

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

# Uso Dos Serviços De Saúde Bucal No Brasil: Resultados Da Pesquisa Nacional De Saúde, 2019

Igor Matheus de Oliveira Marciano, Ana Daniela Silva da Silveira, Anderson Sales Roberto  
Corrêa

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12192>

Submetido em: 2025-06-14

Postado em: 2025-07-03 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

## **USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2019**

Use of Oral Health Services in Brazil: Results of the National Health Survey, 2019

Uso de servicios de salud bucal en Brasil: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud, 2019

**Igor Matheus de Oliveira Marciano**

Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0009-0004-5302-1136>

**Anderson Roberto de Sales Corrêa**

Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0002-3895-0090>

**Ana Daniela Silva da Silveira**

Universidade federal do Pará, Belém, Pará, Brasil. ORCID:

<https://orcid.org/0000-0001-7314-7693>

### **RESUMO**

Historicamente, no âmbito das políticas públicas, a saúde bucal foi colocada às margens do financiamento e prioridades de atenção, gerando acesso limitado e fragmentado, pautado em ações assistencialistas e focais, por meio de estratégias de campanha. Este estudo teve o objetivo de identificar o uso dos serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses no Brasil. Foi realizado estudo do tipo seccional analítico a partir da base de dados do PNS 2019, utilizando o software STATA 14, relacionando as condições de uso dos serviços odontológicos com variáveis independentes por meio do teste qui-quadrado de pearson, associação por regressão logística no modelo bivariado e multivariado. Com base nos cálculos executados, obteve-se a estimativa de 83.624.648 de usuários que usufruíram de serviços odontológicos nos 12 meses antecedentes à pesquisa. A população jovem apresentou maior uso, com 54,9% (IC95%:53,2-56,7). Usuários com 11 anos ou mais de estudos obtiveram prevalência de 69,7% (IC95%: 68,6-70,9), com associação positiva à medida que o nível de instrução aumenta. A maioria das consultas foram realizadas no âmbito privado (73,9%/IC95%: 72,4-75,4). A região Sul apresentou a melhor prevalência de uso do País. Conclui-se que, apesar dos avanços nas

políticas de saúde bucal no SUS, expansão e implementação da eSB, a população não usufruiu desses serviços da devida maneira.

Palavras-chave: Uso dos serviços de saúde; Saúde bucal; Serviços de saúde bucal.

## **ABSTRACT**

Historically, within the scope of public policies, oral health has been relegated to the margins of funding and attention priorities, resulting in limited and fragmented access, guided by assistance-oriented and focal actions through campaign strategies. This study aimed to identify the use of oral health services in the past 12 months in Brazil. An analytical cross-sectional study was conducted using the 2019 PNS database, employing STATA 14 software to analyze the use of dental services in relation to independent variables through Pearson's chi-square test and logistic regression in bivariate and multivariate models. Based on the calculations performed, an estimated 83,624,648 users utilized dental services in the 12 months preceding the survey. The young population showed the highest usage, with 54.9% (95% CI: 53.2-56.7). Users with 11 or more years of education demonstrated a prevalence of 69.7% (95% CI: 68.6-70.9), with a positive association as the level of education increased. Most consultations were conducted in the private sector (73.9%/95% CI: 72.4-75.4). The Southern region showed the highest prevalence of use in the country. It is concluded that, despite advances in oral health policies within SUS, the expansion and implementation of the eSB, the population does not fully benefit from these services.

Keywords: Use of Health Services; Oral health; Dental health services.

## **RESUMEN**

Históricamente, en el ámbito de las políticas públicas, la salud bucal ha sido relegada en términos de financiamiento y prioridades de atención, lo que ha generado un acceso limitado y fragmentado, basado en acciones asistencialistas y focalizadas a través de estrategias de campaña. Este estudio tuvo como objetivo identificar el uso de los servicios de salud bucal en los últimos 12 meses en Brasil. Se realizó un estudio seccional analítico a partir de la base de datos de la PNS 2019, utilizando el software STATA 14, relacionando las condiciones de uso de los servicios odontológicos con variables independientes mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson, asociación por regresión logística en el modelo bivariado y multivariado. Con base en los cálculos realizados, se obtuvo la estimación de 83.624.648

usuarios que hicieron uso de los servicios odontológicos en los 12 meses previos a la investigación. La población joven presentó un mayor uso, con un 54,9% (IC95%: 53,2-56,7). Los usuarios con 11 años o más de estudios alcanzaron una prevalencia del 69,7% (IC95%: 68,6-70,9), con una asociación positiva a medida que aumenta el nivel de instrucción. La mayoría de las consultas se realizaron en el ámbito privado (73,9%/IC95%: 72,4-75,4). La región Sur presentó la mayor prevalencia de uso del país. Se concluye que, a pesar de los avances en las políticas de salud bucal en el SUS, la expansión e implementación de la eSB, la población no hace uso de estos servicios de manera adecuada.

Palabras-clave: Uso de Servicios de Salud; Salud bucal; Servicios de Salud Bucal.

## INTRODUÇÃO

Durante a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, a saúde bucal foi historicamente colocada à margem das prioridades de atenção e financiamento dos serviços. O acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal manteve-se limitado e difícil por um longo período, fazendo com que as pessoas procurassem atendimento odontológico apenas em casos de dor. Esse cenário, aliado à baixa oferta de unidades prestadoras no Sistema Único de Saúde (SUS), resultava em altas taxas de exodontias, perpetuando a visão odontológica mutiladora e a atuação do cirurgião-dentista restrita a clínicas privadas<sup>1</sup>.

Em 2004, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Brasil Sorridente, com o objetivo de modificar o cenário vigente à época. Articulado com movimentos sociais da classe profissional e representantes da sociedade civil, o programa foi inovador ao instituir e ampliar a rede de serviços em saúde bucal e ao tentar modificar o modelo de atenção, priorizando ações de promoção e prevenção, além da recuperação da saúde bucal em todos os ciclos da vida, com linhas de cuidado específicas<sup>2</sup>.

