

Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019

Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: an analysis of the 2019 National Health Survey

Maria Laura Braccini Fagundes^I , Lucelen Fontoura Bastos^{II} , Orlando Luiz do Amaral Júnior^I , Gabriele Rissotto Menegazzo^I , Amanda Ramos da Cunha^{II} , Caroline Stein^{III} , Lucas Guimarães Abreu^{IV} , Fernando Neves Hugo^V , Jessye Melgarejo do Amaral Giordani^I , Deborah Carvalho Malta^{VI} , Betine Pinto Moehlecke Iser^{VII} 

RESUMO: *Objetivo:* Descrever a prevalência do uso de serviços odontológicos no Brasil segundo as Unidades Federadas, sua relação com variáveis socioeconômicas e tipos de serviços, com base na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. *Métodos:* Trata-se de um estudo transversal de base populacional com dados da PNS 2019, que incluiu 88.531 participantes de 18 anos ou mais. Foram analisadas variáveis referentes ao uso de serviços de saúde bucal, segundo características sociodemográficas e comportamentais, por meio de análise multivariada, utilizando modelo regressão de Poisson com variância robusta. *Resultados:* A utilização de serviços odontológicos no ano anterior à entrevista foi maior entre os adultos (53,2%, intervalo de confiança — IC95% 52,5–53,9) do que entre os idosos (34,3%, IC95% 33,2–34,4). Na análise multivariada, o uso de serviços odontológicos foi maior em pessoas com maior nível educacional (razão de prevalência — RP=2,02, IC95% 1,87–2,18) e maior renda (RP=1,54, IC95% 1,45–1,64). Os estados das regiões Sudeste, Centro-Oeste e Sul apresentaram as maiores porcentagens de indivíduos que consultaram um dentista no último ano, entre 49,0 e 57,6% da população. *Conclusão:* Desigualdades no uso dos serviços de saúde bucal foram observadas na população adulta e idosa, com diferenças entre as regiões do país; foi identificado maior uso entre mulheres, indivíduos mais jovens, escolarizados e de maior renda, entre a população com melhores comportamentos relacionados à sua saúde, melhor percepção do seu estado de saúde, e aqueles que pagaram pelo último atendimento odontológico. *Palavras-chave:* Inquéritos epidemiológicos. Serviços de saúde bucal. Assistência à saúde. Assistência odontológica. Equidade em saúde.

^IPrograma de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria (RS), Brasil.

^{II}Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{III}Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{IV}Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^VDepartamento de Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

^{VI}Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte (MG), Brasil.

^{VII}Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina – Tubarão (SC), Brasil.

Autor correspondente: Betine Pinto Moehlecke Iser. Avenida José Acácio Moreira, 787, Dehon, CEP: 88704-900, Tubarão (SC), Brasil. E-mail: betinee@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Secretaria de Vigilância em Saúde (TED 66/2018).

ABSTRACT: *Objective:* To describe the prevalence of use of dental services in Brazil according to states and the Federal District and its relationship with socioeconomic variables and types of services, based on the 2019 National Health Survey. *Methods:* This is a cross-sectional population-based study using data from the 2019 National Health Survey, which included 88,531 participants aged 18 or older. We assessed variables related to the use of dental health services according to sociodemographic and behavioral characteristics through multivariate analysis, using a Poisson regression model with robust variance. *Results:* The use of dental services in the year prior to the interview was higher among adults (53.2%, confidence interval — 95%CI 52.5–53.9) than older adults (34.3%, 95%CI 33.2–34.4). The multivariate analysis revealed that the use of dental services was greater in people with better schooling (prevalence ratio — PR=2.02, 95%CI 1.87–2.18) and higher income (PR=1.54, 95%CI 1.45–1.64). States from the Southeast, Midwest, and South regions presented the highest percentages of individuals who visited a dentist in the previous year — between 49.0 and 57.6% of the population. *Conclusion:* Inequalities were found in the use of dental health services among the adult and older adult population, with regional differences; the use was higher among women, younger individuals, those with better schooling, higher income, healthier behaviors, better self-perceived oral health status, and who paid for their last dental treatment.

Keywords: Health surveys. Dental health services. Delivery of health care. Dental care. Health equity.

INTRODUÇÃO

A oferta de acesso à saúde bucal representa um desafio para os sistemas de saúde. Esse desafio é uma consequência das elevadas prevalência e incidência de doenças bucais¹, da quantidade e da distribuição da força de trabalho em Odontologia, de recursos financeiros disponíveis e da baixa prioridade da saúde bucal nas políticas públicas de saúde. O debate sobre acesso no Brasil é relevante, pois, apesar de garantido por lei, ainda persiste um acesso seletivo, focalizado e excludente nos serviços públicos de saúde²⁻⁴.

Como resposta ao baixo acesso aos serviços de saúde bucal, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, que resultou em um avanço expressivo da cobertura da saúde bucal na atenção primária à saúde no Brasil⁵. Além disso, a fluoretação da água de abastecimento⁶, o avanço da atenção primária por meio do Programa Saúde da Família e a implantação dos serviços especializados por meio dos centros de especialidades odontológicas⁷ são parte das estratégias para reduzir as desigualdades sociais em saúde bucal^{8,9}.

