

## Desigualdades no perfil de utilização de serviços odontológicos no Brasil

### Inequalities in the profile of using dental services in Brazil

Maria Helena Rodrigues Galvão (<http://orcid.org/0000-0003-1344-2863>)<sup>1</sup>

Ava Conceição Oliveira de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-0543-9608>)<sup>1</sup>

Hannah Gil de Farias Morais (<http://orcid.org/0000-0003-3488-3465>)<sup>1</sup>

Angelo Giuseppe Roncalli (<http://orcid.org/0000-0001-5311-697X>)<sup>1</sup>

**Abstract** *This study aimed to examine the influence of socioeconomic factors on inequality in the use of dental services within the Brazilian population. The methodology was based on a sectional study, using secondary data from the 2013 National Health Survey (PNS, in Portuguese). The database contains information on 60,202 individuals over 18 years of age. The dependent variables were “frequency of dental appointments” and “type of dental treatment performed in the last appointment”. The independent variables were sex, age group, education, social class measured using the Brazil criterion, and geographic region. The odds-ratio of outcomes were evaluated in the multivariate analysis using a multinomial logistic regression model. It was noticed that the population subgroups comprising Blacks and those residing in the North/Northeast, with lower social class and education, had a greater chance of having irregular follow-up and never having been to the dentist. In addition, this population stratum also had a greater chance of undergoing surgical or emergency dental procedures in the last dental appointment. Data from the 2013 PNS reveal a picture of social inequality in access to dental services in Brazil.*

**Key words** *Oral health, Health inequalities, Access to health services, Oral health services*

**Resumo** *Este trabalho teve por objetivo analisar a influência de fatores socioeconômicos na desigualdade de utilização de serviços odontológicos na população brasileira. A metodologia baseou-se em um estudo seccional, com uso de dados secundários provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013. O banco de dados utilizado contém informações sobre 60.202 indivíduos maiores de 18 anos. As variáveis dependentes avaliadas foram “frequência de consulta odontológica” e “tipo de tratamento odontológico realizado na última consulta. As variáveis independentes avaliadas foram sexo, faixa etária, escolaridade, classe social mensurada através do critério Brasil e região geográfica. Na análise multivariada, foram avaliadas as odds-ratio dos desfechos a partir de um modelo de regressão logística multinomial. Percebeu-se que a população de cor/raça negra, residente na região Norte/Nordeste, de menor classe social e escolaridade apresentou maior chance de realizar acompanhamento irregular e nunca ter ido ao dentista. Além disso, este estrato populacional também apresentou maior chance de realizar procedimentos odontológicos cirúrgicos ou de urgência na última consulta odontológica. Os dados da PNS 2013 demonstram um quadro de desigualdade social no acesso a serviços odontológicos no Brasil.*

**Palavras-chave** *Saúde bucal, Desigualdades em saúde, Acesso aos serviços de saúde, Serviços de saúde bucal*

<sup>1</sup> Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Av. Sen. Salgado Filho 1787, Lagoa Nova. 59056-000 Natal RN Brasil. [mhrgalvao@gmail.com](mailto:mhrgalvao@gmail.com)

## Introdução

Durante anos a Odontologia se situou à margem das políticas públicas de saúde, com a assistência odontológica estatal refletindo um quadro de intensa exclusão do acesso e baixo impacto sobre os índices epidemiológicos, tendo em vista que o atendimento era centrado a urgências e a grupos prioritários<sup>1</sup>. Os agravos relacionados à saúde bucal dos brasileiros representam, portanto, um importante problema de saúde pública devido à sua prevalência e magnitude na população<sup>2</sup>.

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, 55,6% dos brasileiros não tinham utilizado os serviços odontológicos nos últimos 12 meses<sup>3</sup>. Ainda em estudo realizado em um município de grande porte populacional, Carreiro *et al.*<sup>4</sup> observaram que idosos, renda menor que um salário mínimo e autopercepção da saúde bucal como “regular/ruim/péssima” estavam associados a um menor acesso aos serviços odontológicos, considerando uma maior falta de acesso aos serviços odontológicos entre os mais vulneráveis socialmente. Por outro lado, Vieira *et al.*<sup>5</sup> observaram que a probabilidade da não utilização desses serviços foi menor entre mulheres, adultos com cor da pele parda e naqueles com necessidades odontológicas percebidas.

Tais constatações apontam para as desigualdades em saúde, as quais se referem à presença de diferenças entre subgrupos de uma mesma população, ao passo que iniquidades são diferenças consideradas injustas a partir de um juízo de valor<sup>6</sup>. Estabelecendo relação direta com esses conceitos, o Sistema Único de Saúde (SUS) traz a equidade como um dos seus princípios doutrinários, o qual busca reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender à diversidade<sup>7</sup>.

No Brasil, tem-se procurado vigorosamente, no campo da Saúde Coletiva, salientar que a superação de desigualdades em saúde exige a formulação de políticas públicas equânimes, o que implica, por um lado, reconhecer a saúde como um direito de cidadania e, por outro, priorizar as necessidades como categoria essencial para a promoção de justiça<sup>6,7</sup>. Esse contexto reflete a ainda presente necessidade de se analisar o perfil de acesso aos serviços de saúde e assim traçar estratégias para contemplar essa parcela de brasileiros buscando a equidade em saúde, tendo em vista que ainda existem desafios colocados pela realidade socioeconômica e política brasileira.

Sendo assim, faz-se necessário continuar destacando as iniquidades com relação aos serviços no que diz respeito aos aspectos sociodemográficos para reconhecer que as desigualdades são persistentes. Assim, analisar a utilização de serviços odontológicos é fundamental para avaliar o efetivo alcance da equidade e universalização do acesso à saúde, princípios do SUS.