As principais linhas de ação do Brasil Sorridente incluem a reorganização do acesso à saúde bucal na atenção primária, principalmente por meio da implantação das Equipes de Saúde Bucal (eSB) na Estratégia Saúde da Família (ESF), em diversas modalidades de composição profissional e carga horária semanal, além de Unidades Odontológicas Móveis; a ampliação e qualificação da atenção especializada (Centros de Especialidades Odontológicas); o aumento dos pontos de apoio por meio dos laboratórios regionais de prótese dentária; e a articulação para a fluoretação das águas nas estações de tratamento<sup>1-3</sup>.

Múltiplas medidas vêm sendo constantemente instituídas nas três esferas de gestão, com o objetivo de reduzir as iniquidades perpetuadas durante o longo período de políticas frágeis em saúde bucal coletiva. Todavia, em um contexto mais amplo, o acesso aos serviços de saúde continua sendo um ponto crítico para a eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, pois envolve aspectos que vão além da assistência e da oferta de vagas, sendo considerado um aspecto multidimensional do cuidado em saúde<sup>4,5</sup>.

Recentemente, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi instituída como parte da Lei Orgânica da Saúde, consolidando-se como um instrumento para a produção social da saúde bucal em todos os níveis de atenção no âmbito do SUS, e constituindo-se como um direito de todos os cidadãos brasileiros<sup>5</sup>.

Diante da problemática histórica relacionada à política de acesso aos serviços de saúde bucal, e da tentativa de garantir o direito à saúde do cidadão brasileiro, faz-se necessário investigar os fatores sociodemográficos relacionados ao uso desses serviços no território nacional. Assim, esta pesquisa teve como objetivo estimar o uso dos serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses, identificando os determinantes sociais associados.

## **MÉTODOS**

### **Desenho do estudo**

Este é um estudo do tipo seccional analítico, que utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019.

### **Metodologia da coleta de dados:**

A PNS foi realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo seus dados de acesso público e irrestrito. A pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o parecer nº 3.529.376, e adotou o método de amostragem por conglomerados em três estágios: setores censitários, domicílios e indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos. Na definição do tamanho da amostra, foram considerados indicadores estimados em diferentes níveis de agregação.

A população estudada correspondeu aos moradores de domicílios particulares permanentes no Brasil, excetuando-se aqueles situados em setores censitários especiais, como aglomerados subnormais, bases militares, embarcações, aldeias indígenas, presídios, instituições de longa permanência, hospitais, entre outros. Os Agentes de Coleta, supervisores

e coordenadores, treinados pelo IBGE, foram capacitados para compreender os objetivos da pesquisa em profundidade. As entrevistas foram realizadas com o auxílio de Dispositivos Móveis de Coleta (DMC), previamente programados com os questionários e com as ferramentas de crítica das variáveis.

Durante a visita domiciliar, os Agentes explicaram ao morador responsável os objetivos e procedimentos do estudo, ressaltando a importância da participação. Todos os moradores foram identificados, bem como o informante que respondeu ao questionário domiciliar e o morador sorteado, por meio do sistema do DMC, para responder à entrevista individual.

### **Análise dos dados:**

Neste estudo, foram analisados dados relacionados ao uso dos serviços de saúde, à situação sociodemográfica da população e aos hábitos e condições de saúde bucal. A variável dependente foi o uso dos serviços de saúde bucal, construída a partir da resposta à pergunta: “Quando consultou o dentista pela última vez?”, sendo considerado como uso válido aquele ocorrido no ano anterior à data da entrevista.

As variáveis independentes analisadas incluíram aspectos sociodemográficos, como sexo, faixa etária, cor da pele ou etnia autorreferida, anos de estudo, ocupação, situação censitária, macrorregião brasileira, rendimento domiciliar per capita, índice de massa corporal (IMC), consumo de álcool, prática de atividade física e tabagismo. Também foram consideradas variáveis relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, como cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), frequência de visita de agente comunitário de saúde ou outro membro da ESF, e local da última consulta odontológica. Quanto aos aspectos de saúde bucal, foram observados hábitos de higiene bucal, uso de prótese dentária, percepção da saúde bucal, perdas dentárias e edentulismo total.

A variável sexo seguiu a definição do IBGE, baseada em sexo biológico (masculino e feminino). A variável cor/raça foi agrupada em “brancos” e “não brancos”. A faixa etária foi dividida em jovens (0 a 24 anos), adultos (25 a 59 anos) e idosos (60 anos ou mais). A divisão territorial seguiu a classificação oficial do IBGE para as cinco macrorregiões do país: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

O nível de atividade física foi categorizado em três grupos: nenhuma prática (0 minutos por semana), prática insuficiente (0 a 150 minutos semanais) e prática suficiente

(mais de 150 minutos semanais). O IMC foi classificado como abaixo do peso ( $<18,5$ ), eutrofia (18,5 a  $<25$ ), sobrepeso (25 a  $<30$ ) e obesidade ( $\geq 30$ ), sendo os dados obtidos com balanças eletrônicas e estadiômetros portáteis. Em relação às perdas dentárias, foram considerados três grupos: dentados totais, edêntulos parciais e edêntulos totais. Para o consumo de álcool, seguiu-se a definição do Ministério da Saúde de uso excessivo: mais de cinco doses ao mês para homens e mais de quatro doses para mulheres.

Na análise estatística, foi utilizada regressão logística múltipla. Foram incluídas no modelo as variáveis com relevância estatística, a saber: faixa etária, sexo, escolaridade, ocupação, presença de plano de saúde médico e odontológico, tabagismo, etilismo, atividade física, uso de prótese dentária, cor/raça, macrorregião, situação censitária, frequência de escovação dental e autopercepção da saúde bucal. A análise foi realizada por meio do software STATA, versão 14, com o uso do módulo “survey”, apropriado para dados oriundos de desenhos amostrais complexos. As estimativas de uso dos serviços e seus respectivos intervalos de confiança (IC95%) foram calculados conforme as categorias das variáveis independentes. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar associações entre as variáveis, seguido de regressão logística bivariada com as categorias “Sim” e “Não” para o uso de consulta odontológica. As variáveis com significância estatística foram incluídas no modelo final de regressão logística multivariada, com cálculo do odds ratio ajustado por meio do teste de Wald, a fim de determinar os coeficientes de associação.

