

Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato

Bambuí Project: an evaluation of private, public and unionized dental services

Divane Leite Matos^a, Maria Fernanda Lima-Costa^a, Henrique L Guerra^a e Wagner Marcenes^b

^aNúcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, MG, Brasil. ^bDepartment of Epidemiology and Public Health, Royal Free and University College Medical School, London, UK

Descritores

Serviços de saúde bucal. Avaliação de serviços. Assistência odontológica. Satisfação do paciente. Setor público. Setor privado. Fatores socioeconômicos. Iniquidade na saúde. Saúde bucal.

Resumo

Objetivo

Partindo do princípio de que um dos objetivos dos serviços odontológicos públicos é reduzir os efeitos das desigualdades sociais sobre a saúde bucal, investigou-se se essas desigualdades estão presentes entre usuários dos serviços odontológicos públicos, privados e de sindicato.

Métodos

A população estudada foi constituída por uma amostra representativa de adultos residentes na cidade de Bambuí, MG. Os participantes foram entrevistados por meio de um questionário estruturado.

Resultados

Entre os 1.664 moradores amostrados, 1.382 (83,1%) participaram do inquérito de saúde bucal. Destes, 656 preenchem os critérios de inclusão (idade ≥ 18 anos, presença de pelo menos um dente natural e visita ao dentista pelo menos uma vez na vida) e participaram do trabalho. Os usuários dos serviços privados estavam mais satisfeitos com a aparência dos dentes ($OR_{aj} = 3,03$; $IC95\% = 1,70-5,39$) e com a mastigação ($OR_{aj} = 2,27$; $IC95\% = 1,17-4,40$) do que os usuários de serviços públicos. Aqueles também percebiam menos necessidade atual de tratamento odontológico ($OR_{aj} = 0,39$; $IC95\% = 0,18-0,86$) e receberam com mais frequência tratamento restaurador ($OR_{aj} = 9,57$; $IC95\% = 4,72-19,43$) ou preventivo ($OR_{aj} = 5,57$; $IC95\% = 2,31-13,40$) na última visita ao dentista. Aqueles que usaram os serviços do sindicato também receberam mais tratamentos restauradores ($OR_{aj} = 8,51$; $IC95\% = 2,80-25,92$) e preventivos ($OR_{aj} = 11,42$; $IC95\% = 3,49-37,43$) na última visita ao dentista do que os usuários de serviços públicos. Nenhuma diferença foi encontrada em relação à satisfação com a aparência dos dentes, à capacidade de mastigação e à percepção de necessidade de tratamento odontológico.

Conclusão

Os serviços públicos odontológicos, com base no estudo da comunidade local, aparentemente não têm conseguido reduzir as desigualdades sociais com referência à saúde bucal.

Keywords

Dental health services. Services evaluation. Dental care. Patient satisfaction. Public sector.

Abstract

Objective

Since one of the goals of dental services is to reduce the effects of social inequality on

Correspondência para/Correspondence to:

Divane Leite Matos
Centro de Pesquisas René Rachou (Fiocruz),
Laboratório de Epidemiologia e Antropologia
Médica

Av. Augusto de Lima, 1715 Barro Preto
30190-002 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: divane@cpqrr.fiocruz.br

Estudo baseado em dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

Pesquisa subvencionada pela Financiadora de Estudos e Projetos (Finep – Processo nº 66940009-00) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo nº 520337/96-4).

Recebido em 24/1/2001. Reapresentado em 20/11/2001. Aprovado em 8/1/2002.

Private sector. Socioeconomic factors. Health inequity. Oral health.

dental health, it was assessed whether there are inequalities among those seeking dental care from private, public and unionized services.

Methods

The study population consisted of adults aged 18 years or more living in the city of Bambuí, Brazil. Participants were interviewed using a structured questionnaire. Data analysis was carried out using Pearson's chi-square test, odds ratio and 95% confidence intervals (Woolf's method).