Embora alguns estudos tenham sido conduzidos com a finalidade de verificar desigualdades no acesso a consultas odontológicas no Brasil<sup>8-10</sup>, não são observados estudos que avaliem o tipo de tratamento odontológico realizado na última consulta em estudos de abrangência nacional, sendo este um importante desfecho a ser analisado considerando que as desigualdades podem influenciar no tipo de tratamento odontológico realizado. Dessa forma, o presente estudo teve por objetivo descrever o padrão de utilização de serviços odontológicos na população brasileira a partir de fatores sociodemográficos, relacionando a periodicidade de consultas odontológicas e a distribuição do tipo de tratamento odontológico realizado na última consulta aos aspectos renda, raça, idade, região geográfica e escolaridade.

## Método

### Desenho de estudo e participantes

Consiste em um estudo seccional, com uso de dados secundários provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, a qual trata-se de um inquérito domiciliar de base populacional e abrangência nacional, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde. A PNS foi realizada por meio de amostragem conglomerada em três estágios. Onde os setores censitários ou conjunto de setores formam as unidades primárias de amostragem, os domicílios formam unidades de segundo estágio e os moradores de 18 anos ou mais de idade as unidades de terceiro estágio. Para mais detalhes acerca da metodologia da PNS, consultar o relatório final<sup>3</sup>.

O banco de dados utilizado contém informações sobre 60.202 indivíduos, correspondentes àqueles selecionados para a entrevista, os quais constituíam moradores com 18 anos ou mais de idade por domicílio (unidades terciárias), para as variáveis de interesse do estudo. Os dados utilizados são de acesso livre e estão disponíveis no website do IBGE<sup>11</sup>. A PNS atendeu todos os requisi-

tos éticos para a realização de pesquisas em seres humanos de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, obtendo parecer favorável nº 328159.

### Variáveis de estudo

A primeira variável dependente do estudo constituiu na frequência de consulta odontológica. Para isso, foi utilizado o módulo J, que diz respeito à “Utilização dos Serviços de Saúde” da PNS. Deste módulo, utilizou-se a variável J013, a qual faz referência acerca de quando o participante consultou um dentista pela última vez. Essa variável foi categorizada em três grupos: (a) faz acompanhamento regular (compete às pessoas que consultaram um dentista “nos doze últimos meses” ou “de 1 ano a menos de 2 anos”), (b) faz acompanhamento irregular (compete às pessoas que consultaram um dentista “de 2 anos a menos de 3 anos” ou “3 anos ou mais”), e (c) nunca foi ao dentista.

Os grupos foram determinados considerando como acompanhamento regular o preconizado pela diretriz clínica do *National Institute for Health and Care Excellence*<sup>12</sup>, que preconiza que o intervalo mais longo entre as consultas de saúde bucal para pacientes com 18 anos ou mais deve ser de 24 meses. Por outro lado, para a composição do grupo que nunca foi ao dentista, considerou-se para esse desfecho a evidência de ausência de acesso ao atendimento odontológico ao longo da vida. Os demais indivíduos que já realizaram consulta odontológica ao menos uma vez durante a vida com periodicidade maior que 2 anos, foram considerados como acompanhamento irregular. Para esse primeiro desfecho utilizou-se uma amostra de 60.202 indivíduos.

A segunda variável dependente corresponde ao tipo de tratamento odontológico procurado pelos participantes, compreendendo os indivíduos que relataram realizar acompanhamento regular ao dentista. Foi obtida a partir da recategorização da variável U009, que corresponde ao principal motivo da última consulta ao dentista. Nesse sentido, a distribuição do tipo de tratamento odontológico resultou em: (a) consultas de prevenção/acompanhamento (limpeza, revisão, manutenção, prevenção e radiografia), (b) procedimentos cirúrgicos ou de urgência (dor de dente, extração), e (c) tratamento odontológico (problema na gengiva, tratamento de ferida na boca, aparelho ortodôntico, colocação/manutenção de prótese ou dentadura e implante dentário). Para a composição dos grupos, considerou-

se que a realização de consultas de prevenção e acompanhamento consiste em um indicador do padrão de acesso e utilização periódica de serviços odontológicos<sup>13</sup>. Por outro lado, para o desfecho consultas para realização de procedimentos cirúrgicos e de urgência considerou-se que a falta de acesso a medidas preventivas e assistenciais aumenta a complexidade do problema de saúde bucal ocasionando a dor dental e a exodontia como única conduta tecnicamente possível frente à gravidade da doença ou como indicação para alívio da dor frente à impossibilidade de acesso a outros tipos de tratamento<sup>14</sup>. Os procedimentos odontológicos curativos ou restauradores foram incluídos como tratamento odontológico.

As opções em que o principal motivo da última consulta se deu apenas para fazer o orçamento ou outro motivo, foram excluídas da recategorização, resultando em dados sobre 24.151 participantes. A menor amostra para esse desfecho se dá devido a não existência de informações sobre os indivíduos que nunca foram ao dentista, ou que foram há mais de três anos.

Para a seleção das variáveis independentes, utilizou-se os fatores individuais predisponentes conforme o Modelo Comportamental de Andersen<sup>15</sup>, reconhecidas como fatores associados às desigualdades na utilização de serviços odontológicos em nível mundial: idade, sexo, raça/cor, nível educacional e socioeconômico<sup>16</sup>. Considerando as desigualdades em saúde no contexto nacional, incluiu-se também a região geográfica<sup>9</sup>. As variáveis independentes utilizadas foram: idade categorizada em faixas etárias (18-29, 30-39, 40-59, ≥60 anos), cor ou raça autodeclarada (branca, preta e parda), região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste), “Critério Brasil” categorizado em classes (A, B e C, D e E), anos de estudos categorizados (12 ou mais, 9-11, 5-8, 1-4 anos e sem instrução). O “Critério Brasil” é uma estratificação socioeconômica baseada na posse de bens e na escolaridade (anos de estudo) onde, a partir de uma ponderação, criam-se estratos socioeconômicos de A até E<sup>17</sup>.