## **RESULTADOS**

A amostra analisada neste estudo foi composta por 90.846 pessoas, após a exclusão daqueles com dados incompletos, representando uma população estimada de 168.426.190 indivíduos, distribuídos em 574 estratos. A estimativa da população que relatou ter consultado um cirurgião-dentista no último ano foi de 83.624.648 indivíduos (49,6%; IC95%: 49,0–50,3).

De acordo com a Tabela 1, observou-se que os idosos foram os que menos acessaram os serviços odontológicos nos últimos 12 meses, com um total estimado de 11.978.752 consultas (34,8%; IC95%: 33,6–36,1). Em contrapartida, adultos e jovens apresentaram proporções mais elevadas de utilização desses serviços no mesmo período.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, indivíduos com 8 a 10 anos de estudo apresentaram a maior proporção de uso dos serviços de saúde bucal (54,4%), tanto em termos relativos quanto absolutos. Quanto à ocupação, constatou-se que a população

economicamente ativa, com trabalho formal ou informal, utilizou os serviços odontológicos em 54,3% dos casos, proporção significativamente superior à observada entre aqueles sem ocupação.

Em relação à cor/raça, os indivíduos que se autodeclararam brancos apresentaram prevalência significativamente maior de consultas odontológicas em comparação aos não brancos, com 55,1% de atendimentos nos últimos 12 meses. As mulheres também se destacaram com maior número absoluto e relativo de consultas, totalizando 53,0% (IC95%: 52,2–53,9), o que evidencia uma maior frequência de utilização dos serviços de saúde bucal por esse grupo.

**Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica da estimativa populacional de acordo com idas a pelo menos uma consulta odontológica no ultimo ano. PNS (2019).**

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Não(%) (IC: 95%)</b>	<b>Sim (%) (IC: 95%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Faixa etária</b>			
Jovens	45,1 (43,3-46,8)	54,9 (53,2-56,7)	p<0,001
Adultos	47,0 (46,2-47,7)	53,0 (52,2- 53,7)	
Idosos	65,2 (63,9- 66,4)	34,8 (33,6- 36,1)	
<b>Sexo</b>			
Homens	54,1 (53,2- 55,1)	45,85 (44,9- 46,8)	p<0,001
Mulheres	47,0 (46,1- 47,8)	53,03 (52,2- 53,9)	
<b>Anos de estudo</b>			
0 a 3 anos	76,2 (72,4- 79,7)	23,76 (20,3- 27,6)	p<0,001
4 a 7 anos	62,9 (62,9- 63,9)	37,1 (36,2- 38,0)	
8 a 10 anos	45,6 (44,6- 46,6)	54,4 (53,4- 55,4)	
11 ou mais	30,3 (29,1- 31,4)	69,7 (68,5- 70,9)	
<b>Ocupação</b>			
Sim	45,7 (44,9- 46,5)	54,3 (53,5-55,0)	p<0,001
Não	56,9 (55,9- 57,9)	43,1 (42,1- 44,1)	
<b>Cor/raça</b>			
Branco	44,9 (43,8- 45,9)	55,1 (54,0- 56,2)	p<0,001
Não Branco	54,5 (53,6- 52,3)	45,5 (44,7 - 46,3)	

Fonte: Autores, com base na PNS 2019

A Tabela 2 apresenta a associação entre o uso dos serviços odontológicos e as características sociodemográficas da população estudada, conforme análise por regressão logística bivariada.

**Tabela 2 - Razão de chances (odds ratio [OR]) ajustada e intervalo de confiança de 95% (IC95%) do uso de serviços odontológicos por fatores socioeconômicos e demográficos da amostra estudada. Regressão logística bivariada e ajuste por teste de Wald.**

Variáveis independentes		p-valor
<b>Faixa etária</b>	<b>Odds Ratio ajustada (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>P&gt; t </b>
Jovens	1.88 (1.56)	p<0,001
Adulto	1.48 (1.36)	p<0,001
<b>Sexo</b>		
Mulheres	1.35 (1.26)	p<0,001
<b>Educação</b>		
4 a 7	1.28 (1.08)	p=0.003
8 a 10	1.91 (1.61)	p<0,001
11 ou mais	2.97 (2.47)	p<0,001
<b>Ocupação</b>		

Sim	1.14 (1.06)	p<0,001
<b>Cor/raça</b>		
Branços	1.13 (1.05)	p=0.001

---

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019.

Os resultados apresentados na Tabela 2 demonstram uma associação estatisticamente significativa ( $p<0,001$ ) entre a faixa etária e a realização de consultas odontológicas. Indivíduos jovens apresentaram maior probabilidade de realizar consultas odontológicas, com uma razão de chances (OR) de 2,28 em relação às demais faixas etárias, e OR ajustada de aproximadamente 1,88, indicando que pertencem ao grupo com maior propensão ao uso dos serviços odontológicos. A população adulta também demonstrou associação significativa, com OR de aproximadamente 2,11 e OR ajustada de 1,49, mantendo a significância estatística após o ajuste.

Os ajustes da odds ratio para a variável faixa etária, realizados por meio da regressão logística múltipla com teste de Wald, indicaram que, mesmo após o controle de outras variáveis, a associação permaneceu estatisticamente significativa, ainda que com valores reduzidos para a OR ajustada.

O sexo feminino apresentou probabilidade discretamente maior de realização de consultas odontológicas em comparação ao sexo masculino. Essa associação manteve-se significativa após o ajuste estatístico, com OR ajustada de 1,35.

Verificou-se também uma associação estatisticamente significativa entre escolaridade e presença de consulta odontológica, especialmente entre os indivíduos com 11 anos ou mais de estudo (OR: 7,39; IC95%: 6,00–9,10). Tal associação permaneceu significativa na análise multivariada, evidenciando que, à medida que aumenta o nível de instrução, cresce também a probabilidade de utilização dos serviços odontológicos.

A variável ocupação demonstrou associação positiva tanto na análise bivariada quanto na multivariada, com uma razão de chances aproximada de 1,14, indicando que estar inserido no mercado de trabalho, formal ou informal, representa um fator independente associado à realização de consultas odontológicas.

No que diz respeito à variável cor/raça, os indivíduos que se autodeclararam brancos apresentaram maior probabilidade de utilização dos serviços odontológicos em comparação aos indivíduos não brancos. Essa associação foi observada nas análises bivariada e multivariada, com OR ajustada de 1,13 (IC95%: 1,05).