Results

There were included 656 subjects who met the study's inclusion criteria. Adjusted results using multiple logistic regression showed that those using private services were more likely to be satisfied with their teeth's looks (OR=3.03; 95%CI=1.70-5.39) and chewing ability (OR=2.27; 95%CI=1.17-4.40) compared to those using public services. Also, they were less likely to perceive their need for dental treatment (OR=0.39; 95%CI=0.18-0.86) and were more likely to have had restorative (OR=9.57; 95%CI=4.72-19.43) and/or preventive (OR=5.57; 95%CI=2.31-13.40) treatment in their last visit to the dentist's. Those using unionized services were more likely to have had restorative (OR=8.51; 95%CI=2.80-25.92) and/or preventive treatment (OR=11.42; 95%CI=3.49-37.43) in their last visit to the dentist's when compared to those using public services. However, there were no differences regarding satisfaction with their teeth's looks, chewing ability, and perceived treatment needs.

Conclusion

Public dental care services have not been able to reduce social inequalities related to oral health care.

INTRODUÇÃO

A distribuição mundial de renda mostra um crescimento intenso das desigualdades sociais no mundo, com o coeficiente de Gini aumentando de 0,63, em 1988, para 0,66, em 1993 (um valor igual a zero representa igualdade total, e um valor igual a 1, desigualdade total). Na Suécia, no Reino Unido e nos Estados Unidos, o coeficiente de Gini cresceu mais de 16% entre 1980 e 1990.² Nos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, as desigualdades são mais acentuadas, verificando-se os maiores coeficientes de Gini para o Brasil e o Paraguai (0,59 para ambos os países) e um menor coeficiente para o Uruguai (0,43).² Estudo sobre desigualdades sociais realizado na década de 90 em 15 países da América Latina¹⁴ mostrou que o Brasil está entre os que apresentam crescente desigualdade. Em 1992, o Brasil apresentava um coeficiente de Gini igual a 0,57, e, em 1996, esse coeficiente foi igual a 0,59. Esse índice coloca o Brasil entre os países com maiores desigualdades no mundo, superado apenas pela Nicarágua (0,60).¹⁴

As desigualdades sociais caracterizadas pelo empobrecimento de muitos em benefício de poucos e associadas ao processo de exclusão social têm grande impacto sobre a saúde das populações. Qualquer que seja o indicador de posição socioeconômica usado – renda, classe social, escolaridade ou ocupação –, o resultado será que países com nível socioeconômico mais baixo apresentarão mais problemas de saúde.¹⁰

Além do efeito das desigualdades socioeconômicas observadas na saúde geral (mortalidade, incapacidade, morbidade e/ou utilização de serviços de saúde),¹⁰ existem fortes evidências de que esse fenômeno se estende à saúde bucal.¹⁶ Apesar de pouco estudadas nos países em desenvolvimento, as influências da situação socioeconômica na saúde bucal têm sido descritas como semelhantes às relatadas nos países desenvolvidos.⁷ Patussi et al,¹² em um estudo realizado em Brasília, mostraram que comunidades caracterizadas por grande desigualdade social apresentam mais problemas de saúde bucal que aquelas nas quais a desigualdade é menor, independentemente da riqueza da comunidade como um todo.

Apesar de os coeficientes indicarem diminuição do nível das doenças bucais na população como um todo, as desigualdades sociais na saúde bucal estão se ampliando.⁹ Conforme ocorre, indivíduos com baixa renda possuem mais problemas de saúde bucal e usam menos os serviços odontológicos quando comparados a indivíduos com maior renda, resultando em uma relação desproporcional de doenças bucais não tratadas e tipo de tratamento recebido. Estudo recente¹¹ desenvolvido na cidade de Bambuí, MG, verificou que maior escolaridade e maior renda estavam positivamente associadas à visita regular ao dentista (visita no último ano e por motivo de revisão), independentemente do efeito do sexo e da faixa etária. Em outro estudo realizado na África do Sul, observou-se que a condição socioeconômica era determinante mais forte para o

tipo de tratamento odontológico recebido do que a necessidade clínica.⁷

Assumindo-se que um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é reduzir os efeitos das desigualdades sociais em relação à saúde bucal, investiu-se, no presente trabalho, se as desigualdades na saúde bucal estão presentes entre usuários dos serviços odontológicos públicos, privados e de sindicatos com referência a: satisfação com a aparência dos dentes; satisfação com a capacidade de mastigação; percepção da necessidade atual de tratamento dentário; presença de dor de dente no último mês antes da visita ao dentista; e tipo de tratamento recebido na última visita ao dentista (extração dentária, restaurador ou preventivo).

