



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Glazer Peres, Karen; Peres, Marco Aurélio; Boing, Antonio Fernando; Dâmaso Bertoldi, Andréa; Bastos, João Luiz; Barros, Aluisio J D

Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008

Revista de Saúde Pública, vol. 46, núm. 2, abril, 2012, pp. 250-258

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240197007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Karen Glazer Peres^I

Marco Aurélio Peres^I

Antonio Fernando Boing^I

Andréa Dâmaso Bertoldi^{II}

João Luiz Bastos^I

Aluisio J D Barros^{II}

Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008

Reduction of social inequalities in utilization of dental care in Brazil from 1998 to 2008

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil.

MÉTODOS: Foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 e 2008, comparando-os com os de 1998. Investigaram-se as variáveis de acesso e uso de serviços odontológicos nas idades de três, seis, nove, 12, 15 e 19 anos e no primeiro (Q1) e no quinto (Q5) quintis de renda familiar *per capita*. As análises consideraram o desenho amostral complexo.

RESULTADOS: A proporção de pessoas que nunca consultaram o dentista diminuiu (18,7% em 1998, 15,9% em 2003 e 11,7% em 2008). Houve importante redução na diferença absoluta de não utilização do serviço odontológico a partir dos nove anos entre Q1 e Q5 de 1998 a 2008, diminuindo para cerca de metade aos 15 (30,3 pontos percentuais – pp para 16,1 pp) e aos 19 anos (20,4 pp para 9,9 pp). As razões entre Q1 e Q5 para consulta recente ao dentista diminuíram em todas as idades, principalmente entre zero e seis anos (Q5/Q1 de 3,2 para 2,6); a utilização do Sistema Único de Saúde para atendimento odontológico aumentou nos Q1 e Q5, com redução na razão entre os grupos Q1/Q5 de cerca de 20%. A utilização do Sistema Único de Saúde para atendimento odontológico aumentou cerca de 8% no Q1 e 35% no Q5 entre 2003 e 2008.

CONCLUSÕES: Houve avanço considerável na redução das desigualdades no acesso e aumento na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. Entretanto, as iniquidades entre os grupos sociais ainda é expressiva.

DESCRIPTORES: Serviços de Saúde Bucal, utilização. Acesso aos Serviços de Saúde. Desigualdades em Saúde. Iniquidade Social. PNAD.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

^{II} Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Karen Glazer Peres
R. Berlin, 209 – Córrego Grande
88037-325 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: karengp@ccs.ufsc.br

Recebido: 10/6/2011
Aprovado: 23/10/2011

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze access to and utilization of dental care services in Brazil.

METHODS: We used data from the 2003 and 2008 Brazilian National Household Surveys, which we compared to data from the 1998 survey. We investigated access and utilization variables at ages three, six, nine, 12, 15, and 19 years in the first (Q1) and fifth (Q5) quintiles of *per capita* family income. All analyses took into account the complex sampling strategy.

RESULTS: The proportion of subjects that had never seen a dentist decreased during the period (18.7% in 1998, 15.9% in 2003 and 11.7% in 2008). There was an important reduction in the absolute difference in failure to use dental care services after age nine years between Q1 and Q5 from 1998 to 2008, which decreased to about half its value at 15 (30.3 percentage points - pp to 16.1 pp) and 19 years (20.4 pp to 9.9 pp). Q5/Q1 ratios for recent dental appointments fell across all age groups, especially between zero and six years (Q5/Q1 from 3.2 to 2.6); utilization of the National Health Care System for dental care increased in Q1 and Q5, with a reduction in the Q1/Q5 ratio of approximately 20%. Use of the National Health Care System for dental care increased by approximately 8% in Q1 and 35% in Q5 between 2003 and 2008.

CONCLUSIONS: There have been considerable advances in terms of reducing inequalities in access to, and increasing the utilization of, dental care services in Brazil between 1998 and 2008. However, inequality between social groups remains substantial.

DESCRIPTORS: Dental Health Services, utilization. Health Services Accessibility. Health Inequalities. Social Inequity. PNAD.

INTRODUÇÃO

As desigualdades socioeconômicas exercem substancial influência sobre a saúde, independentemente da renda do país.¹⁹ A desigualdade na distribuição de renda é prejudicial à saúde não apenas para os indivíduos em desvantagem, mas influencia as condições de vida e saúde de toda a sociedade.⁴ Indivíduos que residem em regiões com grandes diferenças de renda possuem piores condições de saúde em relação àqueles com situação socioeconômica equivalente, mas que vivem em regiões mais igualitárias.¹⁵ Indivíduos com rendas semelhantes apresentam diferentes prevalências de perdas dentárias,¹⁶ maiores quando em regiões mais pobres e menores em regiões mais ricas.¹⁷

Para a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial da Saúde,²⁰ reduzir as iniquidades em saúde é um imperativo ético. No Brasil, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde, instituída em 2006, estimula a produção de evidências sobre a magnitude das desigualdades e o papel dos determinantes sociais da saúde, de forma a moldar políticas públicas no País e a reduzir as desigualdades sociais em saúde.