A Tabela 3 demonstra que a maior proporção de usuários que conseguiram consulta odontológica nos últimos 12 meses foram aqueles atendidos pelo setor privado ou por convênios fornecidos por empresas, correspondendo a 73,9% das consultas. Quanto ao local da consulta odontológica no último ano, a maioria dos atendimentos foi realizada em consultórios particulares (74,5%), seguido pelas Unidades Básicas de Saúde (19,3%). Observou-se ainda que, entre os usuários com plano de saúde médico privado, 66,4% realizaram consulta odontológica nos 12 meses anteriores à entrevista.

**Tabela 3- Distribuição das frequências absolutas e relativas das condições de uso dos serviços de saúde bucal.**

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Não (%) (IC: 95%)</b>	<b>Sim (%) (IC: 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Plano de saúde odontológico privado</b>			
Sim	26,1 (24,64- 27,58)	73,9 (72,4-75,4)	p<0,001
Não	54,0 (53,3-54,7)	46,0 (45,3-46,7)	
<b>Plano de saúde médico</b>			
Sim	33,6 (32,4- 34,7)	66,4 (65,3-67,6)	p<0,001
Não	56,4 (55,7- 57,1)	43,6 (42,9-44,3)	
<b>Cadastro em ESF</b>			
Sim	52,6 (50,0-55,2)	47,4 (45,0-49,7)	p<0,001
Não	45,9 (43,6-48,2)	54,0 (51,3-56,7)	
Não sabe	48,4 (46,0-50,8)	51,6 (49,0-54,2)	
<b>Visita domiciliar nos últimos 12 meses</b>			
Mensalmente	20,2 (19,6-20,9)	17,7 (17,0-18,4)	p<0,001
A cada 2 meses	5,7 (5,3-6,0)	4,9 (4,5-5,3)	
De 2 a 4 meses	9,0 (8,5-9,4)	7,4 (7,0-7,9)	
Uma vez	6,2 (5,9-6,6)	5,6 (5,2-6,0)	
Nunca recebeu	11,5 (11,0-12,1)	11,8 (11,2-12,3)	

<b>Local da última consulta odontológica</b>	<b>Sim (%)</b>	
	<b>IC: 95%</b>	
UBS	19,3 (18,5-20,0)	p<0,001
Policlínica	2,0 (1,8-2,3)	
UPA	0,8 (0,7-1,0)	
CEO	1,2 (1,1-1,3)	
Ambulatório privado	1,3 (1,0-1,6)	
Consultório privado	74,5 (73,6-75,3)	
Pronto Atendimento privado	3,6 (2,9-4,4)	
Outro serviço	5,6 (4,5-7,0)	
<b>Consulta feita pelo SUS</b>		
Sim	23,0 (22,2-23,9)	p<0,001
Não	76,7 (75,8-77,5)	
Não sabe	3,1 (2,0-4,7)	

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019

Em relação ao tipo de financiamento do serviço, observou-se que a maioria dos atendimentos odontológicos foi realizada por unidades não vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 76,7% dos casos. Quando analisado o local da última consulta odontológica, verificou-se que a maior parte dos atendimentos ocorreu em consultórios privados, representando aproximadamente 62.302.519 indivíduos (74,5%).

Ao se investigar a relação entre os atendimentos por cirurgiões-dentistas (CD) e a adscrição dos domicílios à Estratégia Saúde da Família (ESF), constatou-se que 61,8% (IC95%: 60,6–62,9) dos usuários do SUS com cadastro em Unidades de Saúde da Família (USF) conseguiram realizar consulta odontológica nos últimos 12 meses.

Além disso, ao se considerar o componente da vigilância em saúde e as necessidades de cuidado monitoradas por meio de visitas domiciliares, observou-se que os usuários que receberam visitas mensais de algum membro da equipe de saúde da família apresentaram maior prevalência de consultas com cirurgião-dentista no último ano, com estimativa de 17,7% (IC95%: 17,0–18,4).

**Tabela 4 – Distribuição espacial, da estimativa populacional que utilizaram o serviço de saúde bucal nos últimos 12 meses.**

Região	Não (%)	Sim (%)	p-valor
	IC: 95%	IC: 95%	Total (N)
Norte	58,4 (57,0- 59,8)	41,6 (40,2- 43,0)	p<0,001
Nordeste	56,6 (55,6- 57,6)	43,4 (42,4- 44,3)	
Sudeste	46,7 (45,5- 47,9)	53,3 (52,1- 54,5)	
Sul	44,8 (43,3- 46,3)	55,2 (53,7- 56,7)	
Centro-oeste	51,1 (49,4- 52,8)	48,9 (47,2- 50,6)	
<b>Situação censitária</b>			
Urbano	48,8 (47,7- 49,1)	51,6 (50,9-52,3)	
Rural	62,3 (61,0 - 63,6)	37,7 (36,4- 39,0)	

Fonte: Autores, com base na PNS 2019.

A região Norte apresentou a maior concentração de usuários que não realizaram consulta odontológica nos 12 meses anteriores à entrevista, com uma proporção de 58,4% (IC95%: 57,0–59,8). Em contraste, a região Sul apresentou as melhores taxas de utilização dos serviços odontológicos, com 55,2% dos indivíduos relatando consulta no período de referência (IC95%: 53,7–56,7).

No que se refere à situação censitária da população (Tabela 4), observou-se que a maioria dos indivíduos que consultaram um cirurgião-dentista no último ano residia em áreas urbanas, representando 51,6% da amostra. Proporcionalmente, os moradores da zona rural apresentaram piores índices de acesso, com 62,3% (IC95%: 61,0–63,6) relatando não terem consultado o dentista no intervalo de 12 meses, valor superior ao observado entre os residentes urbanos.