### Análise estatística

Para a análise estatística, utilizou-se o módulo de análise de dados de amostras complexas do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Foram realizadas análises estatísticas descritivas através de frequência relativa, com expansão para a população brasileira residente no ano do estudo. A expansão para população brasileira se deu através de amostragem complexa. A

análise descritiva dos dados utilizou a estimativa ponderada das unidades amostrais nos três estágios. Em seguida, cada observação incorporou seu peso amostral para calcular as estimativas e seus respectivos intervalos de confiança. Dessa forma, os dados foram descritos usando estimativas de prevalência para a população brasileira seus intervalos de confiança de 95% (IC95%). Realizou-se uma análise bivariada através de regressão logística multinomial, para a obtenção das razões de chance para os desfechos entre os grupos. Posteriormente realizou-se uma análise multivariada a partir de um modelo de regressão logística multinomial. Foram incluídas na modelagem inicial as variáveis com valor de  $p < 0,2$ , e no modelo final foram mantidas as variáveis com valor de  $p < 0,05$ , considerando o nível de confiança de 5%.

## Resultados

A Tabela 1 mostra as características da população em estudo. A maior proporção de indivíduos é do sexo feminino, com idades entre 40-59 anos, de cor ou raça branca, residente no Sudeste brasileiro. Com relação à frequência odontológica, pode-se afirmar que a maioria das pessoas faz acompanhamento regular, realizando consultas de prevenção ou acompanhamento. No que se refere ao “Critério Brasil” e anos de estudo, 63,9% (IC95%: 62,9-64,8) da população pertence às classes C e B e 35,1% (IC95%: 34,2-35,9) tem entre 9-11 anos de estudo, respectivamente.

A Tabela 2 e a Tabela 3 apresentam a análise bivariada e as razões de chances para os desfechos frequência de consultas odontológicas e tipo de tratamento odontológico realizado na última consulta, respectivamente, de acordo com as variáveis independentes.

A Tabela 4 apresenta a análise multivariada para o desfecho frequência de consulta odontológica. Percebe-se que a faixa de 60 anos ou mais apresenta uma maior chance de realizar acompanhamento irregular (OR=2,94;  $p < 0,001$ ), todavia tal efeito não foi observado quanto a nunca ter ido ao dentista. No tocante à cor ou raça observa-se que indivíduos de cor/raça preta possui maior chance de não realizarem acompanhamento regular (OR=1,33;  $p < 0,001$ ) ou nunca terem consultado um dentista (OR=2,23;  $p < 0,001$ ) que indivíduos de cor de pele/raça branca. Resultados semelhantes foram encontrados para indivíduos de cor de pele parda. Moradores da região Norte tem maior chance de realizar acompanhamento

**Tabela 1.** Estimativas e respectivos intervalos de confiança (95%) da prevalência para as variáveis utilizadas no estudo. Brasil, 2013.

Variáveis	Estimativa (%)	IC95%
Sexo		
Masculino	47,1	46,4-47,9
Feminino	52,9	52,1-53,6
Faixa Etária		
18-29 anos	26,1	25,4-26,7
30-39 anos	21,6	21,0-22,2
40-59 anos	34,2	33,6-34,9
60 anos ou mais	18,0	17,4-18,7
Cor/Raça		
Branco	48,1	46,9-49,3
Preta	9,3	8,8-9,9
Parda	42,6	41,5-43,7
Região geográfica		
Norte	7,4	6,8-8,2
Nordeste	26,6	25,0-28,3
Sudeste	43,8	41,7-46,0
Sul	14,8	13,4-16,2
Centro-Oeste	7,4	6,7-8,1
Frequência de Consulta		
Odontológica		
Faz acompanhamento regular	63,7	62,8-64,5
Faz acompanhamento irregular	33,0	32,2-33,8
Nunca foi ao dentista	3,3	3,0-3,7
Tipo de Tratamento		
Odontológico		
Consulta de prevenção/acompanhamento	56,8	55,5-58,2
Procedimentos cirúrgicos ou de urgência	15,9	15,0-16,8
Tratamento odontológico	27,3	26,0-28,6
Critério Brasil Categorizado		
A	1,6	1,4-1,9
B e C	63,9	62,9-64,8
D e E	34,5	33,5-35,5
Anos de Estudo		
Categorizado		
12 anos ou mais	18,3	17,4-19,2
9-11 anos	35,1	34,2-35,9
5-8 anos	14,7	14,1-15,3
1-4 anos	17,7	17,0-18,4
Sem instrução	14,3	13,6-15,0

Fonte: Autores.

irregular (OR=1,40;  $p < 0,001$ ) e de nunca terem ido ao dentista (OR=2,58;  $p < 0,001$ ).

Ao considerar o indicador do “Critério Brasil” percebe-se que indivíduos das classes D e E

**Tabela 2.** Análise bivariada da frequência de consulta odontológica de acordo com as variáveis estudadas. Brasil, 2013.