O quadro de iniquidade em saúde reproduz-se nas condições de saúde bucal da população brasileira. Desigualdade socioeconômica é observada para a maioria dos agravos bucais e para os indicadores de acesso e utilização de serviços odontológicos em nível ecológico⁷ e individual.³ O suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998) mostrou que pouco mais de um terço dos pesquisados havia consultado dentista no ano anterior à pesquisa e que 18,7% jamais haviam realizado qualquer consulta odontológica. A proporção de pessoas que nunca haviam consultado dentista entre 20 e 49 anos foi 16 vezes maior entre os 20% mais pobres comparados aos 20% mais ricos.³ Os dados da PNAD de 2003 mostraram modesta redução (cerca de 3%) nessa população em relação ao estudo de 1998.¹⁵

A PNAD de 2008 apresentou melhora na utilização de atendimento odontológico pela população, embora 11,7% dos entrevistados se mantivessem sem receber atendimento odontológico.^a

Apesar da expressiva redução da cárie dentária em crianças e adolescentes no Brasil entre 1980¹¹ e

^a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um Panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Brasília; 2008[citado 2010 jun 24]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/defaulttabzip_2008.shtm.

2010,^{12,13} as condições de saúde bucal entre os adultos e idosos são graves. Um terço dos idosos que necessitam de próteses totais tiveram suas necessidades atendidas. O edentulismo atinge principalmente indivíduos com renda inferior a R\$ 400,00 e escolaridade menor do que sete anos de estudo,^b o que o torna um marcador das desigualdades. Essa desigualdade em saúde bucal torna-se ainda mais emblemática com a expressiva relação cirurgião-dentista por habitante (1,11/1.000 habitantes) no Brasil, uma das maiores do mundo.^c

Mais de R\$ 1,2 bilhão foi investido na Política Nacional de Saúde Bucal entre 2003 e 2006, alcançando mais de R\$ 2,7 bilhões de 2007 a 2010. A ampliação da atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família, a viabilização da adição de flúor às estações de tratamento de águas de abastecimento público e o acesso a tratamentos especializados, via Centros de Especialidades Odontológicas, fazem parte da estratégia de redução das desigualdades sociais em saúde bucal.^d Deve-se avaliar se, concomitantemente a esses investimentos, houve redução nas desigualdades no uso e no acesso a serviços odontológicos entre os diferentes grupos sociais. Analisar e monitorar condições de saúde da população, bem como o acesso e uso de serviços de saúde são condições fundamentais para a orientação das políticas públicas e avaliação da efetividade das iniciativas adotadas. A coleta sistemática de dados de qualidade e a construção de bancos nacionais com informações sobre a saúde no Brasil permitem esse monitoramento e contribuem para a construção e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, poucos são os estudos nacionais que avaliaram a tendência temporal das desigualdades econômicas no acesso e na utilização dos serviços odontológicos.³

Este estudo teve por objetivo analisar o padrão de acesso e de utilização de serviços odontológicos no Brasil.

MÉTODOS

Estudo com dados das PNADs de 2003 e de 2008 realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O Suplemento de Saúde da PNAD 2003 foi aplicado em 384.834 indivíduos, distribuídos em 133.255 domicílios de todo o País. Em 2008, compuseram a amostra 150.591 domicílios e 391.868 pessoas. Nas PNADs de 2003 e de 2008 foram adotados desenhos de amostra por conglomerados em três estágios. O primeiro foi composto pelos municípios classificados em duas categorias: auto-representativos (probabilidade 1 de pertencer à amostra) e não auto-representativos.

Os municípios pertencentes à segunda categoria foram estratificados, selecionados com reposição e com probabilidade proporcional à população residente obtida no Censo Demográfico de 2000. O segundo estágio foi composto pelos setores censitários selecionados em cada município da amostra, com probabilidade proporcional e com reposição. Foi utilizado o número de unidades domiciliares existentes por ocasião do Censo Demográfico de 2000. Os domicílios foram selecionados no último estágio com equiprobabilidade em cada setor censitário da amostra.⁶

Foram analisadas informações sobre procura de serviço de saúde nas duas últimas semanas (sim; não) e motivo da procura por serviço de saúde nas duas últimas semanas (exame/prevenção, acidente/lesão, problema odontológico, tratamento/reabilitação, pré-natal, parto, vacinação, doença, atestado).