**Tabela 5 - Razão de chances (odds ratio [OR]) ajustada e intervalo de confiança de 95% (IC95%) do uso de serviços odontológicos e a distribuição territorial por macrorregiões e situação censitária. Regressão logística bivariada e ajuste por teste de Wald em análise multivariada.**

Variáveis independentes		p-valor
<b>Macrorregião</b>	<b>Odds Ratio ajustada (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>P&gt; t </b>
Nordeste	1.17 (1.08)	0.000

Sudeste	1.33 (1.22)	0.000
Sul	1.45 (1.31)	0.000
Centro-Oeste	1.18 (1.06)	0.002

#### Situação censitária

Urbano	1.03 (0.96)	0.337
--------	----------------	-------

---

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019

A Tabela 5 apresenta a associação entre a variável macrorregião e a realização de consultas odontológicas. A região Sul demonstrou a maior chance de utilização dos serviços odontológicos, com uma razão de chances ajustada (odds ratio) aproximadamente 1,45 vezes maior em comparação às demais macrorregiões. Em seguida, destacam-se as regiões Sudeste (OR ajustada: 1,33) e Centro-Oeste (OR ajustada: 1,18), também com associações estatisticamente significativas.

Quanto à situação censitária, o teste de ajuste indicou um valor de p elevado, o que sugere ausência de associação estatisticamente significativa entre residir em área urbana ou rural e a utilização dos serviços odontológicos, após o controle para outras variáveis.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos usuários que realizaram consultas odontológicas nos últimos 12 meses, com base em hábitos e características relacionadas à saúde bucal. Observa-se que a maior parte da população com acesso ao serviço relatou o hábito de escovação três vezes ao dia como principal método de higienização oral, totalizando 58.865.700 indivíduos (56,4%).

Os participantes com maior frequência de uso dos serviços odontológicos não utilizavam, em sua maioria, próteses dentárias (50,9%; N = 32.412.209) e não apresentavam perdas dentárias (54,5%; IC95%: 53,3–55,7). Em contrapartida, entre os indivíduos edêntulos

totais, 82,9% (IC95%: 81,4–84,2) não conseguiram realizar consulta odontológica no período analisado.

Quanto à autopercepção da saúde bucal, considerando dentes e gengivas, os usuários que relataram ter realizado consulta odontológica nos últimos 12 meses classificaram sua saúde bucal, majoritariamente, como “muito boa”, correspondendo a 66,2% (IC95%: 64,4–67,9).

**Tabela 6 – Distribuição populacional dos usuários que utilizaram o serviço de saúde bucal, conforme hábitos de vida e condições de saúde bucal. PNS, 2019.**

	<b>Não (%)</b>	<b>Sim (%)</b>	<b>p-valor</b>
	<b>IC: 95%</b>	<b>IC: 95%</b>	<b>Total (N)</b>
<b>Frequência escovação</b>			p<0,001
3 vezes	43,6 (42,8-44,3)	56,4 (55,7-57,2)	
2 vezes	58,8 (57,7-59,9)	41,2 (40,1-42,3)	
1 vez	71,9 (68,8-74,9)	28,0 (25,1-31,2)	
Não escova	87,3 (79,5-92,4)	12,7 (7,6-20,5)	
<b>Uso de prótese dentária</b>			p<0,001
Sim	56,6 (55,6-57,6)	43,4 (42,3-44,4)	
Não	49,1 (48,2-50,1)	50,9 (49,9-51,8)	
<b>Autopercepção de saúde bucal (dentes e gengiva)</b>			p<0,001
Muito boa	33,8 (32,1-35,6)	66,2 (64,4-67,9)	
Boa	49,2 (48,4-50,1)	50,7 (49,9-51,6)	
Regular	57,4 (56,3-58,6)	42,6 (41,4-43,7)	
Ruim	68,8 (66,1-71,4)	31,2 (28,6-33,9)	
Muito ruim	72,2 (67,1-76,8)	27,8 (23,2-32,8)	
<b>Perdas dentárias</b>			p<0,001
Dentados totais	45,5 (44,3-46,7)	54,5 (53,3-55,7)	
Edêntulos parciais	48,3 (47,5-49,1)	51,7 (50,9-52,4)	
Edêntulo total	82,9 (81,4-84,2)	17,1 (15,7-18,6)	
<b>Edentulismo total</b>			p<0,001
Não	47,4 (46,7-48,0)	52,6 (52,0-53,3)	
Sim	82,9 (81,4-84,2)	17,1 (15,7-18,6)	
<b>Tabagismo</b>			p<0,001
Nunca fumou	46,9 (46,1-47,7)	53,1 (52,3-53,9)	

Ex-fumante	53,8 (52,6-54,9)	46,2 (45,1-47,4)	
Fumante	60,6 (58,9-62,3)	39,4 (37,6-41,1)	
<b>Etilismo</b>			p<0,001
Abstêmio	53,0 (52,2-53,9)	47,0 (46,1-47,8)	
Moderado	44,4 (43,1-45,6)	55,6 (54,4-56,9)	
Excessivo	49,6 (48,1- 51,1)	50,4 (48,9-51,9)	
<b>Atividade física</b>			p<0,001
Nenhuma	59,8 (58,5- 61,0)	40,2 (39,0-41,4)	
Insuficiente	52,1 (50,6-53,6)	47,9 (46,4-49,4)	
Suficiente	46,7 (45,9-47,5)	53,3 (52,4-54,1)	
<b>IMC</b>			p<0,001
Abaixo do peso	53,4 (49,3-57,4)	46,6 (42,6-50,7)	
Eutrófico	50,6 (49,6-51,6)	59,4 (48,4-50,4)	
Sobrepeso	50,0 (49,1-51,0)	49,9 (48,9-50,9)	
Obesidade	50,5 (49,2-51,8)	49,5 (48,2-50,8)	

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019

Em relação ao tabagismo, observou-se que a maioria dos usuários que realizou consulta odontológica nos últimos 12 meses era composta por indivíduos que nunca fumaram (53,1%) ou que se declararam ex-fumantes (46,2%). O controle do tabagismo e do etilismo representa um tema central e oportuno para estratégias de educação em saúde durante a consulta odontológica, tanto no âmbito do SUS quanto na rede privada, especialmente considerando sua associação com diversas patologias orais, com destaque para o câncer de boca e de cabeça e pescoço.

O etilismo foi predominantemente classificado como moderado entre os participantes que consultaram cirurgião-dentista (55,6%; IC95%: 54,4–56,9), seguido pela categoria de consumo excessivo, que representou 50,4% dos usuários (IC95%: 48,9–51,9).

Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), a maior proporção de usuários que utilizaram os serviços de saúde bucal apresentava classificação eutrófica, totalizando 59,4% (IC95%: 48,4–50,4), evidenciando um possível perfil de maior cuidado geral com a saúde entre os usuários com melhor acesso aos serviços odontológicos.