Variáveis	Frequência de Consulta Odontológica						
	Faz acompanhamento regular	Faz acompanhamento irregular			Nunca foi ao dentista		
	Prevalência (%) (IC95%)	Prevalência (%) (IC95%)	OR (IC95%)	Valor de p	Prevalência (%) (IC95%)	OR (IC95%)	Valor de p
<b>Faixa etária</b>							
18-29 anos	73,6 (72,2-74,9)	22,9 (21,7-24,2)	1	-	3,5 (3,1-4,1)	1	-
30-39 anos	71,6 (70,2-72,9)	25,6 (24,4-26,9)	1,19 (1,13-1,25)	<0,001	2,8 (2,4-3,3)	0,72 (0,63-0,82)	<0,001
40-59 anos	62,8 (61,5-64,22)	34,5 (33,2-35,8)	1,83 (1,75-1,92)	<0,001	2,7 (2,3-3,1)	0,90 (0,80-1,01)	0,062
60 anos ou mais	41,6 (39,8-43,5)	53,5 (51,6-55,3)	4,40 (4,17-4,64)	<0,001	4,9 (4,1-5,7)	2,38 (2,11-2,67)	<0,001
<b>Cor/Raça</b>							
Branca	69,4 (68,3-70,6)	28,6 (27,6-29,7)	1	-	1,9 (1,6-2,3)	1	-
Preta	58,2 (56,0-60,5)	36,4 (34,3-38,6)	1,56 (1,47-1,66)	<0,001	5,3 (4,3-6,5)	3,33 (2,89-3,83)	<0,001
Parda	58,2 (57,0-59,3)	37,4 (36,3-38,5)	1,44 (1,39-1,50)	<0,001	4,5 (4,0-5,0)	2,47 (2,23-2,74)	<0,001
<b>Região geográfica</b>							
Sudeste	68,0 (66,6-69,4)	30,1 (28,8-31,5)	1	-	1,9 (1,5-2,3)	1	-
Norte	54,4 (52,1-56,7)	37,8 (35,7-39,9)	1,37 (1,31-1,44)	<0,001	7,8 (6,3-9,7)	3,51 (3,06-4,04)	<0,001
Nordeste	56,4 (55,0-57,9)	38,1 (36,8-39,5)	1,26 (1,21-1,32)	<0,001	5,4 (4,8-6,2)	2,69 (2,35-3,08)	<0,001
Sul	69,1 (67,0-71,2)	29,3 (27,4-31,3)	0,79 (0,74-0,83)	<0,001	1,5 (1,2-2,0)	0,81 (0,65- 1,00)	0,046
Centro-Oeste	62,5 (60,7-64,2)	33,9 (32,3-35,5)	1,11 (1,05-1,17)	<0,001	3,6 (2,9-4,5)	1,63 (1,36-1,94)	<0,001
<b>Critério Brasil</b>							
A	85,9 (81,2-89,6)	14,0 (10,4-18,8)	1	-	0,0 (0,0-0,2)	1	-
B e C	68,2 (67,2-69,1)	29,6 (28,7-30,5)	2,16 (1,80-2,58)	<0,001	2,2 (2,0-2,6)	4,79 (1,98-11,57)	0,001
D e E	54,4 (53,1-55,6)	40,1 (38,9-41,4)	3,57 (2,99-4,28)	<0,001	5,5 (4,9-6,2)	14,13 (5,85-34,10)	<0,001
<b>Anos de estudo</b>							
12 anos ou mais	85,5 (84,2-86,7)	13,9 (12,7-15,2)	1	-	0,6 (0,4-0,8)	1	-
9-11 anos	74,3 (73,1-75,4)	24 (23,0-25,1)	1,99 (1,87-2,11)	<0,001	1,7 (1,4-2,2)	3,04 (2,35-9,23)	<0,001
5-8 anos	59,9 (58,0-61,6)	36,8 (35,1-38,6)	3,66 (3,42-3,91)	<0,001	3,3 (2,8-4,0)	9,54 (7,38-12,33)	<0,001
1-4 anos	45,5 (43,6-47,4)	50,4 (48,5-52,2)	6,75 (6,33-7,20)	<0,001	4,2 (3,5-5,0)	15,00 (11,65-19,30)	<0,001
Sem instrução	36,6 (34,9-38,3)	53,8 (52,0-55,6)	8,75 (8,19-9,34)	<0,001	9,6 (8,5-10,8)	36,48 (28,58-46,58)	<0,001

Legenda: IC - Intervalo de confiança; OR - Odds-Ratio.

Fonte: Autores.

apresentam a maior chance de realizarem acompanhamento irregular (OR=1,32; p<0,001). Apesar disso, não se observou o efeito da classe socioeconômica no aumento da chance de nunca ter realizado consulta odontológica ao longo da vida. Ao se analisar a variável anos de estudo, ou seja, o nível de instrução das pessoas, percebe-se que aquelas que são categorizadas como sem instrução possuem a maior chance de realizar acompanhamento irregular (OR=5,76; p<0,001) e nunca ter ido ao dentista (OR=23,66; p<0,001) (Tabela 4).

Com relação à Tabela 5, que diz respeito ao tipo de tratamento odontológico, percebe-se que a faixa etária de adultos de 30 a 39 anos, possui menor chance de realizar procedimentos cirúr-

gicos e de urgência (OR=0,82; p<0,001) que indivíduos da faixa etária de jovens de 18 a 29 anos. Já a faixa etária correspondente a 60 anos ou mais apresenta chance de realizar tratamentos odontológicos (OR=2,17; p<0,001). A cor/raça preta apresenta maior chance de realizar procedimentos cirúrgicos ou de urgência (OR=1,37; p<0,001).

Quanto à região geográfica observa-se que indivíduos que moram na região Sul possuem menor chance de realizar consultas para tratamento odontológico (OR=0,72; p<0,001), em contrapartida pessoas que moram na região Nordeste possuem maior chance de realizar de procedimentos cirúrgicos ou de urgência (OR=1,77; p<0,001) (Tabela 5).

