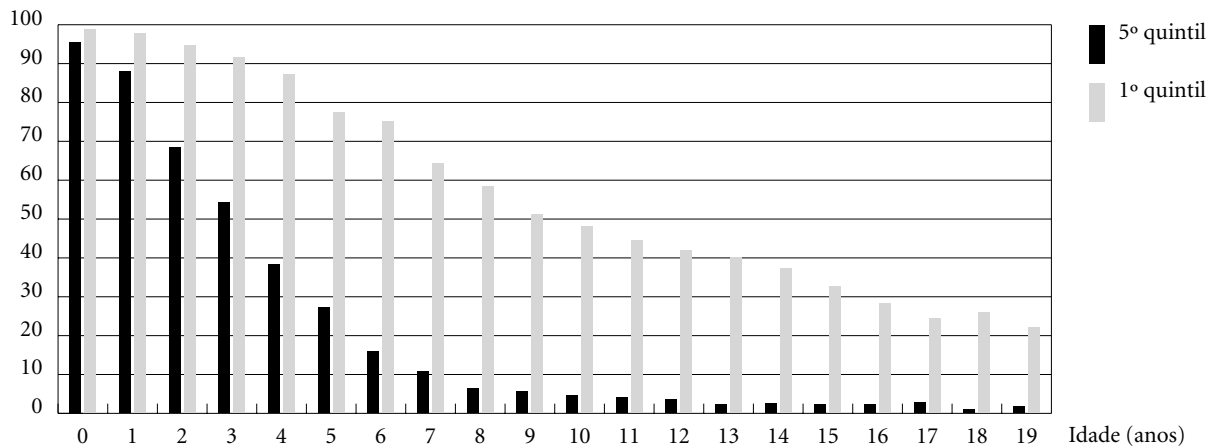
A avaliação do atendimento odontológico recebido foi melhor entre os mais ricos, embora a proporção de “bom ou muito bom” tenha sido sempre alta (Tabela 4). Entre as pessoas atendidas pelo SUS não houve diferença significativa entre a avaliação dos mais ricos e dos mais pobres.

**Tabela 1**  
continuação

Variável	N	Prevalência (EP)
Natureza do serviço onde recebeu tratamento odontológico (N=5.136)		
público	1.650	31,4 (2,9)
particular	3.486	68,6 (2,9)
Atendimento odontológico através de plano de saúde (N=5.157)		
não	4.142	83,1 (1,0)
sim	1.015	16,9 (1,0)
Pagou pelo atendimento odontológico (N=5.159)		
não	2.822	52,9 (2,3)
sim	2.337	47,1 (2,3)
Atendimento odontológico pelo SUS (N=5.157)		
não	3.756	72,8 (2,6)
sim	1.254	24,2 (2,4)
não sabe	147	3,0 (0,4)
Avaliação do atendimento odontológico (N=5.158)		
muito bom	1.695	33,3 (1,5)
bom	3.083	59,7 (1,4)
regular	305	5,7 (0,4)
ruim/muito ruim	75	1,3 (0,3)

**Figura 1**

Porcentagem de indivíduos que nunca foram ao dentista, por idade e situação socioeconômica.



**Tabela 2**

Proporção de pessoas classificadas por grupos de idade e para o 1º (Q1) e 5º (Q5) quintis de renda familiar *per capita* para os desfechos de procura a atendimento odontológico.