**Tabela 7 - Razão de chances (odds ratio [OR]) bruta e intervalo de confiança de 95% (IC95%) do uso dos serviços odontológicos e as condições de saúde, condições de uso e hábitos de vida. Regressão logística bivariada e ajuste por teste de Wald em análise multivariada.**

---

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>P&gt; t </b>
<b>Plano de saúde odontológico</b>		
Sim	3.32 (3.06- 3.61)	0.000
<b>Plano de saúde médico</b>		
Sim	2.56 (2.41- 2.71)	0.000
<b>Cadastro em ESF</b>		
Não	1.30 (1.22- 1.39)	0.000
Não sabe	1.18 (1.09- 1.28)	0.000
<b>Tabagismo</b>		
Nunca fumou	1.74 (1.61- 1.88)	0.000
Ex-fumante	1.32 (1.22- 1.43)	0.000
<b>Consumo de álcool</b>		
Moderado	1.41 (1.33- 1.50)	0.000
Excessivo	1.14 (1.07- 1.23)	0.000
<b>Atividade física</b>		

Insuficiente	1.36 (1.26- 1.47)	0.000
suficiente	1.63 (1.59-1.79)	0.000
<b>IMC</b>		
Abaixo do peso	0.89 (0.75-1.05)	0.197
Sobrepeso	1.02 (0.96-1.08)	0.400
Obesidade	1.00 (0.94-1.07)	0.876
<b>Escovação</b>		
3 vezes ou mais	8.90 (5.01)	0.000
2 vezes	4.81 (2.70)	0.000
1 vez	2.67 (1.48)	0.001
<b>Uso de prótese</b>		
Não	1.35 (1.28-1.42)	0.000
<b>Autopercepção da saúde oral</b>		
Muito boa	5.08 (3.92- 6.58)	0.000

Boa	2.68 (2.10- 3.41)	0.000
Regular	1.92 (1.50- 2.46)	0.000
Ruim	1.17 (0.89- 1.55)	0.238
<b>Perdas dentárias</b>		
Dentados totais	5.80 (5.19-6.00)	0.000
Edêntulos parciais	5.18 (4.67-5.70)	0.000
<b>Edentulismo total</b>		
Não	5.38 (4.86- 5.96)	0.000
<b>Cadastro em ESF</b>		
Não	1.30 (1.22-1.39)	0.000
Não sabe	1.18 (1.09 - 1.28)	0.000

---

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019.

A partir dos dados apresentados na Tabela 6, observa-se uma associação estatisticamente significativa entre diversas variáveis e a realização de consulta odontológica. Indivíduos com plano de saúde odontológico apresentaram 1,94 vezes mais chances de realizar consulta odontológica do que aqueles sem plano. Da mesma forma, a presença de plano de saúde médico esteve associada a um aumento na probabilidade de consulta, com uma odds ratio ajustada de 1,34.

Em relação ao tabagismo, os indivíduos que nunca fumaram apresentaram 1,32 vezes mais chances de consultar o dentista em comparação com fumantes e ex-fumantes. Ao avaliar a prática de atividade física, verificou-se que os usuários classificados como fisicamente “suficientes” apresentaram uma chance 1,24 vezes maior de realizar consulta odontológica em relação aos sedentários.

Quanto à frequência de escovação dentária, identificou-se uma relação positiva direta: quanto mais frequente a escovação, maior a probabilidade de consulta odontológica. Indivíduos que escovavam os dentes três vezes ou mais ao dia apresentaram uma odds ratio ajustada de 5,45, quando comparados àqueles com menor frequência de escovação.

A análise da autopercepção da saúde bucal também revelou associação significativa. Usuários que avaliaram sua saúde bucal como “muito boa” apresentaram uma chance 2,80 vezes maior de realizar consulta odontológica em relação às demais categorias. À medida que a autopercepção regride para as categorias “boa” e “regular”, essa chance diminui, com odds ratio ajustadas de 1,93 e 1,72, respectivamente. Não foi identificada associação estatisticamente significativa para a categoria “ruim”.

## **DISCUSSÃO**

O tema do acesso aos serviços de saúde tem sido amplamente investigado no Brasil, como evidenciado por diversos recortes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e, mais recentemente, pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). A PNS de 2019, utilizada neste estudo, integra o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) e apresenta amostra com maior abrangência geográfica e maior precisão nas estimativas. A pesquisa cobriu todo o território nacional com plano amostral em três estágios, utilizando conglomerados com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem (UPA). Os setores censitários compuseram o primeiro estágio, os domicílios o segundo e os moradores com 15 anos ou mais, o terceiro. Foram selecionadas 8.036 UPAs e 108.525 domicílios, com uma taxa de resposta nacional média de 93,6%<sup>7</sup>.

Os resultados desta pesquisa apontaram que homens, idosos, indivíduos não brancos e com menor escolaridade apresentaram menor frequência de idas ao dentista. Revisão integrativa de literatura realizada por Rabello et al.<sup>6</sup> identificou fatores associados à insuficiência de acesso a serviços de saúde bucal, especialmente em populações de baixa renda per capita, baixa escolaridade, idosos e grupos em situação de vulnerabilidade social —

justamente os que mais necessitam dos serviços públicos de saúde bucal, evidenciando importantes iniquidades<sup>8</sup>.

Lamy (2020)<sup>9</sup> destacou que, embora tenha havido redução na proporção de pessoas que nunca consultaram um dentista — de 18,7% em 1998 para 11,7% em 2008 — e aumento da utilização dos serviços odontológicos, as iniquidades no acesso persistem. Reduzir essas desigualdades exige não apenas maior cobertura e uso dos serviços, mas também a compreensão da determinação social do processo saúde-doença bucal.

Verificou-se que a disponibilidade dos serviços de saúde bucal não garante, por si só, o uso efetivo desses serviços. A existência da Estratégia Saúde Bucal (eSB) não assegura acesso à consulta, em razão de barreiras geográficas, limitações de horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e incompatibilidade com os horários dos trabalhadores<sup>10</sup>.