MÉTODOS

Área estudada

O presente trabalho é parte do Projeto Bambuí, que é um estudo epidemiológico de base populacional desenvolvido na cidade de Bambuí, em Minas Gerais. O presente trabalho é parte do inquérito de saúde da população com idade igual ou superior a cinco anos.⁸

Bambuí possui população de 21.143 habitantes e situa-se a cerca de 260 km de Belo Horizonte (na cidade de Bambuí concentram-se 70% dos moradores do município, ou seja, cerca de 15.000 habitantes).⁶ A cidade possui uma policlínica municipal para atendimento ambulatorial e um hospital geral. Quanto à atenção odontológica, possui três tipos de serviços: público, privado e de sindicato. Há forte predominância do setor privado (18 cirurgiões-dentistas) e tímida intervenção do setor público e do sindicato. O atendimento odontológico público é financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e conta com uma equipe formada por cinco cirurgiões-dentistas e um auxiliar de consultório dentário. O atendimento odontológico do sindicato é mantido pelos produtores rurais da cidade, compreendendo um consultório odontológico e um cirurgião-dentista.

O coeficiente dentista/população do município é de 1/1.175, pouco acima da média no Brasil (1/1.007) e muito próxima ao mínimo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (1/1.200 habitantes).⁴

População estudada

Foi realizado um censo da cidade de Bambuí entre outubro e novembro de 1994 para a identificação da população de base do inquérito de saúde.

Uma amostra probabilística simples, sem reposição, de 1.664 moradores com idade igual ou superior a cinco anos foi selecionada para participar do inquérito. Mais detalhes sobre a metodologia para obtenção da amostra podem ser encontrados em Lima-Costa et al.⁸

Entre os 1.664 indivíduos selecionados para participar do inquérito de saúde de Bambuí, 1.382 (83,1%) participaram do inquérito sobre saúde bucal (os participantes eram semelhantes à população amostrada em relação ao sexo e à faixa etária).¹¹ Dentre os 1.382 participantes do inquérito, foram selecionados 656 pessoas que preenchiam os seguintes critérios: idade igual ou superior a 18 anos, presença de pelo menos um dente natural e visita ao dentista pelo menos uma vez na vida. Esse número permitiu detectar um *odds ratio* igual ou superior a 1,50, com intervalo de confiança em nível de 95%, sendo a prevalência da característica igual a 0,30 e a razão entre os grupos de 3:1 (casos e referências).⁵

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 1996 e janeiro de 1997. As informações foram obtidas por meio de entrevista realizada no domicílio do participante. Seis entrevistadores foram selecionados entre os residentes na cidade de Bambuí que possuíam no mínimo 11 anos completos de escolaridade. O treinamento dos entrevistadores foi feito por um dos autores (DLM). Foi utilizado um questionário estruturado e pré-codificado, e a entrevista durou em média 20 minutos. O questionário foi pré-testado em um estudo-piloto com a finalidade de detectar os possíveis problemas e adequar o instrumento à realidade local.

Variáveis do estudo

Foram consideradas variáveis dependentes: satisfação com a aparência dos dentes; satisfação com a capacidade de mastigação; percepção da necessidade atual de tratamento dentário; presença de dor de dente no último mês antes da visita ao dentista; e tipo de tratamento recebido na última visita ao dentista –cirúrgico (extração dentária), restaurador ou preventivo.

Como variáveis explicativas foram consideradas: tipo de serviço odontológico utilizado na última visita ao dentista (público, sindicato, privado); sexo (masculino, feminino); faixa etária (18 a 38 anos, 39 a 59 anos e ≥ 60 anos); escolaridade (≤ 3 anos, 4 a 7 anos e ≥ 8 anos); renda familiar (<2,00, 2,00-3,99 e $\geq 4,00$ salários-mínimos da época).