Paralelamente, deve-se avaliar em que medida as ações da Política Nacional de Saúde Bucal têm resultado na redução das desigualdades de uso e acesso aos serviços de saúde bucal entre os diferentes grupos sociais². Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 revelaram que cerca de 15,9% da população brasileira nunca havia consultado um dentista. Em 1998, a proporção foi de 18,7%, o que representou uma redução modesta no período de cinco anos avaliado. Ainda de acordo com a PNAD 2003, fortes desigualdades regionais no uso de serviços odontológicos existiam, com proporções expressivamente maiores de pessoas que nunca haviam visitado o dentista nas regiões Norte e

Nordeste do Brasil¹⁰. Uma comparação com dados de 2008 da PNAD indicou aumento da utilização dos serviços odontológicos em todas as idades entre 1998 e 2008, especialmente entre os mais pobres (primeiro quintil de renda), indicando diminuição gradual das desigualdades de acesso¹¹.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 revelou também aumento no acesso a serviços de saúde bucal desde a PNAD de 1998, ainda que as disparidades socioeconômicas tenham persistido. No inquérito de 2013, 74,3% daqueles que relataram ter procurado um dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa utilizaram serviços privados¹².

Diferentes estudos indicam que o acesso e a utilização de serviços de saúde no Brasil refletem desigualdades entre grupos sociais distintos¹³⁻¹⁵. As desigualdades no uso de serviços odontológicos têm sido associadas a determinantes como sexo e idade, mas também às variáveis que refletem as iniquidades, tais como renda, escolaridade, posse de plano de saúde e região do país^{10,12}. Além disso, a universalização dos benefícios das políticas públicas e o direcionamento dos recursos aos grupos com maiores necessidades ainda são escassos. Isso provoca uma situação de equidade inversa, em que famílias de baixa renda e grupos marginalizados possuem dificuldade de acesso aos serviços, enquanto grupos com melhores condições socioeconômicas se privilegiam com a maior intensidade das vantagens de políticas públicas¹⁶⁻¹⁸.

Dessa forma, é importante analisar se estão ocorrendo mudanças no padrão de uso de serviços odontológicos no país. Essa análise é particularmente relevante pelas transformações ocorridas nos últimos anos no Brasil, com medidas de austeridade fiscal¹⁹ e na Política Nacional de Saúde Bucal após 2015, quando foi identificado um cenário restritivo pela menor implementação de novos serviços públicos de saúde bucal e expressiva redução de indicadores importantes, como a primeira consulta odontológica programática²⁰. Em contraste, foi observada uma explosão do mercado privado de planos odontológicos, que passou de 2,6 milhões de usuários em 2.000 para 24,3 milhões de pessoas em 2018, configurando um aumento de cerca de dez vezes²¹. Considerando esse cenário, o objetivo deste estudo foi descrever a prevalência do uso de serviços odontológicos no Brasil, com avaliação da distribuição entre as 27 Unidades Federadas (UF) e sua relação com variáveis socioeconômicas e tipos de serviço, na PNS de 2019.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, que utilizou dados da PNS de 2019, inquérito domiciliar com representatividade nacional. Foi empregada uma amostragem por conglomerado em três estágios, na qual: as unidades primárias de amostragem (UPA) foram os setores censitários ou conjunto de setores; as unidades de segundo estágio foram os domicílios particulares, selecionados por amostragem aleatória simples; e, como unidades de terceiro estágio, foram selecionados os moradores com 15 anos ou mais de idade. As entrevistas foram realizadas entre agosto de 2019 e março de 2020, com a utilização de dispositivos móveis de coleta.

A edição 2019 da PNS teve entrevista realizada em 94.114 domicílios, nos quais indivíduos de 15 anos ou mais foram selecionados aleatoriamente e responderam ao questionário individual. Mais detalhes sobre a metodologia podem ser vistos em publicações específicas²². Neste estudo foram incluídos os dados referentes aos adultos com 18 anos ou mais (n=88.531).

O questionário foi dividido em três seções:

- a) questionário domiciliar;
- b) questionário para todos os moradores do domicílio, respondido por um morador de 18 anos ou mais;
- c) questionário individual, respondido por um morador de 15 anos ou mais, selecionado mediante sorteio.

A edição de 2019 da PNS incluiu 26 módulos específicos. O módulo U, correspondente à saúde bucal, contempla 19 questões específicas. Neste estudo, foram consideradas também questões dos módulos C – Características gerais dos moradores; I – Cobertura de planos de saúde; J – Utilização de serviços de saúde; e P – Estilos de Vida, referentes aos adultos com 18 anos e mais, e foram selecionados apenas os que responderam ao questionário individual.

O desfecho de interesse deste estudo foi a utilização de serviços odontológicos no último ano, avaliado pela questão: “Quando consultou um dentista pela última vez?”. As respostas foram categorizadas conforme o uso do serviço odontológico no ano anterior à entrevista ou não (até um ano atrás; mais de um ano até dois anos atrás; mais de dois anos até três anos atrás; mais de três anos atrás; nunca foi ao dentista). Para a análise descritiva, foram considerados também o tipo de serviço odontológico usado, se houve desembolso direto para pagamento da consulta odontológica e a posse de plano odontológico. As perguntas base para a construção dos indicadores empregados estão descritas no Quadro 1 (Material suplementar).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise de dados, foram adotados pesos amostrais para as unidades primárias de amostragem, para os domicílios e para o morador selecionado, segundo amostragem complexa da pesquisa²². As análises foram realizadas por meio do *software* Stata, versão 14.0 (College Station, TX), empregando o módulo *survey*.