As dificuldades na marcação de consultas, aliadas à insuficiência de recursos humanos e à sobrecarga das equipes de saúde, fazem com que parte da demanda migre para o setor privado. Apesar dos avanços trazidos pela Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e da ampliação das eSB em diversos municípios, a universalização do acesso ainda não foi alcançada<sup>11</sup>.

Quanto à autodeclaração de cor/raça, os indivíduos brancos apresentaram maior probabilidade de ter realizado consulta odontológica no último ano. Estudo de Souza (2022)<sup>12</sup> corrobora esses achados, mostrando que, em uma eSB no Rio de Janeiro, a maioria dos atendidos era composta por pessoas pardas (60%), seguidas por brancos (43,5%) e pretos (26,5%).

Ainda segundo Souza (2022), a maior parte dos usuários possuía ensino médio completo (43,5%), seguido por analfabetos (29,5%) e indivíduos com ensino fundamental completo (23,0%), padrões semelhantes aos observados neste estudo, que demonstrou associação positiva entre maior escolaridade e maior chance de atendimento odontológico.

Verificou-se também que usuários com plano odontológico privado apresentaram maior frequência de consultas odontológicas (73,9%), com OR de 3,29 e OR ajustada de 1,94, mantendo significância estatística. Esses dados demonstram maior acesso entre indivíduos que arcam com o custo direto do serviço.

Com relação ao local do atendimento, a maior parte ocorreu em consultórios privados (74,5%). Este achado diverge de investigação realizada em UBS do Rio de Janeiro, onde a maioria das últimas consultas ocorreu em UBS (56,5%), seguidas por consultórios particulares (33,5%). Apenas 9,5% dos usuários atendidos nessas UBS possuíam plano odontológico privado, e 66,5% dos atendimentos foram realizados pelo SUS — dados que podem ter sido influenciados pelos picos pandêmicos vigentes durante a coleta da PNS 2019<sup>12</sup>.

Rabello et al. (2022)<sup>8</sup> identificaram como principais barreiras à utilização dos serviços odontológicos nas UBS: dificuldade de acesso, tempo de espera prolongado, e a limitação da oferta de serviços, com priorização de procedimentos assistencialistas em detrimento das ações de promoção e prevenção — elementos que reforçam a permanência de uma lógica de odontologia de mercado dentro do SUS.

A dificuldade de acesso também leva, em muitos casos, à adoção de práticas populares de cuidado. Nations et al. (2008) relataram que mulheres em situação de vulnerabilidade social recorriam a métodos caseiros para alívio de sintomas, buscando evitar o estigma social diante do difícil acesso aos cuidados odontológicos<sup>13</sup>. Em estudo etnográfico realizado no Nordeste, Moreira et al. (2007) relataram que a violência, o desemprego e a exclusão social dificultam a priorização do cuidado bucal, resultando em altos índices de extrações dentárias — vistas como o meio mais acessível para conter os sintomas diante da falta de acesso<sup>14</sup>.

Neste estudo, verificou-se que indivíduos com alguma ocupação representavam 54,3% dos que consultaram o dentista, com chance 1,14 vezes maior em relação aos desempregados. Também se destacou maior prevalência de acesso entre residentes da zona urbana (51,6%).

A condição socioeconômica demonstrou ser determinante no processo saúde-doença. Revisão realizada por Passos et al. (2011) destacou que baixa renda influencia o risco de cárie dental, associando-se à escolaridade, estilo de vida e ao valor atribuído à saúde e ao conhecimento sobre cuidados preventivos<sup>15</sup>.

Rabello et al. (2022) reforçam que a assistência odontológica pública permanece insuficiente para garantir o acesso universal. Apesar da ampliação das eSB, isso não se refletiu proporcionalmente no aumento da utilização dos serviços, sobretudo entre os mais vulneráveis<sup>8</sup>.

No que diz respeito à distribuição geográfica da utilização dos serviços odontológicos, observou-se maior prevalência de consultas na região Sul (55,2%), enquanto a região Norte apresentou os piores indicadores, com 58,4% da população relatando não ter realizado consulta odontológica no último ano. A região Sul apresentou uma odds ratio ajustada de 1,45 para a realização de consultas, evidenciando uma vantagem regional estatisticamente significativa.

Esses dados divergem dos encontrados por Loivos (2019), que apontou a região Nordeste como aquela com melhor desempenho na marcação de consultas odontológicas nas UBS (81,4%), enquanto a região Sudeste apresentou o pior índice (70,7%). As capitais com os piores desempenhos foram Boa Vista, Rio Branco, São Luís, Macapá e Natal<sup>16</sup>.

Ainda segundo Loivos (2019), com dados do 2º ciclo do PMAQ-AB de 2013, a frequência de uso dos serviços odontológicos variou entre as regiões: 28,8% no Norte, 39,5% no Nordeste, 26,9% no Sudeste, 34,8% no Sul e 26,4% no Centro-Oeste. Capitais com melhores desempenhos incluíram Vitória, João Pessoa, Campo Grande, Natal, Palmas, Curitiba e Florianópolis<sup>16</sup>.

A distribuição das eSB também foi desigual: a região Norte apresentou a menor quantidade (N=1.291), seguida por Centro-Oeste (N=1.583) e Sul (N=2.522). As maiores concentrações foram observadas no Nordeste (N=7.733) e Sudeste (N=5.040)<sup>15,16</sup>.

Quanto aos hábitos de higiene oral, Souza (2022) identificou que todos os participantes utilizavam escova e creme dental, com 59,5% relatando escovação três vezes ao dia. Esses achados coincidem com os desta pesquisa, que revelou associação positiva entre frequência de escovação e consulta odontológica, com OR ajustada de 5,45 para indivíduos que escovavam os dentes três vezes ou mais ao dia.

A autopercepção da saúde bucal também apresentou associação positiva: indivíduos que avaliaram sua saúde como “muito boa” tiveram OR ajustada de 2,80 para realização de consulta odontológica, com prevalência de 66,2%. Em UBS do Rio de Janeiro, em contraste, a maioria dos usuários percebeu sua saúde oral como “regular” (48%), seguida por “boa” (27,5%) e “ruim” (18%)<sup>10</sup>.