Análise dos dados

A análise dos dados foi baseada no teste do qui-quadrado de Pearson e no cálculo dos *odds ratios* e seus intervalos de confiança (método de Woolf) em nível de 0,95.¹ A regressão logística múltipla foi utilizada para examinar o efeito independente das variáveis explicativas para cada variável dependente.³ Sexo, faixa etária, renda familiar e escolaridade foram considerados, *a priori*, variáveis de confusão. Foram construídos dois modelos logísticos: no primeiro, a variável escolaridade foi incluída, mas não a renda familiar; no segundo, a renda familiar foi incluída, mas não a escolaridade. Optou-se por mostrar o modelo que incluía escolaridade, uma vez que essa variável mostrou-se mais fortemente associada a todas as variáveis dependentes no presente estudo. A associação entre as variáveis dependentes e a renda familiar persistiu mesmo após ajustamento por variáveis de confusão. Os dados foram analisados utilizando-se o *software Stata*.¹³

RESULTADOS

A idade média dos participantes foi de 35 anos (variação = 18-89 anos), com distribuição semelhante em ambos os sexos (48,0% e 52,0% de homens e mulheres, respectivamente). Cerca da metade dos participantes (49,5%) possuía renda familiar igual ou maior a 4,00 salários-mínimos da época (segundo semestre de 1996) e oito ou mais anos de escolaridade (45,6%). Entre os participantes, 87,3% foram atendidos pelos serviços odontológicos privados; 8,9%, pelo serviço público; e 3,8%, pelo serviço odontológico do sindicato dos produtores rurais.

Na Tabela 1, está apresentada a distribuição da satisfação com a aparência dos dentes, segundo o tipo de

serviço utilizado na última visita ao dentista. Na análise univariada, tipo de serviço utilizado, sexo e escolaridade apresentaram associações estatisticamente significativas como satisfação com a aparência dos dentes. Após ajustamento por variáveis de confusão, somente o uso de serviço odontológico privado (OR ajustado = 3,03; IC95%=1,70-5,39) e ser do sexo feminino (OR ajustado = 0,63; IC95%=0,44-0,90) persistiram significativamente associados à satisfação com a aparência dos dentes.

A satisfação com a capacidade de mastigação apresentou associações estatisticamente significantes, na análise univariada, com o tipo de serviço odontológico utilizado na última visita ao dentista, com a faixa etária e com a escolaridade. Após ajustamento por variáveis de confusão, a satisfação com a mastigação permaneceu significativamente associada à utilização de serviço odontológico privado (OR ajustado = 2,27; IC95%=1,17-4,40) e à faixa etária de 60 ou mais anos (OR ajustado = 0,38; IC95%=0,17-0,83). Não houve diferença estatisticamente significativa na satisfação com a aparência dos dentes entre os usuários do serviço público e do sindicato (Tabela 2).

Na Tabela 3, está apresentada a distribuição do relato de necessidade atual de tratamento dentário, segundo o tipo de serviço odontológico utilizado. Na análise univariada, a percepção de necessidade atual de tratamento odontológico foi significativamente associada ao tipo de serviço utilizado e à escolaridade. Após ajustamento por variáveis de confusão, verificou-se que a percepção da necessidade atual de tratamento foi relatada com menos frequência entre os usuários de serviços privados em comparação aos usuários de serviços públicos (OR ajustado = 0,39; IC95%=0,18-0,86); essa associação foi independen-

Tabela 1 - Satisfação com a aparência dos dentes, segundo o tipo de serviço utilizado na última visita ao dentista, o sexo, a faixa etária e a escolaridade (Bambuú, 1996-97). N=652

Variáveis	Satisfação com a aparência dos dentes		OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
	Satisfeito (N=475) %	Insatisfeito (N=181) %		
Tipo de serviço utilizado				
Público	5,7	17,1	1,00	1,00
Sindicato	3,6	4,4	2,44 (0,91-6,54)	2,33 (0,85-6,36)
Privado	90,1	4,4	3,49 (2,01-6,04)	3,03 (1,70-5,39)
Sem informação	0,6	0,6	—	—
Sexo				
Masculino	50,7	40,9	1,00	1,00
Feminino	49,3	59,1	0,67 (0,47-0,95)	0,63 (0,44-0,90)
Faixa etária (em anos)				
18-38	66,7	60,2	1,00	1,00
39-59	27,0	33,7	0,72 (0,50-1,05)	0,79 (0,53-1,17)
≥60	6,3	6,1	0,94 (0,45-1,93)	0,92 (0,43-1,98)
Escolaridade (em anos)				
≤3	14,1	18,2	1,00	1,00
4-7	36,2	47,0	0,99 (0,61-1,63)	0,79 (0,46-1,34)
≥8	49,7	34,8	1,85 (1,12-3,04)	1,39 (0,79-2,43)

OR^{bruto} (IC95%) = *Odds ratio* bruto e intervalo de confiança em nível de 95%.