Faixa etária	Prevalências			Risco relativo	Valor-p*
	Todos	Q1	Q5		
Nunca foi ao dentista				Q1/Q5	
0-6 anos	77,1	88,6	54,7	1,6	<0,001
7-19 anos	20,9	41,8	3,4	12,3	<0,001
20-49 anos	4,4	11,3	0,7	16,1	<0,001
50 anos ou +	5,3	12,6	1,0	12,6	<0,001
todos	18,7	39,4	5,2	7,6	<0,001
Foi ao dentista há menos de um ano				Q5/Q1	
0-6 anos	17,9	8,2	38,8	4,7	<0,001
7-19 anos	44,4	27,4	69,6	2,5	<0,001
20-49 anos	36,6	20,5	56,7	2,8	<0,001
50 anos ou +	17,8	8,5	35,2	4,1	<0,001
todos	33,2	19,3	53,2	2,8	<0,001
Procurou atendimento odontológico nas duas últimas semanas				Q5/Q1	
0-6 anos	0,6	0,2	1,5	7,5	<0,001
7-19 anos	1,8	1,1	3,7	3,4	<0,001
20-49 anos	1,6	1,0	2,6	2,6	<0,001
50 anos ou +	0,9	0,4	1,8	4,5	<0,001
Todos	1,4	0,8	2,6	3,3	<0,001
Não conseguiu atendimento				Q1/Q5	
0-6 anos	4,7	4,3	0	–	0,06
7-19 anos	4,4	7,7	1,0	7,7	<0,001
20-49 anos	3,3	7,9	1,1	7,2	<0,001
50 anos ou +	2,5	12,6	1,1	11,5	<0,001
Todos	3,7	7,7	1,0	7,7	<0,001

Obs: o menor N para cálculo das proporções nos quintis foi de 4.937.

\* Teste do qui-quadrado para H0 : RR=1.

**Tabela 3**

Proporção de atendimento pago e pelo SUS para serviços de saúde em geral e para serviço odontológico, comparando o 1º (Q1) e 5º (Q5) quintis de renda familiar *per capita*.

Tipo do atendimento	Prevalências			Risco relativo	Valor-p*
	Todos	Q1	Q5		
Atendimento pelo SUS				Q1/Q5	
odontológico	24,2	68,4	4,3	15,9	<0,001
não odontológico	52,4	79,9	17,2	4,6	<0,001
todos	49,3	78,9	15,1	5,2	<0,001
Atendimento pago				Q5/Q1	
odontológico	47,1	13,7	63,3	4,6	<0,001
não odontológico	11,9	3,5	19,4	5,5	<0,001
todos	15,8	4,3	26,6	6,2	<0,001

Obs: O menor N para cálculo das proporções nos quintis foi de 522.

\* Teste do qui-quadrado para H0 : RR=1

**Tabela 4**

Avaliação do atendimento odontológico como “muito bom ou bom”, por tipo de remuneração do serviço e para o 1º (Q1) e 5º (Q5) quintis de renda familiar *per capita*.

	Todos	Prevalência		Valor-p**
		Q1	Q5	
Remuneração do atendimento*				
pessoas que pagaram pelo atendimento	95,6 (N=2.337)	91,2 (N=74)	97,2 (N=1.178)	0,02
pessoas atendidas pelo SUS	87,3 (N=1.254)	91,0 (N=351)	84,6 (N=87)	0,2
todos	93,0 (N=5.159)	90,9 (N=522)	96,5 (N=1.938)	<0,001

\* As categorias listadas não são mutuamente exclusivas ou complementares.

\*\* Teste para igualdade de proporções.

## Discussão

O interesse e a preocupação com as desigualdades em saúde vêm crescendo de forma impressionante. Várias novas iniciativas têm apoiado a investigação nessa área, assim como a definição de políticas que visem minimizar tais desigualdades, como a International Society for Equity in Health (ISEqH, [www.iseqh.org](http://www.iseqh.org)) e a Global Equity Gauges Alliance (GEGA, [www.hst.org.za/hlink/equitypub/gega.htm](http://www.hst.org.za/hlink/equitypub/gega.htm)). No Brasil, campeão de desigualdade social e de renda, a preocupação com as desigualdades em saúde deve ocupar um lugar de destaque. Com este trabalho, procuramos documentar a situação de acesso e utilização de serviços odontológicos entre diferentes grupos de renda.