**Tabela 3.** Análise bivariada do tipo de tratamento odontológico de acordo com as variáveis estudadas. Brasil, 2013.

Variáveis	Tipo de Tratamento Odontológico						
	Consulta de prevenção/ acompanhamento	Procedimentos cirúrgicos ou de urgência			Tratamento odontológico		
	Prevalência (IC95%)	Prevalência (IC95%)	OR (IC95%)	Valor de p	Prevalência (IC95%)	OR (IC95%)	Valor de p
Faixa etária							
18-29 anos	61,9 (59,7-64,1)	18,2 (16,6-19,9)	1	-	19,9 (18,0-21,8)	1	-
30-39 anos	60,4 (58,1-62,6)	15,1 (13,6-16,7)	0,86 (0,78-0,94)	0,001	24,6 (22,6-26,6)	1,14 (1,04-1,24)	0,004
40-59 anos	53,0 (50,8-55,1)	14,8 (13,5-16,2)	0,98 (0,90-1,07)	0,693	32,2 (30,1-34,3)	1,65 (1,52-1,78)	<0,001
60 anos ou mais	49,2 (45,8-52,7)	15,1 (12,9-17,6)	1,18 (1,05-1,33)	0,006	35,6 (32,5-38,9)	2,43 (2,20-2,70)	<0,001
Cor/Raça							
Branca	59,9 (58,0-61,9)	12,2 (11,2-13,4)	1	-	27,8 (26,0-29,7)	1	-
Preta	53,8 (49,6-58,0)	20,6 (17,6-24,0)	1,96 (1,73-2,22)	<0,001	25,5 (21,8-29,6)	1,02 (0,91-1,15)	0,684
Parda	53,1 (51,4-54,9)	20,4 (18,9-21,9)	1,92 (1,78-2,07)	<0,001	26,5 (24,9-28,1)	1,08 (1,02-1,15)	0,014
Região geográfica							
Sudeste	56,6 (54,2-58,9)	12,5 (11,1-13,9)	1	-	31,0 (28,7-33,3)	1	-
Nordeste	52,3 (49,9-54,7)	25,3 (23,3-27,5)	2,08 (1,89-2,30)	<0,001	22,4 (20,5-24,3)	0,75 (0,69-0,82)	<0,001
Norte	58,8 (54,7-61,2)	21,2 (18,7-24,0)	1,80 (1,61-2,01)	<0,001	20,8 (18,5-23,4)	0,76 (0,69-0,84)	<0,001
Sul	63,1 (60,2-65,9)	12,8 (11,1-14,7)	0,86 (0,76-0,98)	0,023	24,1 (21,7-26,6)	0,70 (0,64-0,77)	<0,001
Centro-Oeste	57,6 (55,0-60,2)	11,2 (9,9-12,7)	0,99 (0,87-1,35)	0,898	31,1 (28,7-33,6)	1,02 (0,92-1,12)	0,751
Critério Brasil							
A	63,5 (55,5-71,2)	7,0 (3,6-13,2)	1	-	29,5 (22,2-38,1)	1	-
C e B	58,3 (56,7-59,9)	14,2 (13,2-15,2)	2,55 (1,76-3,70)	<0,001	27,6 (26,1-29,1)	1,52 (1,20-1,92)	<0,001
D e E	52,8 (50,8-54,9)	20,8 (19,2-22,5)	4,71 (3,25-6,83)	<0,001	26,4 (24,6-28,2)	1,69 (1,33-2,14)	<0,001
Anos de estudos							
12 anos ou mais	70,0 (67,7-72,2)	7,1 (6,0-8,4)	1	-	22,9 (21,0-25,5)	1	-
9-11 anos	59,5 (57,6-61,4)	13,4 (12,1-14,8)	2,28 (2,04-1,48)	<0,001	27,1 (25,3-29,0)	1,37 (1,28-1,48)	<0,001
5-8 anos	46,0 (42,9-49,2)	22,0 (19,7-24,6)	5,65 (4,97-6,44)	<0,001	32,0 (29,0-35,1)	1,95 (1,76-2,17)	<0,001
1-4 anos	43,1 (39,6-46,7)	24,4 (21,6-27,5)	7,36 (6,42-8,44)	<0,001	32,5 (29,3-35,8)	2,66 (2,38-2,98)	<0,001
Sem instrução	38,7 (34,9-42,7)	32,9 (29,4-36,6)	9,11 (7,92-10,48)	<0,001	28,4 (24,8-32,2)	2,14 (1,88-2,43)	<0,001

Legenda: IC - Intervalo de confiança; OR - Odds-Ratio.

Fonte: Autores.

Ao considerar o “Critério Brasil” categorizado, às classes D e E apresentam maiores chances de realizar procedimentos cirúrgicos ou de urgência que consultas de prevenção (OR=1,41;  $p<0,001$ ), enquanto indivíduos das classes B e C apresentaram maiores chances de realizar consultas para tratamento odontológico que de prevenção e acompanhamento (OR=1,33;  $p<0,001$ ). Ao se analisar os anos de estudo, percebe-se que quanto menor o nível de instrução, maiores as chances de ter realizado procedimentos cirúrgicos e de urgência na última consulta odontológica, chegando a ser 6,59 vezes maior entre os indivíduos sem instrução (OR=7,59;  $p<0,001$ ) (Tabela 5).

## Discussão

Segundo a análise deste estudo, observa-se marcante desigualdade na utilização de serviços odontológicos onde os indivíduos pertencentes à cor/raça preta, pertencentes às classes D e E, sem instrução educacional, moradores das regiões Norte/Nordeste, e maiores de 60 anos possuem maiores chances de realizar acompanhamento irregular e/ou nunca ter ido ao dentista do que realizar acompanhamento regular.

Ainda de acordo com os dados da PNS 2013, 55,6% dos brasileiros (111,6 milhões) não fizeram uso dos serviços odontológicos nos últimos 12 meses. Ressalta-se que esse valor chega a

**Tabela 4.** Análise multivariada da frequência de consulta odontológica de acordo com as variáveis estudadas a partir de regressão logística multinomial. Brasil, 2013.

Variáveis	Frequência de Consulta Odontológica			
	Faz acompanhamento irregular		Nunca foi ao dentista	
	OR (IC95%) aj.	Valor de p	OR (IC95%) aj.	Valor de p
Faixa etária				
18-29 anos	1	-	1	-
30-39 anos	1,10 (1,04-1,16)	0,001	0,59 (0,51-0,68)	<0,001
40-59 anos	1,44 (1,37-1,52)	<0,001	0,55 (0,48-0,62)	<0,001
60 anos ou mais	2,94 (2,76-3,13)	<0,001	1,10 (0,95-1,27)	0,195
Cor/Raça				
Branca	1	-	1	-
Preta	1,33 (1,24-1,42)	<0,001	2,23 (1,91-2,60)	<0,001
Parda	1,21 (1,16-1,26)	<0,001	1,47 (1,31-1,65)	<0,001
Região geográfica				
Sudeste	1	-	1	-
Nordeste	1,12 (1,06-1,18)	<0,001	1,83 (1,58-2,12)	<0,001
Norte	1,40 (1,32-1,48)	<0,001	2,58 (2,21-3,01)	<0,001
Sul	0,82 (0,76-0,87)	<0,001	0,90 (0,72-1,13)	0,358
Centro-Oeste	1,16 (1,09-1,24)	<0,001	1,58 (1,31-1,90)	<0,001
Critério Brasil				
A	1	-	1	-
B e C	1,16 (0,96-1,40)	0,131	1,67 (0,62-4,52)	0,311
D e E	1,32 (1,09-1,60)	0,005	2,54 (0,94-6,87)	0,067
Anos de estudos				
12 anos ou mais	1	-	1	-
9-11 anos	1,99 (1,87-2,11)	<0,001	2,42 (1,86-3,15)	<0,001
5-8 anos	3,37 (3,14-3,61)	<0,001	7,38 (5,66-9,61)	<0,001
1-4 anos	4,87 (4,54-5,22)	<0,001	12,32 (9,47-16,04)	<0,001
Sem instrução	5,76 (5,36-6,19)	<0,001	23,66 (18,30-30,60)	<0,001