A análise descritiva apresentou a prevalência geral das características da amostra e do uso de serviço odontológico no último ano, da última consulta em serviço público, da realização de desembolso direto pela última consulta, e da posse de plano de saúde odontológico, de acordo com as variáveis de exposição. Os dados descritivos são apresentados para a amostra geral de indivíduos com 18 anos ou mais e também estratificados por idade (18–59 e ≥60).

Para a avaliação da distribuição entre as 27 UF foram elaborados mapas, nos quais a prevalência dos desfechos por UF foi apresentada em quartis. A base cartográfica foi realizada utilizando *shapefiles* disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística²³.

Posteriormente, foi efetuada uma análise multivariada com o uso do modelo regressão de Poisson e variância robusta para estimar as RP brutas e ajustadas, seus respectivos IC de 95% (IC95%) e nível de significância de 5%, utilizando a variável uso de serviço odontológico no último ano como desfecho.

A seleção de covariáveis foi baseada no modelo comportamental de Andersen²⁴, que busca identificar os determinantes do uso de serviços de saúde. De acordo com esse modelo, fatores predisponentes, facilitadores e comportamentos de saúde, bem como as necessidades percebidas e normativas, atuam como determinantes do uso de serviços de saúde. Inicialmente, foram selecionadas variáveis predisponentes ao uso de serviços, incluindo as características demográficas (sexo e idade), socioeconômicas (educação e cor da pele) e comportamentos de saúde (tabagismo e uso de escova de dentes); seguidas pelas variáveis possibilitadoras, caracterizadas como fatores financeiros e organizacionais que permitem a utilização de serviços (zona e renda familiar *per capita*); e, por fim, pelas variáveis relacionadas com a necessidade de cuidados em saúde, que são divididas em necessidades percebidas (autopercepção de saúde bucal) e normativas (perda dentária)²⁴.

Em relação aos fatores predisponentes, a variável sexo foi categorizada em masculino ou feminino; a idade em adultos entre 18 e 59 ou idosos com 60 anos ou mais; a escolaridade em sem instrução, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto ou ensino superior completo; a cor da pele em branco, preto, pardo, amarelo ou indígena. Como variáveis comportamentais de saúde foram incluídos: tabagismo, categorizado em sim (sim, diariamente; sim, menos que diariamente) ou não; e uso de escova dentária, categorizado em sim ou não.

Quanto aos fatores facilitadores, a zona foi categorizada em urbana ou rural; e a renda familiar *per capita* foi categorizada em até ¼ salário mínimo, mais de ¼ até ½ salário mínimo, mais de ½ até um salário mínimo, mais de um até dois salários mínimos, mais de dois até três salários mínimos, mais de três até cinco salários mínimos ou mais de cinco salários mínimos.

Para os fatores de necessidade, categorizou-se a perda dentária autorrelatada, considerando-se o número total de dentes perdidos, em não perdeu nenhum dente, perda de um a nove dentes, de dez a 19 ou 20 ou mais dentes; e a autopercepção de saúde bucal, categorizada em boa (muito boa ou boa) ou ruim (regular, ruim ou muito ruim).

Os dados da PNS encontram-se disponíveis para acesso e utilização pública na página oficial do IBGE (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude.html>). A realização da PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (3.529.376). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtido no momento da entrevista.

RESULTADOS

A amostra final deste estudo foi constituída de 88.531 participantes com 18 anos ou mais que responderam a questões referentes à assistência odontológica no ano anterior à entrevista. Para as questões específicas a taxa de perda foi de 16,2%, abaixo do máximo planejado

para isso (27,0%). A Tabela 1 apresenta as características da amostra e as prevalências do uso de serviço odontológico. Foram 78,4% entre 18 e 59 anos, 43,8% pardos e 86,2% residentes em zona urbana (86,2%). Utilizaram serviço odontológico no último ano 48,2%, entre os quais 24,4% usaram serviços públicos e 60,1% pagaram pela consulta. Mulheres e brancos utilizaram mais os serviços odontológicos. Pagaram com maior frequência pela consulta odontológica indivíduos de cor branca e amarela. Em relação às características

Tabela 1. Características da amostra, prevalência de uso de serviço odontológico no ano anterior à entrevista, última consulta odontológica em serviço público, pagamento direto pela última consulta odontológica e posse de plano de saúde odontológico de acordo com as variáveis de exposição. Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. n=88,531.