Várias medidas têm sido utilizadas para quantificar desigualdades sociais e em saúde. Investigadores da área de economia têm dado preferência a índices do tipo Gini, como a curva de concentração (Wagstaff *et al.*, 1991). A vantagem maior desses indicadores é levar em conta a totalidade da distribuição em estudo. No entanto, consideramos esses índices mais difíceis de interpretar e comparar do que as tradicionais medidas de efeito utilizadas em epidemiologia. Assim, utilizamos neste trabalho a comparação do primeiro quintil de renda familiar *per capita* (20% da população com menor renda) com o quinto quintil de renda (20% da população com maior renda) através de razões de prevalência.

Nossos resultados mostram que há uma baixa utilização de serviços odontológicos e grandes diferenciais entre os grupos de maior e menor renda. Um estudo no noroeste da Inglaterra revelou que, aos três anos, 23% das crianças de áreas empobrecidas nunca haviam ido ao dentista, contra apenas 11% nas áreas mais ricas (Eckersley & Blinkhorn, 2001). Em nosso

caso, aos três anos, 91% das crianças mais pobres nunca haviam ido ao dentista, assim como 55% das mais ricas. No Canadá, numa área coberta por um serviço odontológico universal, apenas 3% das crianças de cinco anos nunca tinham ido ao dentista (Ismail & Sohn, 2001). Em nosso meio, mesmo entre o grupo de maior renda, quase 30% das crianças dessa idade nunca haviam consultado um dentista, quase dez vezes mais do que no Canadá. Entre as crianças mais pobres, essa proporção sobe para 78%.

As maiores desigualdades na utilização de serviços foram observadas nos grupos extremos de idade, justamente onde a utilização média foi mais baixa. No ano anterior à entrevista, crianças e adultos de 50 anos ou mais do grupo mais rico consultaram um dentista de 4 a 5 vezes mais que aqueles do grupo mais pobre. Este padrão está provavelmente associado à prioridade baixa que se dá à saúde bucal das crianças e à possibilidade de desembolso para o tratamento. No total, 47% dos atendimentos odontológicos nas duas semanas anteriores à entrevista envolveram algum pagamento por parte do usuário. Nos atendimentos não odontológicos a proporção cai para 12%. Mesmo entre a população mais pobre, 14% dos atendimentos odontológicos envolveram algum pagamento.

Esta última comparação permite também avaliar a magnitude da ausência do SUS e dos convênios de saúde da área odontológica. Especificamente em relação ao SUS, este foi responsável por 52% dos atendimentos não odontológicos e por 24% dos atendimentos odontológicos. Neste item encontrou-se o maior diferencial entre os grupos de renda: a proporção de atendimentos odontológicos pelo SUS foi 16 vezes maior entre os mais pobres, os quais utilizaram três vezes menos os serviços do que os mais ricos.

Foram também muito grandes as desigualdades no acesso aos serviços. O grupo mais pobre apresentou uma tendência de redução de acesso com a idade, contrária à tendência global observada. Isto provavelmente é explicado pela diferença de financiamento no atendimento: enquanto nos grupos mais favorecidos uma idade maior propicia mais recursos para o pagamento do atendimento, no grupo mais pobre, esse avanço na idade acaba por reduzir a oportunidade de acesso ao sistema público.

Esse quadro de profunda desigualdade na utilização e acesso a serviços odontológicos pode ser complementado com resultados de um estudo realizado em Minas Gerais, segundo o qual a prevalência de uso regular de dentista por indivíduos de maior escolaridade é cerca de 10 vezes maior do que entre os menos escolarizados (Matos *et al.*, 2001). Mostrou-se também, numa comparação entre serviços odontológicos privados, públicos e de sindicatos, que os serviços públicos tendiam a fazer muito mais tratamentos por extração e muito menos por restauração (Matos *et al.*, 2002).