OR^{ajustado} (IC95%) = *Odds ratio* e intervalo de confiança em nível de 95% ajustados por regressão logística múltipla por todas as variáveis listadas.

te de sexo, faixa etária e anos de escolaridade. A menor percepção de necessidade atual de tratamento odontológico foi também negativa e independentemente associada à faixa etária de 60 ou mais anos (OR ajustado = 0,43; IC95%=0,21-0,86) e à escolaridade igual ou superior a oito anos (OR ajustado = 0,35; IC95%= 0,19-0,64). Novamente, a diferença entre os serviços públicos e do sindicato não alcançou significância estatística.

O relato de presença atual de dor de dentes não diferiu significativamente entre usuários dos serviços odontológicos público, do sindicato ou privados (p=0,087). A presença de dor de dentes também não esteve significativamente associada a sexo (p=0,075), faixa etária (p=0,663) ou escolaridade (p=0,082).

Os usuários de serviços do sindicato (OR ajustado = 0,19; IC95%=0,06-0,58) e de serviços privados (OR ajustado = 0,07; IC95%=0,03-0,16) submeteram-se

com menos frequência a extrações dentárias. Os usuários do serviço do sindicato e dos serviços privados receberam com mais frequência tratamento restaurador (OR ajustado = 8,51; IC95%=2,80-25,92 e OR ajustado = 9,57; IC95%=4,72-19,43, respectivamente) e preventivo (OR ajustado = 11,42; IC95%=3,49-37,43 e OR ajustado = 5,57; IC95%=2,31-13,40, respectivamente) em comparação a usuários dos serviços públicos. Essas associações permaneceram estatisticamente significantes mesmo após ajustamento por sexo, faixa etária e anos de escolaridade (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A saúde bucal é uma medida de avaliação dos serviços odontológicos. O Departamento de Saúde do Reino Unido define saúde bucal como “um padrão de saúde que permite ao indivíduo comer, falar e socializar-se sem doença ativa, desconforto ou embaraço e que contribui para o seu bem-estar geral”.¹⁵ Des-

Tabela 2 - Satisfação com a capacidade de mastigação, segundo o tipo de serviço utilizado na última visita ao dentista, o sexo, a faixa etária e a escolaridade (BambuÍ, 1996-97). N=652

Variáveis	Satisfação com a mastigação		OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
	Satisfeito (N=562) %	Insatisfeito (N=94) %		
Tipo de serviço utilizado				
Público	7,5	17,0	1,00	1,00
Sindicato	3,6	5,3	0,52 (0,49-7,75)	1,21 (0,38-3,84)
Privado	88,4	76,6	2,63 (1,41-4,92)	2,27 (1,17-4,40)
Sem informação	0,5	1,1	—	—
Sexo				
Masculino	47,9	48,9	1,00	1,00
Feminino	52,1	51,1	1,04 (0,67-1,62)	0,97 (0,62-1,53)
Faixa etária (em anos)				
18-38	66,9	53,2	1,00	1,00
39-59	27,8	35,1	0,63 (0,39-1,01)	0,72 (0,44-1,20)
≥60	5,3	11,7	0,36 (0,17-0,77)	0,38 (0,17-0,83)
Escolaridade (em anos)				
≤3	13,7	24,5	1,00	1,00
4-7	38,8	41,5	1,67 (0,94-2,97)	1,26 (0,68-2,34)
≥8	47,5	34,0	2,49 (1,38-4,51)	1,63 (0,84-3,16)

OR^{bruto} (IC95%) = Odds ratio bruto e intervalo de confiança em nível de 95%.

OR^{ajustado} (IC95%) = Odds ratio e intervalo de confiança em nível de 95% ajustados por regressão logística múltipla por todas as variáveis listadas.