Para a investigação do acesso e uso de serviços odontológicos foram utilizadas as variáveis: tempo desde a última consulta ao dentista (menos de um ano; um a dois anos; três anos ou mais; e nunca consultou), busca de atendimento nas duas últimas semanas (sim; não), local de busca do atendimento (consultório odontológico; posto/centro de saúde; outros serviços), atendimento na última busca pelo serviço (sim; não), motivo do não atendimento (falta de vaga; falta de médico; falta de serviço especializado; falta de equipamento funcionando; não podia pagar; esperou muito, outro motivo), tipo de estabelecimento onde ocorreu o atendimento (público; privado), utilização de plano de saúde (sim; não), atendimento remunerado (sim; não) e do SUS (sim; não) e avaliação do serviço (muito bom; bom; regular; ruim; muito ruim).

As prevalências das variáveis de interesse foram estimadas para a população como um todo. Compararam-se as proporções de indivíduos que nunca foram ao dentista para as idades de três, seis, nove, 12, 15 e 19 anos, segundo o primeiro (Q1) e o quinto (Q5) quintis de renda familiar *per capita*, conforme análise da PNAD de 1998,³ para permitir a comparação entre os estudos de 1998, 2003 e 2008. Os indivíduos que nunca foram ao dentista, aqueles que consultaram dentista há menos de um ano, os que procuraram atendimento odontológico nas duas últimas semanas da entrevista e aqueles que não conseguiram atendimento odontológico na última busca foram analisados segundo faixas etárias (zero a seis, sete a 19, 20 a 49 e 50 anos ou mais) e renda (primeiro e quinto quintis). As proporções de indivíduos atendidos pelo SUS e que pagaram pelo atendimento para tratamento odontológico ou para os outros serviços de saúde, e a avaliação do atendimento

^b Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Brasília; 2004.

^c Conselho Federal de Odontologia. Brasília; 2009[citado 2009 set 03]. Disponível em: <http://cfo.org.br/>

^d Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Brasil Sorridente. Brasília; 2003[citado 2010 jun 24]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php

odontológico foram comparadas entre os primeiro e quinto quintis de renda, obtendo-se a razão entre as proporções de ambos os grupos.

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico Stata 9.0, utilizando-se o conjunto de comandos *svy* destinado à análise de dados oriundos de amostras complexas. O município foi a unidade amostral primária e foram considerados os pesos amostrais individuais existentes nos bancos de dados das PNADs.

RESULTADOS

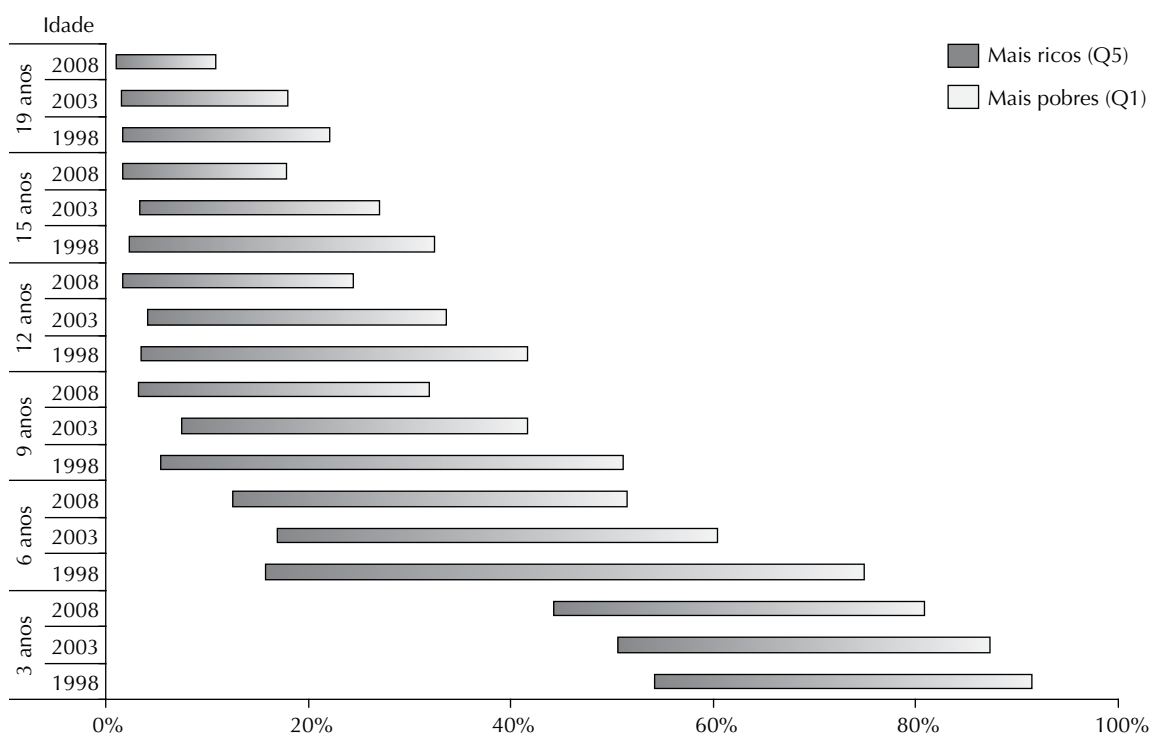
Cerca da metade dos indivíduos era do sexo feminino, a faixa etária mais frequente era de 20 a 49 anos e a menos frequente de zero a seis em 2003 e 2008. Uso recente de serviço odontológico (consultas no último ano) aumentou ligeiramente de 2003 para 2008 e a proporção da população que nunca tinha consultado dentista diminuiu cerca de 30% no mesmo período. Atendimento odontológico foi o terceiro motivo de maior procura por serviço de saúde nas duas últimas semanas em ambas as pesquisas, precedido por consultas por motivo de doenças e por realização de exames ou prevenção de saúde geral, passando de 8,5% para 14,0% (Tabela 1).