Nesta pesquisa, os indivíduos edêntulos totais foram os que menos acessaram o serviço odontológico, com 82,9% relatando ausência de consulta. Por outro lado, os dentados totais apresentaram prevalência de consulta de 54,5% (IC95%: 53,3–55,7). Souza (2022)

encontrou valores inferiores de perda dentária, com apenas 4% dos participantes relatando perda total dos dentes superiores, 1,5% dos inferiores, e 15% utilizando algum tipo de prótese<sup>12</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à utilização dos serviços de saúde bucal no Brasil, revelando, por meio das análises realizadas, um panorama detalhado das condições sociodemográficas dos indivíduos investigados. Os dados evidenciaram que pessoas com maior escolaridade, indivíduos brancos, do sexo feminino, com melhor condição socioeconômica, bem como os jovens e adultos, apresentaram maior probabilidade de utilizar serviços odontológicos.

Esse perfil de atendimento também se refletiu nos hábitos de vida dos indivíduos, uma vez que a frequência elevada de escovação dentária, a autopercepção positiva da saúde bucal, a condição de ser dentado, a prática suficiente de atividade física e a ausência de tabagismo estiveram associados a maiores chances de realização de consulta com cirurgião-dentista.

Apesar do número absoluto de atendimentos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ser superior ao do setor privado, os dados ajustados indicam que a probabilidade de obter atendimento odontológico é significativamente maior entre aqueles que pagam pelos serviços, seja por meio de planos de saúde privados ou convênios empresariais. Essa condição reflete uma melhor saúde oral na parcela da população com maior poder aquisitivo, evidenciando desigualdades no acesso.

Os resultados reforçam a persistência das iniquidades no uso dos serviços odontológicos, sobretudo entre os usuários que dependem exclusivamente do SUS, o que representa 71,5% da população brasileira, conforme estimativa do IBGE em 2020 (aproximadamente 150 milhões de pessoas).

Embora diversas estratégias sejam constantemente elaboradas nas três esferas de gestão do SUS e pelas unidades executoras, as múltiplas dimensões que envolvem o uso dos serviços — como disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade — tornam o alcance da equidade um desafio complexo. Além disso, aspectos como a diversidade dos perfis profissionais, das gestões locais e da infraestrutura das unidades de saúde contribuem para essa complexidade.

É fundamental que haja revisões permanentes das políticas públicas em saúde bucal, incluindo atualizações legislativas, protocolos assistenciais, estratégias de financiamento e normativas operacionais. Apesar dos avanços na qualidade da atenção odontológica promovidos desde a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ainda se observam altos índices de perdas dentárias — muitas delas evitáveis — e significativa parcela da população que nunca foi contemplada com atendimento odontológico ao longo da vida.

Dentre os achados mais críticos, destaca-se a situação da região Norte do país, que apresentou os piores indicadores de acesso aos serviços odontológicos, refletindo histórico de subfinanciamento, cobertura populacional limitada por Unidades de Saúde da Família e dificuldades logísticas em razão das condições geográficas e socioeconômicas.

Apesar da complexidade que envolve o tema, este estudo contribui para delimitar o perfil populacional e os fatores sociodemográficos associados ao uso dos serviços de saúde bucal no Brasil. Para avançar no enfrentamento das iniquidades, recomenda-se a realização de novos estudos, voltados à identificação das necessidades de cuidado, com ênfase na análise territorial dos usuários sem acesso aos serviços, cruzando variáveis geográficas, disponibilidade da oferta odontológica e dimensões do acesso, com vistas à formulação de estratégias mais eficazes para garantir o direito universal à saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Passo a passo das ações da política nacional de saúde bucal: Brasil Sorridente. 1st ed. Ministério da Saúde, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
2. Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 1st ed. Ministério da Saúde, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. PORTARIA No 32, DE 19 DE MAIO DE 2021. Ministério da Saúde, 32 Brasília: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-32-de-19-de-maio-de-2021-321216135>; May 20, 2021 p. 206.
4. Assis MMA, Jesus WLA de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cien Saude Colet. 2012 Nov;17(11):2865–2875.
5. Brasil. LEI No 14.572, DE 8 DE MAIO DE 2023. Ministério da Saúde, LEI No 14.572, DE 8 DE MAIO DE 2023 May 8, 2023.

6. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2019 – Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 1st ed. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, editor. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
7. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida. 1st ed. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, editor. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
8. Rabello RED, Monteiro ÂX, Lemos SM, Teixeira E, Honorato EJS. Desafios do acesso à saúde bucal: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de APS*. 2022 Apr 5;24.
9. Lamy R de LRF. Iniquidades sociais e saúde bucal: análise da produção científica no campo da saúde bucal coletiva [Tese]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
10. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG de, Cavalcanti YW. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2021;30(3).
11. 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 Saude Publica*. 2012 Apr;46(2):250–258.
12. Souza HMR de. O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma clínica da família do município do Rio de Janeiro [Dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
13. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008 Apr;24(4):800–808.
14. Moreira TP, Nations MK, Alves M do SCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007 Jun;23(6):1383–1392.
15. Santana Passos J de, Araújo TM, Suzart Gomes Filho I, Seixas da Cruz S. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE BUCAL: UMA ABORDAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL DAS DESIGUALDADES SOCIAIS. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011 Jan 1;35:138.

16. Loivos ACB. O acesso à saúde bucal nas capitais brasileiras com destaque para o caso do Rio de Janeiro [Tese (doutorado)]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2019.

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

**Autor:** Igor Matheus de Oliveira Marciano, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém/PA, Brasil.

Orcid ID: <https://orcid.org/0009-0004-5302-1136>

**Contribuição:** Conceituação, Seleção dos artigos, Curadoria de dados, Investigação, Validação de dados, Metodologia, Redação do manuscrito original.

**Autor:** Anderson Roberto de Sales Corrêa, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém/PA, Brasil.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0002-3895-0090>

**Contribuição:** Seleção dos artigos, Curadoria de dados, Investigação, Validação de dados, Metodologia, Redação.

**Autora:** Ana Daniela Silva da Silveira, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém/PA, Brasil.

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0001-7314-7693>

**Contribuição:** Supervisão, Validação de dados, Metodologia, Redação - revisão e edição.

## CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram que não há conflito de interesse com o presente artigo.

## ESTE PREPRINT FOI SUBMETIDO SOB AS SEGUITES CONDIÇÕES:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.

## Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.