Tabela 3 - Percepção da necessidade atual de tratamento dentário, segundo o tipo de serviço utilizado na última visita ao dentista, o sexo, a faixa etária e a escolaridade (BambuÍ, 1996-97). N=630

Variáveis	Necessidade de tratamento dentário		OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
	Sim (N=422) %	Não (N=212) %		
Tipo de serviço utilizado				
Público	11,8	3,8	1,00	1,00
Sindicato	3,8	2,8	0,43 (0,13-1,41)	0,45 (0,13-1,52)
Privado	83,9	93,5	0,29 (0,13-0,62)	0,39 (0,18-0,86)
Sem informação	0,5	0,9	—	—
Sexo				
Masculino	47,2	50,0	1,00	1,00
Feminino	52,8	50,0	1,12 (0,81-1,56)	1,18 (0,84-1,67)
Faixa etária (em anos)				
18-38	66,1	63,2	1,00	1,00
39-59	28,9	27,8	0,99 (0,68-1,44)	0,79 (0,53-1,18)
≥60	5,0	9,0	0,53 (0,28-1,02)	0,43 (0,21-0,86)
Escolaridade (em anos)				
≤3	17,8	9,4	1,00	1,00
4-7	42,4	34,0	0,66 (0,38-1,17)	0,63 (0,34-1,14)
≥8	39,8	56,6	0,37 (0,22-0,64)	0,35 (0,19-0,64)

OR^{bruto} (IC 95%) = Odds ratio bruto e intervalo de confiança em nível de 95%.

OR^{ajustado} (IC 95%) = Odds ratio e intervalo de confiança em nível de 95% ajustados por regressão logística múltipla por todas as variáveis listadas.

sa forma, a avaliação de serviços de saúde bucal deve incluir a satisfação com a aparência dos dentes, satisfação com a capacidade de mastigação, percepção da necessidade de tratamento dentário, presença de dor de dente e tipo de tratamento recebido.

Os resultados do presente trabalho mostraram que aqueles que utilizaram os serviços privados estavam mais satisfeitos com a aparência dos dentes, com a capacidade de mastigação e relataram perceber menor necessidade de tratamento dentário em comparação aos usuários do serviço público. Os usuários do serviço do sindicato também relataram maior satisfação com a aparência dos dentes, maior satisfação com a capacidade de mastigação e menor necessidade de tratamento dentário que os usuários do serviço público. Entretanto, as diferenças entre os usuários dos sindicatos e dos serviços públicos odontológicos não foram estatisticamente significantes. Isto pode estar relacionado ao pequeno número de usuários do serviço do sindicato, que levou a intervalos de confiança muito amplos dos *odds ratios*.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os três tipos de serviços estudados com referência à presença de dor de dente. Observou-se também que as pessoas que utilizaram os serviços privados ou do sindicato, em comparação àquelas que utilizaram o serviço público, tinham mais chance de receber tratamento restaurador ou preventivo, enquanto os que utilizaram os serviços públicos tinham mais chance de receber tratamento cirúrgico (extração dentária). Esses achados foram independentes de sexo, faixa etária, escolaridade ou nível socioeconômico dos participantes e confirmam estudos semelhantes realizados em países desenvolvidos.^{9,16} Esses achados também explicam as diferenças relatadas pelos usuários dos serviços público e privado sobre a satisfação com a aparên-

cia dos dentes e com a capacidade de mastigação, mostrando uma forte coerência dos resultados.

Escolaridade (≥ 8 anos), um forte indicador de nível socioeconômico, apresentou associação independente com a percepção de menor necessidade atual de tratamento dentário e com a ausência de dor de dente. Porém, o nível de escolaridade não esteve associado à satisfação com a aparência dos dentes ou com a capacidade de mastigação. Esses achados foram independentes do tipo de serviço utilizado e confirmaram observações anteriores, mostrando que a condição socioeconômica tem um forte impacto sobre a percepção da necessidade atual de tratamento dentário.¹⁶ Observou-se também que pessoas com maior escolaridade tinham mais chance de receber tratamento restaurador ou preventivo, quando comparadas às pessoas de menor nível de escolaridade, cujas chances de receber extrações dentárias foram maiores.^{7,9,16}

Os indivíduos idosos (≥ 60 anos) queixaram-se com mais freqüência de sua capacidade de mastigação, mas não se queixaram da aparência dos dentes. Esses resultados eram esperados porque, com o aumento da idade, ocorre um aumento da perda dentária, principalmente de dentes posteriores, responsáveis pela trituração dos alimentos, prejudicando a capacidade de mastigação. A demanda para substituição de dente perdido está relacionada à sua posição, sendo a substituição de dentes anteriores mais valorizada devido à estética. Portanto, apesar de os idosos terem se queixado com mais freqüência da capacidade de mastigação, a percepção da necessidade de tratamento foi significativamente menos freqüente entre os participantes mais velhos.