Dentre os que procuraram o serviço odontológico nas duas últimas semanas, cerca de um quinto o fez nos centros ou postos de saúde e 96,0% dos que procuraram

atendimento odontológico foram atendidos na primeira tentativa nos dois anos. O não atendimento odontológico devido à falta de vagas diminuiu cerca de 20% de 2003 a 2008; a ausência de médico e serviço ou equipamento sem funcionamento adequado praticamente dobrou no mesmo período. Pouco mais de 15% dos entrevistados afirmou ter recebido atendimento odontológico por plano de saúde e o SUS foi responsável por cerca de 30,0% em ambos os anos. A maioria dos indivíduos considerou o atendimento como muito bom ou bom (Tabela 1).

A utilização dos serviços odontológicos aumentou em todas as idades entre 1998 e 2008. Diferenças expressivas intra-idade foram observadas entre os mais pobres (Q1) e os mais ricos (Q5) nas três pesquisas. A maior diferença absoluta entre o Q1 e Q5 foi observada aos seis anos em 1998 (59,1 pontos percentuais – pp), em 2003 (43,4 pp) e em 2008 (39,0 pp). A partir dos nove anos, houve importante redução na diferença absoluta entre Q1 e Q5 de 1998 a 2008, diminuindo aproximadamente para a metade aos 15 (30,3 pp para 16,1 pp) e aos 19 anos (20,4 pp para 9,9 pp) (Figura).

A proporção de indivíduos que nunca foi ao dentista foi expressivamente maior até os seis anos quando comparada aos outros grupos etários em 2003 (71,5%) e 2008 (66,8%). A proporção de indivíduos que nunca foram ao dentista entre os mais ricos (Q5) pouco se modificou



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

Figura. Proporção de pessoas que nunca foram ao dentista. Amplitude de variação entre os 20% mais ricos (Q5) e os 20% mais pobres (Q1), segundo idade na população brasileira. Brasil, 1998, 2003 e 2008.

Tabela 1. Prevalência e distribuição das variáveis relacionadas à utilização de serviços odontológicos. Brasil, 2003 (n = 383.156) e 2008 (n = 391.868).

Variável	2003		2008	
	n	%	n	%
Sexo	383.156		391.868	
Masculino	186.780	48,8	190.580	48,7
Feminino	196.376	51,2	201.288	51,3
Idade (anos)	383.084		391.868	
0 a 6	47.491	12,1	41.141	10,3
7 a 19	96.983	25,0	92.911	23,4
20 a 49	172.802	44,9	179.086	45,4
50 ou mais	65.808	18,0	78.730	20,9
Consultou dentista pela última vez? (anos)*	383.092		391.868	
Menos de 1	147.859	38,7	157.027	40,2
1 a 2	73.556	19,1	96.792	24,7
3 ou mais	99.996	26,3	91.204	23,4
Nunca consultou	61.681	15,9	46.845	11,7
Procurou serviço de saúde nas duas últimas semanas?*	383.108		391.868	
Não	327.836	85,4	336.078	85,5
Sim	55.272	14,6	55.790	14,5
Motivo da procura a serviço de saúde*	55.261		55.790	
Exame/prevenção	15.038	26,8	11.608	20,3
Acidente/lesão	2.924	5,3	3.330	6,0
Problema odontológico	4.827	8,5	7.914	14,0
Tratamento/reabilitação	1.275	2,3	2.240	3,7
Pré-natal	1.389	2,4	1.226	2,1
Parto	208	0,4	180	0,3
Vacinação	1.042	1,9	1.026	1,8
Doença	28.218	51,9	27.258	50,0
Atestado	340	0,5	1.008	1,8
Procurou serviço odontológico nas duas últimas semanas?*	383.097		391.868	
Não	378.270	98,8	383.954	98,0
Sim	4.827	1,2	7.914	2,0
Onde procurou o 1º atendimento odontológico?*	4.827		7.914	
Consultório odontológico	3.354	71,0	5.941	75,9
Posto/centro de saúde	975	19,5	1.735	21,5
Outros serviços de saúde	498	9,5	238	2,6