Variáveis	%*	Uso de serviço odontológico no ano anterior à entrevista (IC95%)	Última consulta odontológica em serviço público (IC95%)	Pagamento direto pela última consulta odontológica (IC95%)	Posse de plano de saúde odontológico (IC95%)
Prevalência total	100	48,2 (47,6–48,8)	24,4 (23,5–25,2)	60,1 (59,1–61,0)	12,9 (12,4–13,3)
Sexo					
Masculino	46,8	44,1 (43,2–45,0)	22,9 (21,7–24,1)	61,0 (59,7–62,4)	12,9 (12,3–13,6)
Feminino	53,2	51,7 (50,9–52,5)	25,5 (24,4–26,5)	59,3 (58,1–60,5)	12,8 (12,3–13,4)
Idade (anos)					
18–59	78,4	53,2 (52,5–53,9)	25,1 (24,2–26,1)	58,8 (57,8–59,8)	14,7 (14,1–15,3)
≥60	21,6	34,3 (33,2–34,4)	20,1 (18,6–21,7)	66,9 (65,0–68,8)	07,9 (07,3–08,5)
Educação formal					
Sem instrução	6,1	16,2 (18,0–20,6)	53,9 (49,9–57,9)	40,0 (36,2–44,0)	01,7 (01,3–02,2)
Ensino fundamental incompleto	28,7	33,3 (32,4–43,2)	41,8 (40,0–43,6)	51,0 (49,1–52,9)	04,4 (04,0–04,8)
Ensino fundamental completo	7,8	46,5 (44,7–48,4)	31,0 (28,0–34,1)	58,3 (55,1–61,5)	08,3 (07,3–09,3)
Ensino médio incompleto	6,7	48,7 (46,5–50,8)	33,7 (30,6–36,9)	54,9 (51,5–58,3)	09,1 (07,7–10,8)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	%*	Uso de serviço odontológico no ano anterior à entrevista (IC95%)	Última consulta odontológica em serviço público (IC95%)	Pagamento direto pela última consulta odontológica (IC95%)	Posse de plano de saúde odontológico (IC95%)
Ensino médio completo	29,8	55,3 (54,3–56,4)	22,2 (20,9–23,5)	62,0 (60,4–63,5)	15,7 (14,9–16,5)
Ensino superior incompleto	5,1	64,4 (61,9–66,9)	13,4 (11,5–15,7)	63,0 (59,7–66,3)	24,8 (22,6–27,2)
Ensino superior completo	15,8	71,8 (70,6–73,0)	07,5 (06,4–08,7)	68,5 (66,8–70,2)	28,8 (27,5–30,2)
Cor da pele					
Indígena	0,5	40,6 (34,1–47,4)	42,7 (32,6–53,3)	44,1 (34,7–54,0)	09,3 (06,1–14,0)
Pardo	43,8	44,2 (43,3–45,0)	30,6 (29,2–31,9)	55,1 (53,8–56,5)	10,9 (10,3–11,5)
Amarelo	0,9	51,0 (45,1–56,9)	13,3 (07,5–22,4)	68,3 (59,1–76,3)	10,9 (07,9–14,7)
Preto	11,5	43,3 (41,8–44,9)	30,3 (28,0–32,7)	54,9 (52,4–57,4)	11,8 (10,8–12,9)
Branco	43,3	53,3 (52,3–54,3)	17,9 (16,8–19,0)	65,3 (64,0–66,6)	15,2 (14,5–15,9)
Tabagismo					
Sim	12,6	38,8 (37,2–40,4)	32,1 (29,5–34,9)	55,0 (52,3–57,8)	08,6 (07,8–09,5)
Não	87,4	49,6 (49,0–50,2)	23,5 (22,7–24,3)	60,6 (59,6–61,6)	13,5 (13,0–14,0)
Uso de escova de dentes					
Não	01,4	15,8 (14,0–19,1)	54,8 (41,7–67,3)	40,8 (28,4–54,4)	03,1 (02,0–04,8)
Sim	98,6	48,7 (48,0–49,3)	24,2 (23,4–25,1)	60,2 (59,2–61,1)	13,0 (12,6–13,5)
Zona					
Rural	13,8	35,8 (34,6–37,1)	48,6 (46,5–50,8)	46,9 (44,7–49,1)	03,1 (02,6–03,6)
Urbana	86,2	50,2 (49,5–50,8)	21,5 (20,6–22,4)	61,6 (60,6–62,6)	14,5 (13,9–15,0)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	%*	Uso de serviço odontológico no ano anterior à entrevista (IC95%)	Última consulta odontológica em serviço público (IC95%)	Pagamento direto pela última consulta odontológica (IC95%)	Posse de plano de saúde odontológico (IC95%)
Renda familiar <i>per capita</i>					
Até ¼ SM	7,7	35,8 (34,2–37,4)	62,6 (59,6–65,5)	33,1 (30,3–36,1)	01,7 (01,3–02,3)
Mais de ¼ até ½ SM	14,3	39,2 (37,8–40,5)	47,9 (45,5–50,2)	43,7 (41,3–46,1)	04,0 (03,5–04,6)
Mais de ½ até 1 SM	29,1	40,5 (39,5–41,6)	32,4 (30,6–34,2)	56,4 (54,6–58,2)	07,4 (06,8–08,0)
Mais de 1 até 2 SM	28,2	48,8 (47,7–49,9)	17,7 (16,3–19,3)	65,1 (63,3–66,9)	14,5 (13,8–15,3)
Mais de 2 até 3 SM	9,1	59,9 (58,0–61,8)	09,8 (08,2–11,6)	69,7 (67,1–72,1)	21,8 (20,3–23,4)
Mais de 3 até 5 SM	6,4	66,5 (64,5–68,5)	06,6 (05,1–08,5)	69,6 (66,7–72,2)	27,1 (25,3–29,0)
Mais de 5 SM	5,2	73,5 (71,6–75,2)	02,7 (02,1–03,6)	71,6 (68,9–74,2)	31,4 (29,4–33,4)
Perda dentária					
20 ou mais	13,0	19,7 (18,6–20,9)	34,0 (30,8–37,4)	58,9 (55,3–62,4)	04,1 (03,6–04,7)
10–19	7,9	40,6 (39,0–42,2)	33,7 (30,8–36,8)	56,6 (53,4–59,8)	07,6 (06,7–08,7)
1–9	50,9	55,1 (54,33–55,9)	24,2 (23,2–25,2)	60,6 (59,4–61,7)	14,0 (13,4–14,6)
Nenhum	28,2	54,6 (53,4–55,7)	20,9 (19,4–22,5)	60,1 (58,3–61,8)	18,1 (17,1–19,1)
Autopercepção de saúde bucal					
Ruim	30,3	39,2 (38,2–40,2)	34,0 (32,5–35,6)	53,8 (52,2–55,5)	08,7 (08,2–09,3)
Boa	69,7	52,1 (51,4–52,9)	21,2 (20,2–22,1)	62,1 (61,0–63,2)	14,7 (14,2–15,3)