No plano internacional, as desigualdades na saúde bucal têm sido documentadas em diversos locais. Na Espanha, encontrou-se uma razão de *odds* de 1,8, indicando um aumento do CPO-D do grupo de crianças de pais trabalhadores manuais comparados com não manuais (Nieto Garcia *et al.*, 2001). Nos Estados Unidos, a presença de cáries e restaurações estava inver-

samente associada com o nível socioeconômico das comunidades estudadas (Gillcrisp *et al.*, 2001). No Canadá, mesmo em uma área coberta por um serviço odontológico universal, crianças cujos pais tinham educação universitária apresentavam índices de CPO-D mais baixos que as outras (Ismail & Sohn, 2001). Este autor conclui que o atendimento universal não é suficiente para eliminar as desigualdades.

Em síntese, a situação de saúde bucal no Brasil ainda está abaixo da média internacional, como indicado na introdução. E, como mostramos, as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços são muito grandes. No entanto, o investimento maciço em serviços especializados de odontologia, que poderia parecer a providência mais imediata a ser tomada, talvez não seja a solução para o problema. Num relatório de 1994, a OMS afirma que a saúde bucal é uma parte essencial da saúde, da função humana e da qualidade de vida. Afirma também que as cáries e a doença periodontal podem ser prevenidas e controladas (WHO, 1994). A evidência disponível indica que a maior parte da redução dessas patologias se deve à utilização de flúor (em cremes dentais e na água) e à melhora das técnicas de higiene bucal, enquanto os serviços especializados, sejam curativos ou preventivos, não tiveram grande impacto (Watt & Sheiham, 1999). Uma avaliação mais aprofundada da realidade nacional é claramente uma necessidade.



## Referências bibliográficas

- Deaton A 1997. *The analysis of household surveys. A microeconomic approach to development policy*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 479pp.
- Eckersley AJ & Blinkhorn FA 2001. Dental attendance and dental health behaviour in children from deprived and non-deprived areas of Salford, north-west England. *International Journal of Paediatric Dentistry* 11(2):103-109.
- Gillcrist JA, Brumley DE & Blackford JU 2001. Community socioeconomic status and children's dental health. *Journal of the American Dental Association* 132(2):216-222.
- IBGE 2000. *Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 1998*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 96pp.
- Ismail AI & Sohn W 2001. The impact of universal access to dental care on disparities in caries experience in children. *Journal of the American Dental Association* 132(3):295-303.
- Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL & Marcenes W 2001. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cadernos de Saúde Pública* 17(3):661-668.
- Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL & Marcenes W 2002. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Revista de Saúde Pública* 36(2):237-243.
- Nieto Garcia VM, Nieto Garcia MA, Lacalle Remigio JR & Abdel-Kader Martin L 2001. Salud oral de los escolares de Ceuta. Influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico. *Revista Española de Salud Pública* 75(6):541-549.
- Oliveira AG 1998. *Levantamento epidemiológico em saúde bucal – cárie dental. BRASIL – 1996*: Faculdade de Odontologia da UFRN. 102 pp. Disponível em <www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Bucal/epi96/epi96roncalli.zip>
- Pessoa DG & Silva PL 1998. *Análise de dados amostrais complexos*. Associação Brasileira de Estatística, São Paulo.
- StataCorp. 1999. *Stata statistical software: release 6.0*. Stata Corporation, College Station, TX.
- Wagstaff A, Paci P & van Doorslaer E 1991. On the measurement of inequalities in health. *Social Science and Medicine* 33(5):545-557.
- Watt R & Sheiham A 1999. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *British Dental Journal* 187(1):6-12.
- WHO 1994. *Oral health for the 21st Century*. Geneva: World Health Organization. Report No.: WHO/ORH/OralC21.94.1. 19 pp. Disponível em </whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\_ORH\_ORALC21.94.1.pdf?>

Artigo apresentado em 9/8/2002

Aprovado em 12/9/2002

Versão final apresentada em 8/10/2002