Continua

Tabela 1 continuação

Variável	2003		2008	
	n	%	n	%
Atendido na 1ª busca do atendimento odontológico*	4.827		7.914	
Não	240	4,5	313	3,3
Sim	4.587	95,5	7.601	96,7
Motivo do não atendimento odontológico*	240		313	
Falta vaga/senha	131	54,5	145	46,3
Não tinha médico atendendo	37	15,4	91	29,1
Não tinha serviço/ prof. especializado	13	5,4	11	3,5
Serviço/ equipamento não funcionando	14	5,8	30	9,6
Não podia pagar	5	2,1	1	0,3
Esperou muito e desistiu	8	3,3	5	1,6
Outro motivo	32	14,0	30	9,6
Natureza do serviço onde recebeu atendimento odontológico*	4.561		7.568	
Público	1.590	34,5	2.360	30,6
Particular	2.971	65,5	5.198	69,4
Atendimento odontológico pelo plano de saúde	4.567		7.574	
Não	3.746	83,7	6.106	82,7
Sim	821	16,3	1.468	17,3
Pagou pelo atendimento odontológico	4.567		7.574	
Não	2.422	51,4	3.906	53,9
Sim	2.145	48,6	3.668	46,1
Atendimento odontológico pelo SUS*	4.567		7.574	
Não	3.082	68,1	5.318	70,4
Sim	1.404	30,1	2.229	29,3
Não sabe	81	1,8	27	0,3
Avaliação do atendimento odontológico	4.567		7.574	
Muito bom	1.379	30,2	2.282	24,2
Bom	2.833	62,0	4.785	62,3
Regular	293	6,4	421	10,4
Ruim/muito ruim	62	1,4	86	3,1

* p < 0,001 (teste do qui-quadrado); SUS: Sistema Único de saúde.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

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. Brasil, 2003 e 2008.

Variável	2003				2008			
	Prevalências			Razão	Prevalências			Razão
	Todos	Q1	Q5		Todos	Q1	Q5	
Nunca foi ao dentista (anos)				Q1/Q5*				Q1/Q5*
0 a 6	71,5	83,1	49,1	1,7	66,8	77,6	47,3	1,6
7 a 19	18,4	35,5	2,4	14,8	12,8	24,7	2,1	11,8
20 a 49	4,0	10,6	0,5	21,2	2,6	6,5	0,4	17,0
≥ 50	5,0	12,4	1,0	12,4	3,1	7,8	0,7	11,1
Todos	15,9	34,8	3,9	8,9	11,7	26,1	3,2	8,2
Dentista há menos de um ano (anos)				Q5/Q1*				Q5/Q1*
0 a 6	23,7	13,7	44,3	3,2	25,7	16,5	43,2	2,6
7 a 19	50,3	34,9	75,1	2,2	51,3	39,4	71,7	1,8
20 a 49	42,6	26,5	62,3	2,4	44,5	31,5	60,2	1,9
≥ 50	23,1	10,7	40,7	3,8	25,4	14,0	42,2	3,0
Todos	38,7	25,6	57,5	2,2	40,2	30,1	55,3	1,8
Procura por dentista (duas últimas semanas) (anos)				Q5/Q1*				Q5/Q1*
0 a 6	0,6	0,4	0,9	2,3	0,9	0,6	1,3	2,2
7 a 19	1,6	1,1	2,6	2,4	2,4	1,7	3,9	2,3
20 a 49	1,4	1,0	2,0	2,0	2,3	1,8	3,1	1,7
≥ 50	0,8	0,6	1,4	2,3	1,6	0,9	2,8	3,1
Todos	1,2	0,9	1,9	2,1	2,0	1,5	3,0	2,0
Não conseguiu atendimento odontológico (anos)				Q1/Q5*				Q5/Q1*
0 a 6	3,5	9,6	-	-	4,4	7,0	-	-
7 a 19	4,8	10,0	-	-	3,2	7,1	1,1	6,5
20 a 49	4,6	12,1	1,7	7,1	3,5	8,3	1,2	6,9
≥ 50	3,2	13,3	0,4	33,3	2,5	8,5	1,0	8,5
Todos	4,5	11,0	1,0	11,0	3,3	7,7	1,0	7,7

*p < 0,001 (Teste do qui-quadrado), exceto para variável “não conseguiu atendimento”, categoria “0 a 6 anos”, em 2003 (p = 0,069) e 2008 (p = 0,048)