*Considerando o peso amostral; IC95%: intervalo de confiança a 95%; SM: salário mínimo.

socioeconômicas, 29,8% dos indivíduos da amostra possuíam ensino médio completo e a maioria (51,1%) possuía renda familiar *per capita* de até um salário mínimo (Tabela 1).

A posse de plano odontológico foi maior entre indivíduos de cor branca (15,2%, IC95% 14,5–15,9), zona urbana (14,5%, IC95% 13,9–15,0), com maior escolaridade e renda. A maioria declarou não fumar e usar escova de dentes. Tinham perdido menos de 10 dentes 50,9, e 69,7% consideravam sua saúde bucal boa; esses indivíduos também tiveram mais consultas odontológicas, usaram menos o serviço público e foram menos propensos a ter plano odontológico (Tabela 1).

As prevalências brutas de atendimento odontológico foram mais elevadas entre adultos (53,2%) que idosos (34,3%), assim como a posse de plano odontológico. A utilização de serviço odontológico público foi maior em quem relatou maior número de dentes perdidos e considerava sua saúde bucal ruim, independentemente da idade, mas com menores prevalências na população idosa. As prevalências de desembolso direto pelo serviço odontológico foram maiores na população idosa (Tabelas Suplementares 1 e 2).

Após ajuste das estimativas, mulheres apresentaram prevalência 18% maior (RP=1,18; IC95% 1,15–1,20) de procura por serviço odontológico no último ano. As prevalências de uso de serviço foram maiores em pessoas com maior nível educacional e renda, sem diferenças segundo a cor da pele (Tabela 2). Indivíduos não fumantes apresentaram prevalência maior (RP=1,10; IC95% 1,06–1,14) de utilização de serviço odontológico no último ano em relação aos fumantes (Tabela Suplementar 3). Os indivíduos que relataram usar escova

Tabela 2. Modelos de regressão de Poisson da associação entre o uso de serviço odontológico no ano anterior à entrevista e as variáveis de exposição, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. n=88,531.

Variáveis	Bruta RP (IC95%)*	Ajustada RP (IC95%)†
Sexo (ref: masculino)		
Feminino	1,17 (1,14–1,20)	1,18 (1,15–1,20)
Idade (ref: 18–59 anos)		
≥60	0,64 (0,62–0,66)	0,84 (0,82–0,87)
Educação (ref: sem instrução)		
Ensino fundamental incompleto	1,72 (1,60–1,86)	1,39 (1,29–1,49)
Ensino fundamental completo	2,41 (2,23–2,61)	1,67 (1,55–1,81)
Ensino médio incompleto	2,52 (2,33–2,73)	1,73 (1,59–1,88)
Ensino médio completo	2,87 (2,67–3,07)	1,82 (1,69–1,96)
Ensino superior incompleto	3,34 (3,09–3,61)	1,97 (1,81–2,13)
Ensino superior completo	3,72 (3,47–3,99)	2,02 (1,87–2,18)

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Variáveis	Bruta RP (IC95%)*	Ajustada RP (IC95%)†
Cor da pele (ref: indígena)		
Pardo	1,08 (0,92–1,28)	1,04 (0,90–1,21)
Amarelo	1,25 (1,02–1,53)	1,04 (0,87–1,26)
Preto	1,06 (0,90–1,26)	1,02 (0,87–1,19)
Branco	1,31 (1,11–1,55)	1,09 (0,94–1,27)
Zona (ref: rural)		
Urbana	1,39 (1,34–1,45)	1,02 (0,99–1,06)
Renda familiar <i>per capita</i> (ref: até ¼ SM)		
Mais de ¼ até ½ SM	1,09 (1,03–1,15)	1,07 (1,01–1,13)
Mais de ½ até 1 SM	1,13 (1,07–1,19)	1,16 (1,10–1,22)
Mais de 1 até 2 SM	1,36 (1,29–1,43)	1,28 (1,21–1,34)
Mais de 2 até 3 SM	1,67 (1,58–1,76)	1,44 (1,35–1,52)
Mais de 3 até 5 SM	1,85 (1,75–1,95)	1,49 (1,41–1,58)
Mais de 5 SM	2,05 (1,94–2,15)	1,54 (1,45–1,64)