Legenda: IC - Intervalo de confiança; OR - Odds- Ratio.

Fonte: Autores.

61,8% em negros e 63,4% em indivíduos sem instrução escolar<sup>3</sup>. Os resultados apresentados estão em concordância com apresentados na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD) de 1998 e de 2003 no que diz respeito à observação que os indivíduos de cor da pele branca e residentes nas regiões Sul e Sudeste utilizam mais os serviços odontológicos<sup>18</sup>. Logo, é possível observar que apesar da expansão dos serviços é nítida a persistência de uma ausência de acesso aos serviços odontológicos no país em alguns grupos populacionais<sup>19,20</sup>.

Galvão e Roncalli<sup>19</sup>, buscando avaliar a tendência das desigualdades de renda na utilização de serviços de saúde bucal pela população brasileira no período de 1998 a 2013, observaram

um importante papel da renda no acesso aos serviços de saúde bucal, sendo quanto menor a renda, menor a frequência de consulta ao dentista na vida, independentemente do ano avaliado. Estes resultados, reafirmam a persistência das desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal mediadas pela posição econômica, consolidando o status social como fator relacionado ao acesso a recursos sociais. Assim ao se extrapolar as análises percebe-se que as desigualdades em relação ao acesso dos serviços de saúde bucal se mantêm em determinados estratos socioeconômicos e regionais.

Ao se analisar a utilização de serviços odontológicos, é fundamental avaliar o efetivo alcance da universalização do acesso à saúde. Sendo as-

**Tabela 5.** Análise multivariada do tipo de tratamento odontológico de acordo com as variáveis estudadas a partir de regressão logística multinomial. Brasil, 2013.

Variáveis	Tipo de Tratamento Odontológico			
	Procedimentos cirúrgicos ou de urgência		Tratamento odontológico	
	OR (IC95%) aj.	Valor de p	OR (IC95%) aj.	Valor de p
<b>Faixa etária</b>				
18-29 anos	1	-	1	-
30-39 anos	0,82 (0,74-0,91)	<0,001	1,13 (1,03-1,24)	0,011
40-59 anos	0,83 (0,75-0,91)	<0,001	1,57 (1,44-1,71)	<0,001
60 anos ou mais	0,85 (0,74-0,98)	0,025	2,17 (1,93-2,43)	<0,001
<b>Cor/Raça</b>				
Branca	1	-	1	-
Preta	1,37 (1,19-1,57)	<0,001	0,99 (0,87-1,19)	0,845
Parda	1,29 (1,18-1,41)	<0,001	1,08 (1,00-1,16)	0,043
<b>Região geográfica</b>				
Sudeste	1	-	1	-
Nordeste	1,77 (1,59-1,97)	<0,001	0,77 (0,71-0,84)	<0,001
Norte	1,55 (1,37-1,75)	<0,001	0,82 (0,74-0,91)	<0,001
Sul	0,93 (0,81-1,07)	0,290	0,72 (0,65-0,79)	<0,001
Centro-Oeste	0,99 (0,85-1,14)	0,840	1,07 (0,97-1,19)	0,174
<b>Critério Brasil</b>				
A	1	-	1	-
B e C	1,22 (0,83-1,79)	0,312	1,33 (1,04-1,69)	0,023
D e E	1,41 (0,95-2,08)	0,084	1,31 (1,02-1,68)	0,036
<b>Anos de estudos</b>				
12 anos ou mais	1	-	1	-
9-11 anos	2,01 (1,79-2,26)	<0,001	1,45 (1,33-1,57)	<0,001
5-8 anos	5,02 (4,38-5,75)	<0,001	1,95 (1,75-1,78)	<0,001
1-4 anos	6,86 (5,92-7,94)	<0,001	2,13 (1,89-2,40)	<0,001
Sem instrução	7,59 (6,53-8,81)	<0,001	1,89 (1,65-2,17)	<0,001

Legenda: IC - Intervalo de confiança; OR - Odds-Ratio.

Fonte: Autores.

sim, observa-se neste estudo, que a região Norte e as pessoas com menor condição socioeconômica apresentam maior chance de nunca terem ido ao dentista.

Vieira *et al.*<sup>5</sup> aplicaram modelagem multinível para estudar associação de determinantes contextuais e individuais com a não utilização de serviços odontológicos entre adultos residentes em capitais, usando dados da PNSB. Verificou-se que adultos que vivem em cidades com altos IDH de renda e de longevidade têm menor probabilidade de nunca ter utilizado serviços odontológicos.

Diante desses resultados, é substancial abordar a relação entre o acesso aos serviços de saúde bucal e os efeitos da dimensão social na saúde. Nesse sentido, uma medida de acesso aos serviços

de saúde, corresponde à utilização desses serviços e sendo assim, a caracterização observada na análise desses dados, corrobora um “gradiente social em saúde”<sup>20</sup>. Esse paradigma espelha o modo como a saúde é sensível a fatores sociais e econômicos, ou seja, as condições de saúde seguem um gradiente social de modo que quanto maior a posição social melhor a condição de saúde<sup>2,21</sup>.