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

entre 2003 e 2008 em todas as idades. Entre os mais pobres (Q1), ao contrário, essa proporção diminuiu, caracterizando redução na desigualdade entre Q1 e Q5. Maior redução (cerca de 20%) ocorreu entre os sete e 19 anos (razão Q1/Q5 igual a 14,8 em 2003 e a 11,8 em 2008) e de 20 a 49 anos (razão Q1/Q5 igual a 21,2 em 2003 e a 17,0 em 2008). Maior proporção dos que tiveram consulta recente ocorreu entre os de sete a 19 anos, independentemente do grupo de renda ao qual pertenciam em 2003 e em 2008. As razões entre Q5 e Q1 diminuíram em todas as idades de 2003 a 2008, com maior redução dos zero aos seis anos. Nessa faixa etária, a razão (entre Q5 e Q1) diminuiu de 3,2 em 2003 para 2,6 em 2008 (Tabela 2).

Em todas as faixas etárias, a proporção dos que procuraram serviços odontológicos nas duas últimas semanas foi baixa nos dois anos e duas vezes maior entre os mais ricos (Q5) comparados aos mais pobres

(Q1) em 2003. Essa situação pouco se modificou em 2008, exceto aos 50 anos ou mais, em que a razão entre os grupos (Q5/Q1) passou de 2,3 em 2003 para 3,1 em 2008. A falta de acesso ao atendimento odontológico foi próxima de 10% dentre os mais pobres (Q1) e cerca de 1% ou inexistente dentre os mais ricos (Q5) em 2003, com importante redução na proporção de indivíduos que não conseguiu atendimento odontológico entre os mais pobres em 2008. A redução na desigualdade na falta de acesso ao serviço foi de cerca de 75% aos 50 anos e mais (Q1/Q5 igual a 33,3 em 2003 para 8,5 em 2008) (tabela 2).

Cerca de um terço dos atendimentos odontológicos foram realizados pelo SUS em 2003 e em 2008 (Tabela 3). A proporção de pessoas que utilizou o SUS para atendimento odontológico aumentou no período analisado entre os mais pobres (Q1) e entre os mais ricos (Q5), porém esse aumento foi superior no último grupo.

Tabela 3. Atendimento pago pela pessoa e pelo Sistema Único de Saúde para serviços de saúde em geral e para serviço odontológico, comparando o 1º (Q1) e o 5º (Q5) quintis de renda familiar *per capita*. Brasil, 2003 e 2008.

Tipo de atendimento	2003				2008			
	Prevalências			Razão	Prevalências			Razão
	Todos	Q1	Q5		Todos	Q1	Q5	
Atendimento pelo SUS				Q1/Q5*				Q1/Q5*
Odontológico	30,6	68,2	4,2	16,2	29,9	73,9	5,6	13,2
Não odontológico	59,7	87,1	21,9	4,0	61,1	90,2	23,3	3,9
Todos	57,2	85,8	20,0	4,3	56,7	88,3	20,3	4,3
Atendimento pago				Q5/Q1*				Q5/Q1*
Odontológico	48,2	18,1	68,1	3,8	53,5	20,6	71,7	3,5
Não odontológico	11,7	3,3	20,8	6,3	13,1	4,5	22,7	5,0
Todos	14,8	4,3	25,8	6,0	18,7	6,5	31,1	4,8

*p < 0,001 (Teste do qui-quadrado)

SUS: Sistema Único de Saúde

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

A razão entre os grupos (Q1/Q5) reduziu cerca de 20% (Q1/Q5 = 16,2 em 2003 para Q1/Q5 = 13,2 em 2008). As proporções de pessoas que utilizaram o SUS para atendimentos não odontológicos mantiveram-se semelhantes em ambas as pesquisas, para toda a população e nos dois grupos extremos de renda. A utilização do SUS para atendimentos de saúde em geral foi quatro vezes maior entre os mais pobres (Q1) em relação aos mais ricos (Q5). O pagamento pelo atendimento foi mais frequente para serviços odontológicos do que para os demais. Cerca da metade da população pagou pelo atendimento odontológico nos dois anos, proporção quase quatro vezes maior no Q5 que no Q1. Essa razão para os atendimentos de saúde geral foi cerca de seis vezes em 2003 e 4,8 vezes em 2008 (redução de cerca de 20%).

O atendimento odontológico foi avaliado principalmente como muito bom ou bom em todas as PNADs. Em ambas as pesquisas os mais ricos (Q5) avaliaram melhor o atendimento odontológico do que os mais pobres (Q1); o mesmo não ocorreu quando considerado apenas o atendimento pelo SUS (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A utilização dos serviços odontológicos aumentou e a falta de acesso a eles diminuiu no Brasil entre 2003 e 2008. Apesar de a procura por dentista continuar na terceira posição entre os motivos de busca por serviço de saúde, sua proporção aumentou de 8,5% para 14,0% no mesmo período, o que equivale, em termos absolutos, a acréscimo de aproximadamente 10 milhões de pessoas. Observou-se diminuição nas desigualdades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos entre os indivíduos de maior e menor renda no Brasil no período. A razão entre as proporções de nunca ter consultado o dentista entre adolescentes e adultos jovens do primeiro e quinto quintis de renda diminuiu cerca de 20%, menor redução observada de zero a seis anos.