*Considerando o peso amostral; †Ajustado por fatores comportamentais e de saúde bucal. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança a 95%; SM: salário mínimo.

de dentes apresentaram prevalência maior (RP=1,34; IC95% 1,12–1,61) de visitas ao dentista quando comparados àqueles que não usavam. Quando comparados a quem perdeu 20 ou mais dentes, aqueles que perderam de 10 a 19 dentes apresentaram prevalência 85% maior (RP=1,85; IC95% 1,73–1,99) e, com perda de um a nove dentes, duas vezes maior (RP=2,03; IC95% 1,91–2,17), de utilizar o serviço odontológico. Indivíduos com autopercepção de saúde bucal boa usaram mais o serviço odontológico no último ano (RP=1,15; IC95% 1,16–1,19) (Tabela Suplementar 3).

A análise da distribuição dos desfechos por UF indicou notórias diferenças regionais. Os estados das regiões Sudeste, Centro-Oeste e, principalmente, Sul, apresentaram as maiores frequências de consulta com dentista no último ano, entre 49,0 e 57,6% da população. Amapá, Pará e Rondônia (região Norte) e Maranhão, Piauí e Ceará (região Nordeste) tiveram, no máximo, 41,3% da população recebendo esse tipo de assistência. O uso de serviços públicos foi mais elevado (maior que 30%) nas regiões Norte e Nordeste, e, no Sudeste, entre 10,1 e 22,2%. Maiores porcentagens de pagamento de consultas odontológicas e de cobertura por plano odontológico privado concentraram-se no Centro-Oeste, Sudeste e Sul, enquanto em estados do Norte e Nordeste essa cobertura foi menor que 8% da população (Figura 1).

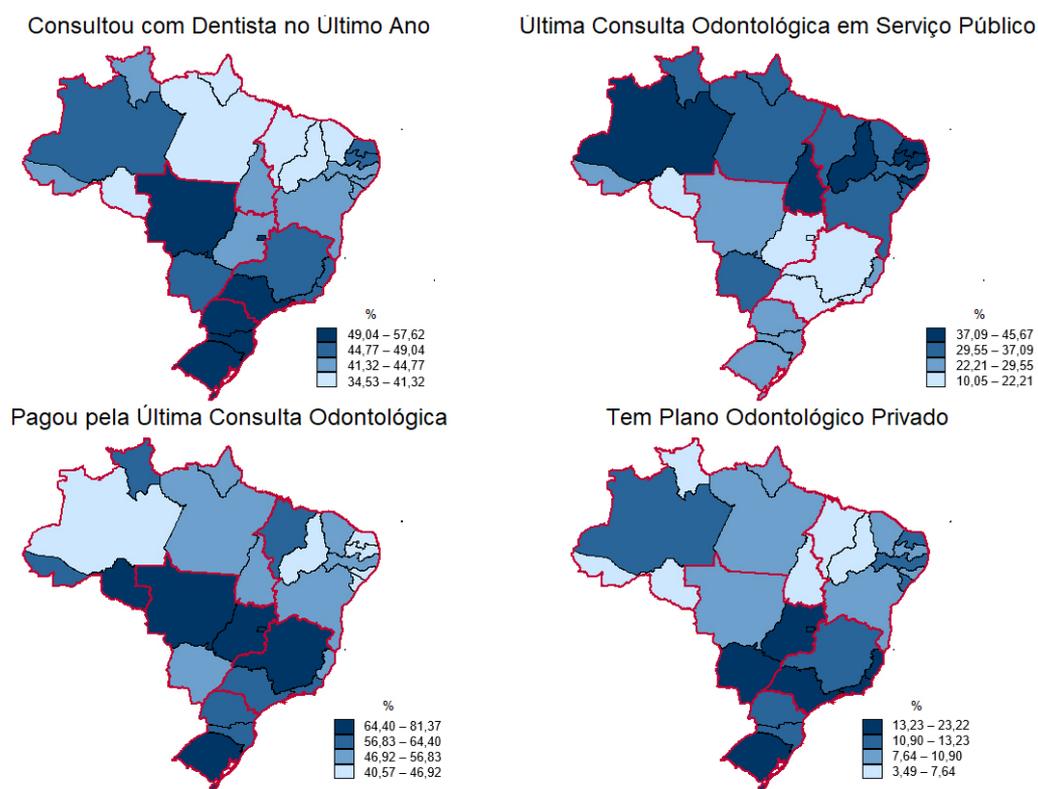


Figura 1. Prevalência de uso de serviço odontológico no ano anterior à entrevista, última consulta odontológica em serviço público, pagamento direto pela última consulta odontológica e posse de plano de saúde odontológico segundo Macrorregiões e Unidades Federadas do Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. n=88.531.