Em resumo, os resultados deste trabalho mostram

Tabela 4 - Distribuição do tipo de tratamento recebido, segundo o tipo de serviço odontológico utilizado na última visita ao dentista (Bambu, 1996-97). N=652

Tratamento	Tipo de serviço odontológico utilizado		
	Público N=58 (%)	Sindicato N=25 (%)	Privado N=569 (%)
Cirúrgico (extração dentária)			
Não	9 (15,5)	14 (56,0)	427 (75,0)
Sim	49 (84,5)	11 (44,0)	142 (25,0)
OR bruto (IC95%)	1,00	0,14 (0,05-0,42)	0,06 (0,03-0,13)
OR ajustado (IC95%)	1,00	0,19 (0,06-0,58)	0,07 (0,03-0,16)
Restaurador			
Não	47 (81,0)	7 (28,0)	165 (29,0)
Sim	11 (19,0)	18 (72,0)	404 (71,0)
OR bruto (IC95%)	1,00	10,99 (3,69-32,75)	10,46 (5,29-20,67)
OR ajustado (IC95%)	1,00	8,51 (2,80-25,92)	9,57 (4,72-19,43)
Preventivo			
Não	52 (89,7)	10 (40,0)	304 (53,4)
Sim	6 (10,3)	15 (60,0)	265 (46,6)
OR bruto (IC95%)	1,00	13,00 (4,06-41,63)	7,56 (3,19-17,87)
OR ajustado (IC95%)	1,00	11,42 (3,49-37,43)	5,57 (2,31-13,40)

OR bruto (IC95%) = *Odds ratio* bruto e intervalo de confiança em nível de 95%.

OR ajustado (IC95%) = *Odds ratio* e intervalo de confiança em nível de 95% ajustados por regressão logística múltipla por todas as variáveis listadas.

a existência de importantes diferenças em relação à saúde bucal e ao tipo de tratamento recebido entre os usuários dos diferentes tipos de serviços odontológicos. De maneira geral, os usuários de serviços públicos estavam em grande desvantagem em relação aos atendidos nos serviços privados e ligeiramente em desvantagem em relação aos usuários do

serviço do sindicato. Esse achado é preocupante, uma vez que um dos objetivos dos serviços públicos odontológicos é a redução das desigualdades, propiciando melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde para os indivíduos com menor nível socioeconômico, que são mais vulneráveis às doenças bucais.

REFERÊNCIAS

1. Armitage P, Berry G. *Statistical methods in medical research*. 2 ed. London: Blackwell Scientific Publications; 1988.
2. Banco Mundial PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Relatório do Desenvolvimento Humano 2000*. Lisboa: Trinova; 2000.
3. Breslow NE, Day NE. *Statistical methods in cancer research: the analysis of cohort studies*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1987. (IARC - Scientific Publications, 82).
4. Correia IC. Odontologia: um mercado cada vez mais difícil. *Jornal APCD* 2000;35(520):26-7.
5. Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH et al. *Epi Info, version 6.0: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
6. Fundação IBGE. *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro; 1992.
7. Kieser JA, Groeneveld HT. Inequalities in the pattern of dental delivery in South Africa. *J Dent Assoc S Afr* 1995;50:327-31.
8. Lima-Costa MFF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JAO, Vidigal PG, Barreto SM. Methodological approach for a population based cohort study of the elderly in Brazil and preliminary results: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Rev Saúde Pública* 2000;34:126-35.
9. Locker D, Ford J. Using Area-based measures of socioeconomic status in dental health service research. *J Public Health Dent* 1996;56:69-75.
10. Marmot M, Feeney A. *General explanations for social inequalities in health*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1997. p. 207-28. (IARC Scientific Publications, 138).
11. Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marceles W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular dos serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001;17:661-8.
12. Patussi MP, Marceles W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med* 2001;53:915-25.
13. Stata Corporation. *Stata Statistical Software: Release 6.0*. College Stations, Texas: Stata Corporation; 1997.
14. Székely M, Hilgert M. *The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality*. Inter-American Development Bank, Research Department. Washington (DC); 1999. (Working Paper, 410).
15. United Kingdom. Department of Health. *An oral health strategy for England*. London; 1994.
16. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *Br Dent J* 1999;187:6-12.