Quantificar as desigualdades em saúde pela análise do acesso e da utilização dos serviços odontológicos é cada vez mais utilizado em estudos nacionais^{1,2,5} e internacionais.^{9,18} As hipóteses para explicar as mudanças positivas observadas no Brasil são complexas

Tabela 4. Avaliação do atendimento odontológico como “muito bom ou bom”, por tipo de remuneração do serviço e para o 1º (Q1) e o 5º (Q5) quintis de renda familiar *per capita*. Brasil, 2003 e 2008.

Remuneração do atendimento ^a	Ano	Prevalências			p
		Todos	Q1	Q5	
Pagaram pelo atendimento	2003	96,0 (n = 2.072)	95,3 (n = 103)	96,9 (n = 920)	0,403
	2008	96,4 (n = 3.771)	92,6 (n = 244)	98,1 (n = 1.512)	<0,001
Atendidas pelo SUS	2003	86,7 (n = 1.243)	85,3 (n = 347)	85,7 (n = 52)	0,366
	2008	87,3 (n = 1.986)	86,9 (n = 621)	87,6 (n = 106)	0,543
Todos	2003	92,6 (n = 4.268)	88,0 (n = 528)	96,1 (n = 1.371)	<0,001
	2008	93,6 (n = 7.131)	89,1 (n = 957)	97,2 (n = 2.194)	<0,001

^a As categorias não são mutuamente exclusivas ou complementares

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

e envolvem aspectos socioeconômicos e do setor saúde. A renda média da população e as taxas de emprego aumentaram no período estudado,^e o que pode ter influenciado o aumento pela procura ao serviço odontológico pelo sistema privado e/ou de convênios. Por outro lado, o aumento na oferta de serviços odontológicos públicos na atenção primária (Estratégia Saúde da Família – ESF)^f e na atenção secundária (Centros de Especialidades Odontológicas)^f pode ter contribuído para o aumento de pessoas atendidas. O crescimento de consultas em serviço privado e por planos de saúde reforçam a hipótese de que o aumento da renda possa ter favorecido a procura por serviços odontológicos e ter impactado mais do que o aumento da rede pública na busca por serviços de saúde.

Apesar da diminuição, a desigualdade no acesso e uso de serviço odontológico no Brasil é expressiva comparada a padrões internacionais de regiões desenvolvidas, como em Hong Kong, onde a renda familiar apresenta efeito direto sobre a utilização de serviço odontológico.⁹ As proporções de pessoas que nunca foram ao dentista segundo renda são mais desiguais entre os mais jovens, o que agrava a situação, considerando que os principais agravos bucais, como a cárie dentária, iniciam-se precocemente, atingindo a dentição decidua. Desigualdades socioeconômicas no acesso e na utilização de serviço odontológico foram observadas em outros estudos brasileiros. Um deles analisou dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2009 e características individuais (baixa escolaridade) e diferenças regionais (baixo índices de desenvolvimento econômico) foram associadas ao menor acesso aos serviços odontológicos.¹⁴ Desigualdades sociais na utilização recente de serviços odontológicos foram observadas na população adulta e idosa coberta pela ESF num município do sul do País. Baixa escolaridade e ausência de domicílio próprio foram considerados os principais fatores predisponentes.² Disparidades na utilização de serviços odontológicos gratuitos por crianças na Inglaterra são notórias considerando diferentes níveis de escolaridade e características étnicas.¹⁰ O mesmo é observado na população idosa do país, sobretudo o menor uso regular de serviços odontológicos entre os que vivem em bairros mais empobrecidos.⁸

No presente estudo, o uso recente de serviço odontológico foi maior entre escolares (sete a 19 anos) mais pobres ou mais ricos, assim como a menor desigualdade dentre os quintis de renda. A oferta de serviços de saúde pelo SUS, embora tenha aumentado, é provavelmente