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta a prevalência e as características relacionadas ao uso de serviços de saúde bucal no Brasil, nas diferentes UF/regiões, segundo dados mais recentes da PNS de 2019. Houve um nítido gradiente social nas prevalências de atendimento odontológico no ano anterior à entrevista e de pagamento por essa consulta, que aumentaram de acordo com a elevação dos estratos socioeconômicos, enquanto o atendimento em serviços públicos diminuiu em relação inversa à posse de planos odontológicos.

A utilização de serviços odontológicos no ano anterior à entrevista foi de 53,2% em adultos e de 34,3% nos idosos, valores levemente superiores aos encontrados em estudo que utilizou dados da PNS de 2013, no qual a prevalência de consulta odontológica nos 12 meses anteriores foi de 47,7% em adultos e de 29,4% em idosos. Com relação à renda, a prevalência

de adultos que pagaram as consultas odontológicas ou que possuíam plano odontológico aumentou conforme a elevação dos estratos socioeconômicos, mesma relação encontrada nos resultados da pesquisa de 2013²⁵.

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, é um direito fundamental garantido a todo cidadão brasileiro²⁶. Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, em 2004, houve expansão do acesso aos serviços odontológicos e o fortalecimento das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família²⁷. Apesar desse avanço, um estudo recente identificou tendência crescente no financiamento dos serviços públicos de saúde bucal no Brasil entre os anos de 2003 e 2010 e estabilidade no período entre 2011 e 2018²¹. Em contraste à crise financeira pública, o estudo evidencia que a cobertura de planos exclusivamente odontológicos apresentou grande aumento entre 2000 e 2018. A diminuição de repasse financeiro aos serviços públicos de saúde bucal teve impacto sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, levando à diminuição de indicadores de saúde bucal, tais como o número de primeiras consultas odontológicas^{20,21}. Nesse sentido, a desigualdade social mantém-se também na saúde bucal, perpetuando um modelo excludente e reprodutor de desigualdades em nosso país.

Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares do IBGE em 2008 e 2009, o perfil de brasileiros que possuíam planos de saúde exclusivamente odontológicos era de maior renda e maior escolaridade. Entre as diferenças regionais, São Paulo foi o estado que apresentou maiores gastos, e estados da região Norte, tais como Amazonas e Tocantins, apresentaram menor desembolso²⁸. Já com relação à utilização dos serviços na PNS de 2013, diferenças nas proporções de consultas com dentista nos últimos 12 meses foram observadas conforme as regiões do Brasil, e a região Sul apresentou maior proporção (51,9%) quando comparada à região Norte (34,4%). Resultados semelhantes foram verificados neste estudo, com dados de 2019, o que indica que as iniquidades em saúde no país pouco se alteraram nesse período. O maior uso de serviços de saúde bucal nas regiões mais desenvolvidas do país coincide com o maior percentual de desembolso próprio para a consulta nessas regiões, o que mostra que a assistência em saúde bucal no país é ainda dependente do pagamento privado e sugere, portanto, os limites do Sistema Único de Saúde (SUS) em reduzir as desigualdades sociais em saúde, especialmente no que se refere ao acesso.

Cabe destacar que a percepção de necessidade de tratamento também pode influenciar na procura por serviços de saúde. A avaliação do acesso e do uso dos serviços de saúde odontológicos nas capitais do Brasil, por meio de dados do Inquérito Telefônico Vigitel de 2009, revelou que 45% dos entrevistados relataram necessidade de tratamento e 15% deles não conseguiram atendimento, com maior proporção de necessidade e de não atendimento nas capitais do Norte e Nordeste. Esses resultados poderiam ser atribuídos à menor atividade profissional nessas regiões, à alta demanda por tratamento e à maior parcela da população dependente do SUS, refletindo a estrutura e a organização da assistência odontológica no Brasil, com menor disponibilidade de serviços públicos

odontológicos em determinadas regiões²⁹, o que sugere a necessidade de expansão desses serviços nesses locais.

Nesse mesmo estudo²⁹, as menores proporções de necessidade de tratamento foram relatadas entre a população idosa e de menor escolaridade. Tal fato poderia explicar, pelo menos em parte, o menor acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal, pois a perda dentária ainda pode ser entendida como um resultado natural do processo de envelhecimento³⁰, o que desmotiva o indivíduo para a procura por serviços.

Com relação aos gastos em saúde, os idosos são também os que mais tiveram de pagar pelo atendimento, possivelmente pelo tipo de tratamento realizado que, em muitos casos, envolve reabilitação bucal e procedimentos que não são cobertos pelo SUS. Uma outra pesquisa, que avaliou gastos privados com assistência odontológica e produtos de higiene bucal dos brasileiros e utilizou dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008–2009, encontrou gasto *per capita* maior com assistência em odontologia em domicílios cuja renda é maior, nos quais os chefes de família possuem 60 anos ou mais e são mais escolarizados²⁸. Destaca-se a importância do SUS no atendimento às populações com menor escolaridade e renda, visando reduzir as iniquidades em saúde⁸.