É fato que o aspecto socioeconômico é determinante para se buscar serviços odontológicos<sup>22</sup>, outrossim além de ser decisiva na busca pelo acesso aos serviços odontológicos, a renda também é decisiva na escolha pelo tratamento preventivo ou curativo. Observa-se essa afirmação ao se analisar que nenhum indivíduo pertencente à classe A não tenha visitado o dentista, também se observa o maior índice de procedimentos cirúrgicos



ou de urgência nos estratos mais desfavorecidos socioeconomicamente.

Além disso, pôde-se observar que a maior prevalência de consultas de prevenção ou acompanhamento ocorreu em pacientes mais jovens, pertencentes à cor/raça branca, residentes da região Sul do país, pertencentes à classe A, ou seja, maior nível socioeconômico e com maiores níveis de instrução educacional. Em contrapartida, as menores prevalências de prevenção/acompanhamento são correspondentes às cores/raças preta e parda, regiões Norte e Nordeste, classes econômicas D e E e sem instrução escolar. Ao avaliar as chances associadas aos desfechos, observou-se que indivíduos da raça preta, moradores das regiões Norte e Nordeste e de menor nível de escolaridade possuem maiores chances de terem realizado procedimentos cirúrgicos e de urgência na última consulta odontológica.

Bonfim *et al.*<sup>23</sup> demonstraram a presença de desigualdades raciais na dentição funcional entre adultos brasileiros, com um perfil mais precário para pardos do que para brancos. Paralelamente a esses resultados, Constante<sup>24</sup> relatou que pardos e negros apresentam maior chance de frequentar o serviço público odontológico do que os brancos, reforçando a maior confiança nesse tipo de serviço por esse grupo populacional. Tais resultados confirmam que as desigualdades na disponibilidade de atendimento odontológico são mais pronunciadas nas minorias raciais, ressaltando a importância dos investimentos no serviço público odontológico, uma vez que a minoria racial procura e confia mais neste serviço, podendo ser um meio de redução das desigualdades na utilização dos serviços odontológicos entre os grupos raciais.

O comportamento das pessoas com relação à frequência de consultas odontológicas exibe um traço marcante de desigualdade, com a autoavaliação e a autopercepção em saúde bucal espelhando suas condições sociais e educacionais. Em virtude disso, é possível observar que, assim como no estudo realizado por Borges *et al.*<sup>25</sup>, nesse estudo observou-se a existência de uma relação direta entre a utilização de serviços odontológicos e os anos de estudo. Ainda sob esta ótica, este estudo mostrou uma relação inversamente proporcional entre a idade e a periodicidade de consultas. Observou-se que quanto menor a escolaridade do indivíduo mais marcantes as desigualdades nas chances de realizar consultas irregulares, nunca ter ido a dentista e ter realizado procedimentos cirúrgicos ou de urgência na última consulta odontológica.

O acesso reduzido aos serviços de saúde bucal por idosos no Brasil merece atenção especial, uma vez que os serviços odontológicos historicamente não priorizam esse grupo quando atuam na prevenção e promoção da saúde. O acesso restrito, diante de uma demanda acumulada de tratamento e a alta prevalência de perda dentária desacompanhada de reabilitação protética, resultado de um histórico de modelos de saúde bucal individualistas e de baixa complexidade, geram maiores taxas de edentulismo, além de cárie e doenças periodontais nesses segmentos populacionais<sup>2,26</sup>.

Os resultados apresentados sugerem que há importantes fatores sociais envolvidos no acesso aos serviços odontológicos, os quais apresentam influência positiva ou negativa sobre a tomada de atitudes e comportamentos específicos com relação à saúde bucal<sup>21,26</sup>. As desigualdades sociais podem, assim, resultar em fatores de risco comuns a doenças orais, logo a análise dos determinantes sociais em saúde confere as bases teóricas para maior otimização das atividades de promoção da saúde bucal<sup>22</sup>.

Desvantagens sociais agrupadas criam condições que marginalizam e excluem as pessoas da sociedade e limitam suas oportunidades e escolhas na vida, agravando seu senso de vulnerabilidade e exclusão<sup>27</sup>. Travassos e Castro<sup>28</sup> afirmam que iniquidades no acesso e utilização de serviços de saúde expressam oportunidades diferenciadas em função da posição social do indivíduo.

Portanto, a desigualdade em saúde bucal é marcante e pode ser caracterizada como uma distribuição desigual do acesso a bens e serviços, que está fortemente determinada pela posição que os indivíduos ocupam na organização social. Ademais, os resultados do presente estudo indicam que as desigualdades no acesso e utilização dos serviços odontológicos no Brasil referentes a grupos sociais são grandes e podem ser consideradas ética e politicamente inaceitáveis, uma vez que revelam desvantagens de acesso e de utilização dos serviços entre os grupos sociais desfavorecidos.

A Política Nacional de Saúde Bucal, implementada em 2004, tem como diretriz principal a ampliação do acesso aos serviços odontológicos a todas as faixas etárias a partir do aumento da oferta de serviços tanto na atenção primária quanto da atenção secundária<sup>29</sup>. Todavia, no texto proposto não é mencionada como diretriz a superação das desigualdades de utilização de serviços odontológicos ou estratégias pautadas na equidade em saúde bucal.

Logo, as desigualdades na área da saúde bucal constituem um desafio atual que carece de esforços e investimentos em políticas públicas, em especial a reformulação da Política Nacional de Saúde Bucal, para a sua resolução. Diante das preponderantes iniquidades em relação aos acessos dos serviços de saúde, é necessário reconhecer a necessidade de crescentes e efetivos investimentos em saúde bucal no âmbito público para assim se continuar com os avanços concernentes a essa temática e o Brasil, então, se tornar um exemplo de universalização, integralidade e equidade nos projetos e programas de saúde bucal.