maior para jovens, reproduzindo o modelo histórico de organização dos serviços públicos odontológicos no Brasil, que priorizou a população em idade escolar.¹² O atendimento odontológico pelo SUS aumentou entre 2003 e 2008 nos dois segmentos de renda analisados (Q1 e Q5), mas se manteve menor do que o atendimento de saúde geral. O ligeiro aumento na utilização de serviços odontológicos do SUS entre os mais ricos pode sugerir aumento na oferta, melhora na qualidade dos serviços e acesso a tratamentos especializados oferecidos na rede pública. Essa hipótese é reforçada pelos altos índices de aprovação dos serviços odontológicos utilizados pelo SUS, sem diferenças significativas por renda. Por outro lado, a cobertura de serviços odontológicos do SUS é baixa comparada à médica e apresenta ampla variação entre as regiões do País (maior nas regiões mais pobres).¹⁴ O último levantamento nacional de saúde bucal (Pesquisa SBBrasil 2010) aponta que a região Norte apresenta maior proporção de indivíduos que nunca foram ao dentista, maior intervalo de tempo desde a última consulta e maior proporção de consultas motivadas pela dor do que no Sul e Sudeste.⁸ Analisar a utilização de serviços odontológicos é fundamental para avaliar o efetivo alcance da universalização do acesso à saúde, princípio do SUS. A inclusão do tema saúde bucal em inquéritos com a magnitude da PNAD referenda a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral dos indivíduos. Pesquisas com a magnitude da PNAD apresentam a vantagem de investigar uma amostra grande que, em nível de agregação nacional, produz estimativas com alto nível de precisão. Por outro lado, estudos com dados secundários podem apresentar limitações, como a restrição da análise às informações disponíveis e formuladas por outros que não os pesquisadores usuários dessas informações. Nossos resultados podem contribuir na avaliação das políticas públicas que buscam reduzir as desigualdades em saúde.

Os resultados do presente estudo indicam avanço considerável na redução das desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil de 1998 a 2008. Entretanto, as desigualdades entre os grupos sociais ainda é grande e podem ser consideradas ética e politicamente inaceitáveis, uma vez que revelam desvantagens de acesso e de utilização dos serviços odontológicos entre os mais pobres. Sugere-se a investigação continuada dos aspectos relacionados às desigualdades no uso de serviços odontológicos no Brasil como forma de denúncia das persistentes desigualdades sociais e subsídios para a adoção de políticas que visem a sua redução.

^e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. SIS 2009: em dez anos, cai de 32,4% para 22,6% o percentual de famílias vivendo com até meio salário mínimo per capita Brasília; 2009 [citado 2009 set 03]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1476&id_pagina=1

^f Ministério da Saúde (BR). Portal da Saúde. Brasília; [citado 2010 jun 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=406

⁸ Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010. Resultados Principais. [citado 2012 jan 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf

REFERÊNCIAS

1. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(5):1063-72. DOI:10.1590/S0102-311X2009000500013
2. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(1):150-62. DOI:10.1590/S1415-790X2010000100014
3. Barros AJD, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cienc Saude Coletiva*. 2002;7(4):709-17. DOI:10.1590/S1413-81232002000400008
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):2005-8. DOI:10.1590/S0102-311X2006000900033
5. Camargo MJB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):1894-1906. DOI:10.1590/S0102-311X2009000900004
6. Deaton A. The analysis of household surveys: a microeconomic approach to development policy. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1997.
7. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6. DOI:10.1590/S0034-89102005000600010
8. Lang IA, Gibbs SJ, Steel N, Melzer D. Neighborhood deprivation and dental service use: a cross-sectional analysis of older people in England. *J Public Health(Oxf)*. 2008;30(4):472-8.
9. Lu HX, Wong MCM, Lo ECM, McGrath C. Trends in oral health from childhood to early adulthood: a life course approach. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(4):352-60.
10. Maserejian NN, Trachtenberg F, Link C, Tavares M. Underutilization of dental care when it is freely available: a prospective study of the New England Children's Amalgam Trial. *J Public Health Dent*. 68(3):39-45.
11. Narvai PC. Odontologia em saúde bucal coletiva. 2. ed. São Paulo: Santos; 2002.
12. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385-93. DOI:10.1590/S1020-49892006000600004
13. Peres MA, Antunes JLF, Peres KG. Is water fluoridation effective in reducing inequalities in dental caries distribution in developing countries? Recent findings from Brazil. *Soz Praventivmed*. 2006;51(5):302-10.
14. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do VIGITEL 2009. *Cad Saude Publica*. 2012;28. No prelo.
15. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviço odontológico entre os estados do Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):999-1010. DOI:10.1590/S1413-81232006000400021
16. Robert SA, Lee KY. Explaining race differences in health among older adults: the contribution of community socioeconomic context. *Res Aging*. 2002;24(6):654-83. DOI:10.1177/016402702237186
17. Sanders AE, Turrel G, Slade GD. Affluent neighborhoods reduce excess risk of tooth loss among the poor 2008. *J Dent Res*. 87(10):969-73.
18. Sondell K, Söderfeldt B, Hugoson A. Dental care utilization in a Swedish county in 1993 and 2003. *Swed Dent J*. 2010;34(4):217-28.
19. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: a review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med*. 2006;62(7):1768-84.
20. World Health Organization. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of health (CSDH). Geneva; 2008.

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – N° processo: 409630/2006-3).

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.