As limitações do presente estudo são referentes aos dados coletados pela PNS 2019. Foram excluídas da pesquisa populações em situação de rua e em asilos, grupos possivelmente com baixo ou nenhum acesso a serviços de saúde bucal, o que pode indicar um cenário de ainda maior vulnerabilidade do que o apresentado neste estudo, especialmente entre populações idosas. Os dados para abrangências geográficas menores que os municípios das capitais não foram estimados e a entrevista foi realizada somente com um morador do domicílio. Além disso, por ser um estudo transversal, inferências causais não puderam ser realizadas.

De toda forma, destaca-se que o trabalho, feito com dados provenientes da PNS, permitiu retratar um panorama do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil, no qual iniquidades em saúde foram observadas na população adulta e idosa, bem como conforme os estados e regiões do país. As estimativas mostram que aproximadamente metade da população adulta brasileira relatou uso de algum serviço odontológico no ano anterior à entrevista, com maior acesso entre mulheres, indivíduos mais jovens, escolarizados e de maior renda. As iniquidades também se revelam pela identificação do maior uso de serviços entre a população com melhores hábitos de saúde e melhor percepção do seu estado de saúde, bem como entre aqueles que podem pagar pelo atendimento. Isso indica que o SUS ainda precisa avançar na promoção do acesso à consulta odontológica, especialmente em grupos populacionais e regiões mais vulneráveis.

Analisar e monitorar indicadores de acesso e utilização dos serviços de saúde por meio de pesquisas de base populacional é fundamental para a elaboração de políticas públicas efetivas, contribuindo para a construção e o aprimoramento do SUS. Os resultados deste estudo reforçam a importância de se analisarem as informações coletadas nos inquéritos de saúde populacionais, orientando políticas ou ações de modo a promover maior equidade no acesso à saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

- Hugo FN, Bailey JA, Stein C, Cunha AR, Iser BPM, Malta DC, et al. Prevalence, incidence, and years-lived with disability due to oral disorders in Brazil: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 2021 (in press).
- Barros AJD, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 709-17. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400008>
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(11): 2865-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>
- Stopa SR, Matla DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Saúde Pública* 2017; 51(Supl 1): 3s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da política nacional de saúde bucal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. 2004 [acessado em 14 mai. 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
- Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5(2): 381-92. <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000200011>
- Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev Saúde Pública* 2015; 49: 98. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>
- Pucca Junior GA, Costa JFR, Chagas LD, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res* 2009; 23(Suppl 1): 9-16. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>
- Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(2): 360-5. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>
- Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 999-1010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400021>
- Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(2): 250-8. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200007>
- Pilotto LM, Celeste RK. The relationship between private health plans and use of medical and dental health services in the Brazilian health system. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(7): 2727-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.24112017>
- Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11(4): 975-86. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>
- Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad Saúde Pública*. 1996; 12(Suppl 2): 59-70. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000600007>
- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD/98. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 813-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400015>
- Batista MJ, Rihs LB, Sousa MLR. Risk indicators for tooth loss in adult workers. *Braz Oral Res* 2012; 26(5): 390-6. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242012000500003>
- Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6): 930-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600010>
- Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Rev Panam Salud Pública* 2013; (34): 401-6.
- Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG, et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2018; 23(10): 3115-22. <http://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>
- Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde Debate* 2018; 42(2): 76-91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s206>
- Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE, Chaves SCL, Martelli PJJL. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2019; 24(12): 4427-36. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>

22. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29(5): e2020315. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
23. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Bases cartográficas contínuas [Internet]. 2010 [acessado em 13 de maio 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/downloads-geociencias.html>
24. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *GMS Psychosoc Med* 2012; 9: Doc11. <https://doi.org/10.3205/psm000089>
25. Bastos TF, Medina LPB, Sousa NFS, Lima MG, Malta DC, Barros MBA. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22(Suppl 2): E190015. <http://doi.org/10.1590/1980-549720190015.supl.2>
26. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. 1988 [acessado em 14 mai. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
27. Narvai PC. O caso do 'Brasil sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva* 2020; 14(1): 175-87. <http://doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2622>
28. Cascaes AM, Camargo MJB, Castilhos ED, Silva AER, Barros AJD. Gastos privados com saúde bucal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009. *Cad Saúde Pública* 2017; 32(1): e00148915. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148915>
29. Peres MA, Iser BPM, Peres KG, Malta DC, Antunes JLF. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(suppl): S114-S123. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300012>
30. De Marchi RJ, Leal AF, Padilha DM, Brondani MA. Vulnerability and the psychosocial aspects of tooth loss in old age: a Southern Brazilian study. *J Cross Cult Gerontol* 2012; 27(3): 239-58. <https://doi.org/10.1007/s10823-012-9170-5>

Recebido em: 19/05/2021

Revisado em: 22/06/2021

Aceito em: 25/06/2021

Preprint em: 10/09/2021

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2921>

Contribuições dos autores: Fagundes, M. L. B.: Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Metodologia. Bastos, L. F.: Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Metodologia. Amaral Júnior, O. L.: Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Metodologia. Menegazzo, G. R.: Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Metodologia. Cunha, A. R.: Análise formal, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Metodologia. Stein, C.: Análise formal, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. Abreu, L. G.: Conceituação, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. Hugo, F. N.: Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Validação. Giordani, J. M. A.: Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Validação. Malta, D. C. M.: Administração do projeto, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Obtenção de financiamento, Validação. Iser, B. P. M.: Conceituação, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão, Validação.