Como limitações, aponta-se que os dados coletados são passíveis do efeito do viés de memória do entrevistado ao apontar o tipo de tratamento odontológico realizado na última consulta, todavia espera-se que o efeito desse tipo de viés seja aleatório. Além disso, pontua-se que não foram incluídas na análise variáveis contextuais, que apresentam um efeito esperado do desfecho e devem ser melhor investigadas em estudos futuros.

Como potencialidades, o presente estudo apresenta resultados importantes, com abrangência e representatividade nacional do padrão de utilização de serviços odontológicos pela população brasileira. Ao demonstrar não apenas desigualdades no acesso aos serviços odontológicos em nível individual, como também desigualda-

des quanto ao tipo de tratamento odontológico realizado, evidenciando a maior realização de procedimentos mutiladores na população socialmente desfavorecida.

## Conclusão

Tendo em vista que houve uma ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil, é contrastante a permanência de tais iniquidades. Exemplifica-se a população de cor/raça negra, residente na região Norte/Nordeste, de menor classe social e escolaridade apresentarem maiores chances de realizar acompanhamento irregular e nunca terem ido ao dentista. Além disso, este estrato populacional também apresenta maiores chances de realizarem procedimentos odontológicos cirúrgicos ou de urgência na última consulta odontológica em detrimento de realizar tratamentos odontológicos restauradores e consultas de prevenção ou acompanhamento.

Os resultados do presente estudo reforçam a necessidade de políticas equitativas e ações que minimizem as desigualdades em saúde bucal, redução da pobreza e iniquidades regionais garantindo acesso aos subgrupos populacionais mais vulneráveis de acordo com as suas necessidades de saúde.

## Colaboradores

MHR Galvão trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados e escrita do artigo. ACO Souza trabalhou na concepção e escrita do manuscrito. HGF Moraes responsabilizou-se pela escrita e revisão crítica do artigo. AG Roncalli trabalhou na concepção, revisão crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

## Referências

1. Neves M, Giordani JMA, Hugo FN. Primary dental healthcare in Brazil: the work process of oral health teams/Atenção primária a saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Cien Saude Colet* 2019; 24(5):1809-1821.
2. Monteiro CN, Beenackers MA, Goldbaum M, Barros MBA, Gianini RJ, Cesar CLG, Mackenbach JP. Socio-economic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008. *BMC Health Serv Res* 2016; 16(1):683.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Ministério da Saúde (MS). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
4. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AMEBL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Cien Saude Colet* 2019; 24(3):1021-1032.
5. Vieira JMR, Rebelo MAB, Martins NMDO, Gomes JFF, Vettore MV. Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. *J Public Health Dent* 2019; 79(1):60-70.
6. Silva ICMD, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, Ewerling F, Hellwig F, Ferreira LZ, Ruas LPV, Joseph G, Barros AJD. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saude* 2018; 27:e000100017.
7. Barros FPDC, Sousa MFD. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saude Soc* 2016; 25:9-18.
8. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJ. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saude Publica* 2012; 46:250-258.
9. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTDC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saude Publica* 2012; 28:s90-s100.
10. Pinto RDS, Matos DL, Loyola Filho AID. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Cien Saude Colet* 2012; 17(2):531-544.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério da Saúde (MS). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013* [Internet]. 2013 [acessado 2020 maio 18]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-desaude.html>.
12. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Dental checks: intervals between oral health reviews. NICE guidelines* [Internet]. 2004 [acessado 2020 maio 18]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg19>.
13. Newman JF, Helen CG. Regular pattern of preventive dental services - a measure of access. *Soc Sci Med* 1992; 35(8):997-1001.
14. Lacerda JTD, Simionato EM, Peres KG, Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Rev Saude Publica* 2004; 38:453-458.
15. Andersen R, Davidson P. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators Improving Access. In: Andersen RM, Rice TH, Kominski GF (Org.). *Changing the US Health Care System Key Issues in Health Services Policy and Management*. [S.l.]: Jossey-Bass; 2007. p. 3-33.
16. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health* 2018; 108(2):e1-e7.
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério Brasil: Critério de Classificação Econômica Brasil 2013: base LSE 2011*. São Paulo: ABEP; 2013.
18. Nico LS, Andrade SSCA, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Self-reported oral health in the Brazilian adult population: results of the 2013 National Health Survey. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):389-98.
19. Galvão MHR, Roncalli AG. Does the implementation of a national oral health policy reduce inequalities in oral health services utilization? The Brazilian experience. *BMC Public Health* 2021; 21(1):1-8.
20. Galvão MHR. *Acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil: desigualdades na utilização e fatores associados à oferta de atenção secundária* [dissertação]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019.
21. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 45(3):216-224.
22. Nova FAV, Ambrosano GMB, Pereira SM, Pereira AC, Meneghin MC. Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10(34):1-9.
23. Bomfim RA, Schneider IJC, de Andrade FB, Lima-Costa MF, Corrêa VP, Frazão P, Watt RG, Bastos JL, Oliveira C. Racial inequities in tooth loss among older Brazilian adults: A decomposition analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 2021; 49(2):119-127.
24. Constante HM. Racial inequalities in public dental service utilisation: Exploring individual and contextual determinants among middle-aged Brazilian adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020; 48:302-308.
25. Borges TS, Schwanke NL, Reuter CP, Kraether Neto L, Burgos MS. Fatores associados à cárie: pesquisa de estudantes do sul do Brasil. *Rev Paul Pediatr* 2016; 34(4):489-494.
26. Bastos TF, Medina LPB, Sousa NFDS, 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(Supl. 2):E190015.
27. Watt RG, Venturelli R, Daly B. Understanding and tackling oral health inequalities in vulnerable adult populations: from the margins to the mainstream. *Br Dent J* 2019; 227(1):49-54.

28. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 183-206.
29. Costa H, Solla J, Suassuna A, Pucca Jr GA. *Diretrizes da política nacional de saúde bucal*. Brasília: MS; 2004.

---

Artigo apresentado em 03/05/2020

Aprovado em 22/10/2021

Versão final apresentada em 24/10/2021

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva