

Situação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

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

Deborah Ellen Wanderley Gomes Freire, Aldelany Ramalho Freire, Edson Hilan Gomes de Lucena, Yuri Wanderley Cavalcanti

<https://doi.org/10.1590/s1679-4974202100016>

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 concordam que caso o manuscrito venha a ser aceito e postado no servidor SciELO Preprints, a retirada do mesmo se dará mediante retratação.
- 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.

Submetido em: 2021-06-08

Postado em: 2021-06-08 14:49:48 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)



Como citar este artigo: Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG, 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. Epidemiol Serv Saude [preprint]. 2021 [citado 25 maio 2021]:[25 p.]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/s1679-4974202100016>

ARTIGO ORIGINAL

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*

Oral health access in Brazil: analysis of inequities and non-access from the user's perspective, according to National Primary Care Access and Quality Improvement Program, 2014 and 2018

Acceso a la salud oral en Brasil: análisis de desigualdades y falta de acceso desde la perspectiva del usuario, según Programa para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria, 2014 y 2018

Deborah Ellen Wanderley Gomes Freire¹ - orcid.org/0000-0002-0001-7430

Aldelany Ramalho Freire¹ - orcid.org/0000-0002-8082-5883

Edson Hilan Gomes de Lucena¹ - orcid.org/0000-0003-3431-115X

Yuri Wanderley Cavalcanti¹ - orcid.org/0000-0002-3570-9904

¹Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, João Pessoa, PB, Brasil

Endereço para correspondência:

Yuri Wanderley Cavalcanti – Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Clínica e Odontologia Social, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Cidade Universitária, Campus I, Castelo Branco, João Pessoa, PB, Brasil. CEP: 58051-900

E-mail: yuri@ccs.ufpb.br

*O estudo contou com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Ministério da Educação (Capes/MEC): Código 001.

Recebido em 11/07/2020

Aprovado em 28/01/2021

Editora associada: Suele Manjourany Duro - orcid.org/0000-0001-5730-0811

Resumo

Objetivo: Investigar os fatores associados ao não acesso em saúde bucal no Brasil.

Métodos: Estudo transversal, sobre dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, em 2014 e 2018, mediante regressão logística multivariada hierarquizada. Definiu-se como ‘não acesso’ quando o usuário não consegue marcar consulta com cirurgião-dentista. **Resultados:** Analisou-se dados de 37.262 indivíduos do segundo ciclo (2014) e 117.570 do terceiro ciclo (2018).

Maior chance de não acesso ocorreu para residentes em municípios mais desiguais e com menor cobertura de saúde bucal, deslocamento para a unidade de saúde superior a 11 minutos, sexo feminino, idade entre 25 e 39 anos e renda de até 1 salário mínimo.

Conclusão: O não acesso associou-se a fatores municipais, como maior desigualdade;

fatores organizacionais, como menor cobertura e tempo de deslocamento até a unidade; e fatores individuais, como sexo, idade e renda.

Palavras-chave: Estudos Transversais; Acesso aos Serviços de Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objective: To investigate factors associated with non-access to oral health in Brazil.

Methods: Cross-sectional study that analyzed data from the external evaluation of the National Program to Improve Access and Quality (2014 and 2018), using hierarchical multivariate logistic regression. Non-access category was defined as the situation in which user was unable to make an appointment with a dentist. **Results:** We analyzed data from 37.262 individuals (2014 sample) and 117.570 people (2018 sample). A greater chance of non-access was found for those who: live in more unequal municipalities and with less oral health coverage, whose travel time to the unit is more than 11 minutes; female, aged between 25 and 39 years and whose income was up to 1 minimum wage.

Conclusion: Non-access was associated with municipal factors such as greater inequality; organizational factors such as less coverage and travel time to the unit; and individual factors such as sex, age and income.

Keywords: Cross-Sectional Studies; Health Services Accessibility; Dental Health Services; Primary Health Care.

Introdução

Apesar da garantia constitucional da saúde como direito universal, incluída a saúde bucal como componente da qualidade de vida na atenção integral à saúde, a expansão dos serviços de saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) encontrou barreiras, como escassez de recursos, oferta limitada de serviços, e a influência de fatores socioeconômicos e demográficos.^{1,2}

Uma diversidade de estudos tem abordado o acesso em saúde bucal, especialmente com o objetivo de avaliar o impacto na melhoria da cobertura desses serviços após a

implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) em 2004.³⁻⁵ Avanços foram alcançados. Porém, diversos estudos nacionais têm mostrado que muitos brasileiros, todavia, não têm pleno acesso a esses serviços, acesso esse condicionado a intensas desigualdades.^{4,6,7}

A ampliação do atendimento à saúde bucal ainda constitui um desafio para o SUS.^{8,9} As desigualdades no acesso aos serviços de saúde, em geral, estão relacionadas a fatores socioeconômicos, demográficos, organizacionais, e podem se traduzir, particularmente no tema deste relato, em piores condições de saúde bucal para grupos historicamente excluídos, como idosos, indivíduos de baixa escolaridade e/ou de baixa renda.⁵ Tal acesso deve ser priorizado para esses grupos, de modo a mitigar as iniquidades geradas por condições sociais adversas.¹⁰ Também é importante avaliar o contexto socioespacial das unidades de saúde, no sentido de compreender certas desigualdades em saúde a partir de padrões socioeconômicos e demográfico-territoriais.⁵

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi implementado em 2011, com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade dos serviços públicos de saúde.¹¹ No âmbito do programa, três ciclos de avaliação externa já foram realizados, entre os anos de 2012 e 2018. Porém, é necessário avaliar se o PMAQ-AB contribuiu efetivamente para a melhoria do acesso aos serviços da Atenção Básica em saúde, inclusive os de saúde bucal, ou se permanecem e até são reforçados fatores adversos, relacionados às dificuldades de acesso dos usuários desses serviços, sejam elas de ordem municipal, organizacional ou individual. Sua avaliação contribui para identificar possíveis barreiras, capazes de interferir na oferta e utilização, pela população, dos serviços de atenção à saúde bucal.

Também é importante monitorar os investimentos e estratégias nessas ações, sua efetividade na consolidação da PNSB e diminuição das desigualdades em saúde bucal no país. A comparação dos resultados dos diferentes ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB permitirá acompanhar a evolução de indicadores de acesso e possíveis fatores determinantes, contribuindo para a avaliação dos serviços e subsídio à tomada de decisão no planejamento das práticas de saúde bucal.

No esteio desse amplo escopo de temas da PNSB e do PMAQ-AB, o objetivo do estudo foi investigar os fatores associados ao não acesso em saúde bucal sob a ótica do usuário do SUS, tendo-se como base os dados colhidos no 2º e no 3º ciclos de avaliação externa

do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB.

Métodos

Estudo transversal, sobre dados secundários oriundos do 2º e do 3º ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB, realizados em 2014 e 2018, e dados demográficos do país, cuja média nacional do índice de desenvolvimento humano (IDH) foi estimada em 0,755 para uma população de 209.895.323 habitantes, para o ano de 2020 (<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>).

O PMAQ-AB, instituído pelo Ministério da Saúde com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.654, de 19 de julho de 2011, é constituído de cinco fases: (i) a adesão dos municípios e contratualização das equipes, (ii) o desenvolvimento das ações, (iii) a avaliação externa e (iv) a recontratualização, quando acontece a repactuação das equipes e instituição de novos indicadores.

Na avaliação externa do PMAQ-AB, são verificadas *in loco* as condições de acesso e a qualidade dos serviços de saúde, organizadas em seis módulos distintos:

Módulo I	Observação da unidade básica de saúde
Módulo II	Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na unidade de saúde
Módulo III	Entrevista com usuário na unidade básica de saúde
Módulo IV	Entrevista com o profissional do núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) e verificação de documentos na unidade básica de saúde
Módulo V	Observação na unidade de saúde para saúde bucal
Módulo VI	Entrevista com profissional da equipe de saúde bucal e verificação de documentos na unidade de saúde

O Módulo III avaliou, por meio de entrevistas com usuários da equipe de saúde bucal, questões relacionadas à satisfação com os serviços, condições de utilização e acesso a eles.¹¹

Os dados foram selecionados a partir do universo das entrevistas realizadas com usuários que responderam à variável de desfecho do estudo: acesso aos serviços odontológicos. Nos 2º e 3º ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB, ocorridos em 2014 e 2018, foram realizadas 114.615 e 140.444 entrevistas respectivamente.

O presente estudo utilizou a base de microdados disponibilizada na página da Secretaria de Atenção Primária em Saúde, do Ministério da Saúde (SAPS/MS) (<https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>), para o 2º ciclo e o 3º ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB. Foi utilizado o banco de dados referente ao Módulo III – Entrevista com usuário na unidade básica de saúde.

Na fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<http://atlasbrasil.org.br/2013/>), coletou-se dados sobre o IDH e o índice de Gini dos 5.570 municípios, referentes ao Censo Demográfico de 2010, e no Ministério da Saúde, dados da cobertura de saúde bucal no país (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.html>). Em ambos procedimentos, foram coletados nas páginas eletrônicas do Ministério da Saúde e do IBGE os dados referentes aos mesmos períodos quando foram realizadas as entrevistas do PMAQ-AB, 2014 e 2018. Os dados foram extraídos em outubro de 2019.

Para evitar possível viés, os dados foram tabulados e analisados de forma ‘cega’ – codificada –, utilizando-se os mesmos códigos das planilhas originais.

A variável de desfecho ‘acesso aos serviços odontológicos’ foi coletada no Módulo III do PMAQ-AB, com a proposição da seguinte pergunta orientadora:

“O(a) Senhor(a) consegue marcar consulta com cirurgião-dentista nesta unidade?”

As categorias de resposta ‘Sim’ e ‘Nunca procurou’ foram consideradas como ausência de barreiras de acesso, ou seja, **acesso**; e a categoria ‘Não’, **não acesso** de fato. A categoria ‘Nunca procurou’ foi incluída como ausência de barreira (portanto, acesso) porque, se o usuário sequer procurou o serviço, não é possível afirmar que houve impedimento a sua utilização.

As variáveis independentes selecionadas para o estudo foram divididas entre ‘ambientais municipais’, ‘organizacionais do serviço de saúde’ e ‘individuais’.

As variáveis ambientais municipais foram o IDH, o índice de Gini e o histórico de cobertura de saúde bucal do município de origem do entrevistado. As variáveis organizacionais dos serviços de saúde utilizadas foram ‘tempo de deslocamento até a unidade de saúde’, ‘tipo de atendimento’, ‘marcação da consulta para o mesmo dia’, se ‘o horário de funcionamento atende às necessidades’, quantidade de ‘turnos de atendimento’ e ‘dias de atendimento na semana’. Finalmente, as variáveis individuais verificadas foram ‘sexo’, ‘faixa etária’, ‘raça/cor da pele’, ‘escolaridade’, ‘renda’ e ‘cadastro em programa de renda mínima’ (nesse caso, ‘beneficiário do Programa Bolsa Família’). A descrição das variáveis e respectivas categorizações estão apresentadas na Figura 1.

Inicialmente, as variáveis foram analisadas de maneira descritiva, com o objetivo de caracterizar a amostra, por meio da distribuição de frequências.

Posteriormente, foi realizada análise de regressão logística hierarquizada, sendo consideradas no primeiro nível as variáveis ambientais municipais, no segundo nível as variáveis organizacionais do serviço, e no 3º nível as variáveis individuais. As medidas de razão de chances (*odds ratio*, OR, e respectivos intervalos de confiança de 95%, IC_{95%}) foram obtidas considerando-se $p < 0,05$. Adotou-se o método de inserção Backward-Wald e apenas as variáveis que obtiveram um valor de $p > 0,20$ permanecerem no modelo final. Foi aplicado o método de ajuste Hosmer-Lemeshow. As análises foram conduzidas pelo *software* Statistical Program for the Social Sciences: SPSS for Windows, Versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

Resultados

Foram 114.615 entrevistados durante o 2º ciclo (2014) e 140.444 durante o 3º ciclo (2018) da avaliação externa do PMAQ-AB. Apenas 32,5% (n=37.262) responderam à variável de desfecho durante o 2º ciclo e desses, a maioria era do sexo feminino (82,5%), encontrava-se na faixa etária de 25 a 39 anos (39,7%), era de raça/cor da pele não branca (65,1%), tinha ensino fundamental (45,6%), não dispunha de renda (66,7%) e não apresentava cadastro no Bolsa Família (62,4%). No 3º ciclo, 83,7% dos entrevistados

(n=117.570) responderam à variável de desfecho, em sua maioria do sexo feminino (78,2%), na faixa etária de 40 a 59 anos (34,2%), com ensino fundamental (43,4%), não brancos (67,5%), de renda entre 1 e 3 salários mínimos (45,5%) e não beneficiários do Bolsa Família (68,2%). A Tabela 1 apresenta a análise descritiva das variáveis ambientais municipais, organizacionais do serviço e individuais, para cada ciclo.

No 2º ciclo, observou-se que o fato de residir em municípios com menor IDH reduziu a chance de não acesso a saúde bucal (OR=0,86 – IC_{95%} 0,78;0,91). Porém, indivíduos residentes em municípios mais desiguais, com maior índice de Gini, apresentaram maior chance de não ter acesso a esses serviços (OR=1,11 – IC_{95%} 1,04;1,19), comparados àqueles residentes em municípios com menor índice de Gini. Maior chance de não acesso também foi observada nos residentes em municípios com menor cobertura de saúde bucal (OR=1,44 – IC_{95%} 1,33;1,55) (Tabela 2).

Quanto às variáveis organizacionais do serviço de saúde, ainda de acordo com os dados do 2º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, um tempo de deslocamento até a unidade de saúde de mais de 30 minutos aumentou a chance de não acesso a saúde bucal (OR=1,20 – IC_{95%} 1,05;1,36), assim como a realização do atendimento por encaixe entre horários (OR=1,27 – IC_{95%} 1,01;1,60). O fato de a marcação das consultas na unidade não ser para o mesmo dia também aumentou a chance de não acesso (OR=1,39 – IC_{95%} 1,29;1,49). Quanto ao funcionamento da unidade, se os horários disponíveis não atendiam às necessidades do indivíduo, aumentava a chance de não acesso (OR=1,73 – IC_{95%} 1,58;1,88).

Em relação às variáveis individuais, usuários do sexo masculino (OR=0,80 – IC_{95%} 0,72;0,88) e idosos (OR=0,63 – IC_{95%} 0,55;0,73) apresentaram menor chance de não acesso. As variáveis ‘raça/cor da pele’, ‘renda’ e ‘beneficiário do Bolsa Família’ não compuseram o modelo final da regressão.

A Tabela 3 apresenta os resultados da regressão logística para o 3º ciclo. O fato de residir em municípios com menor IDH também reduziu a chance de não ter acesso aos serviços de saúde bucal (OR=0,76 – IC_{95%} 0,70;0,84). Indivíduos residentes em municípios mais desiguais (OR=1,38 – IC_{95%} 1,28;1,48) apresentaram maior chance de não acesso, comparados aos residentes em municípios com menor índice de Gini. Maior chance de não acesso também foi observada nos residentes em municípios com menor cobertura de saúde bucal (OR=1,83 – IC_{95%} 1,67;1,99).

Quanto às variáveis organizacionais do serviço de saúde, ainda de acordo com os dados do 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, um tempo entre 11 e 30 minutos de distância da unidade de saúde aumentou a chance de não acesso a saúde bucal (OR=1,29 – IC_{95%} 1,19;1,38), do mesmo modo que a realização do atendimento por ordem de chegada (OR=1,24; IC_{95%} 1,10;1,40). O fato de a marcação das consultas na unidade não ser para o mesmo dia também aumentou a chance de não acesso a esses serviços (OR=1,77 – IC_{95%} 1,63;1,93); igualmente, se os horários disponíveis não atendiam às necessidades do indivíduo, aumentava a chance de não acesso (OR=2,60 – IC_{95%} 2,32;2,91). Uma menor quantidade de dias de atendimento na unidade – entre 1 e 4 dias – aumentou a chance de não acesso (OR=1,28 – IC_{95%} 1,02;1,62), na comparação com unidades que atendiam em 6 ou 7 dias na semana. A variável ‘turnos de funcionamento’ não compôs o modelo final da regressão logística para o 3º ciclo.

Em relação às variáveis individuais, o sexo masculino apresentou menos chance de não acesso aos serviços (OR=0,82 – IC_{95%} 0,74;0,91). Quanto à faixa etária, a idade dos 25 aos 39 anos apresentou maior chance de não acesso (OR=1,17 – IC_{95%} 1,05;1,31), frente a indivíduos mais jovens, enquanto os idosos apresentaram menos chance de não acesso (OR=0,75 – IC_{95%} 0,64;0,87). Os que se autodeclararam não brancos apresentaram maior chance de não acesso (OR=1,33 – IC_{95%} 1,22;1,44), comparados aos brancos, assim como indivíduos sem renda (OR=1,40 – IC_{95%} 1,18;1,66) e beneficiários do Bolsa Família (OR=1,30 – IC_{95%} 1,19;1,42). Já os indivíduos que não estudaram ou não concluíram o ensino fundamental apresentaram menos chance de não acesso (OR=0,67 – IC_{95%} 0,54;0,82), comparados àqueles que concluíram o ensino superior.

Discussão

O presente estudo avaliou fatores associados com o não acesso em saúde bucal ao longo do 2º e do 3º ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB. A maior chance de não acesso foi encontrada entre indivíduos residentes em municípios mais desiguais e com menor cobertura de saúde bucal, cujo tempo de deslocamento do usuário até a unidade de saúde era superior a 11 minutos. Da mesma forma, foi verificada maior chance de não acesso a

serviços de saúde bucal quando a marcação da consulta não era feita para o mesmo dia, o horário de funcionamento da unidade não atendia às necessidades do usuário, ou se a quantidade de dias de funcionamento do serviço era menor. Também apresentaram maior chance de não acesso pertencer ao sexo feminino e encontrar-se na faixa etária de 24 a 39 anos, não ter renda ou a renda ser de até 1 salário mínimo. Assim, pode-se inferir que as características relacionadas aos municípios, as características organizacionais, relativas aos serviços de saúde, e as dos indivíduos, no conjunto da população brasileira, influenciam diretamente no acesso aos serviços de saúde.

Talvez a característica mais importante para que a utilização do serviço ocorra, de fato, é a disponibilidade de um serviço que atenda às necessidades do momento do usuário.¹² Por este motivo investiu-se na expansão da cobertura de saúde bucal, em todo país, com a inserção das equipes de saúde bucal na ESF e a implementação da PNSB.¹³

No entanto, percebe-se que disponibilidade não é garantia suficiente para a efetivação do acesso. É mister que a utilização dos serviços se faça por indivíduos que deles necessitem.¹⁴ Os dados deste estudo, em ambos ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, mostraram que embora o aumento da cobertura de saúde bucal tenha proporcionado menos chance de não acesso, a mera existência dos serviços odontológicos não implica, necessariamente, mudanças efetivas na organização dos serviços, persistindo barreiras que podem dificultar sua utilização.

Cumprе salientar que o horário de funcionamento dos serviços não atende às necessidades de parte da demanda, fato agravado entre o 2º e o 3º ciclo, neste especialmente, quando se apresentaram dificuldades ainda maiores no acesso às unidades de saúde que funcionam menos dias durante a semana e em menos turnos. A presença de barreiras organizacionais, como a incompatibilidade entre turnos e dias de funcionamento das unidades e horário possível para os trabalhadores, dificulta o acesso e impede que suas necessidades sejam atendidas, podendo gerar iniquidades em saúde. É recomendável que também sejam ofertados serviços em horários e dias alternativos, como no período noturno e/ou nos finais de semana, com o objetivo de atender essa parcela da população até então desassistida.¹⁵

Destaca-se, também, o fato de as consultas com horário marcado e por ordem de chegada, após agendamento, favorecerem o acesso, observado principalmente no 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. A organização do atendimento por agendamentos tende

a ser benéfica para o sistema, pois direciona as demandas e permite uma melhor organização das ações. Entretanto, o atendimento exclusivamente por essa forma pode gerar filas e demora na espera, além de não responder às demandas espontâneas da comunidade, que devem ser igualmente acolhidas e atendidas.²

Em estudo desenvolvido com dados do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB, realizado em 2012, Casotti et al.¹³ observaram que menos da metade dos entrevistados naquele ciclo afirmaram conseguir agendar consulta odontológica nas unidades de saúde, e que a organização da demanda representa uma das principais dificuldades para o acesso a esses serviços, incorrendo em não acolhimento à demanda espontânea e longo tempo de espera.

Outro aspecto avaliado foi a acessibilidade, qual seja, ausência de barreiras geográficas, que pode ser analisada pelo tempo de deslocamento até a unidade de saúde, distância entre residência e unidade de saúde, entre outros fatores determinantes.^{2,12} O presente estudo revelou que um tempo maior de deslocamento para a unidade de saúde representa uma maior chance de não ter acesso aos serviços, de acordo com ambos ciclos da avaliação considerados.

Com relação às variáveis individuais, diversos estudos ecológicos, em nível nacional, utilizaram os dados do módulo de acesso e utilização dos serviços de saúde das Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílios (PNAD)/IBGE, de que é exemplo o estudo de Barros & Bertoldi³ sobre o ano de 1998; exemplar nesse sentido também é o estudo de Peres et al.,⁴ que utilizaram os dados das PNAD de 2003 e 2008, e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)/IBGE. Apesar de esses trabalhos apontarem para uma redução nas desigualdades de acesso, continua-se a observar que indivíduos com menor nível de escolaridade e renda, igual a pessoas mais idosas, referem menor frequência de utilização dos serviços odontológicos.^{1,3,4,6}

Houve redução da chance de não acesso a saúde bucal entre idosos, segundo ambos ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB aqui estudados. O achado pode representar uma mudança no histórico modelo de organização dos serviços de saúde bucal, que priorizava faixas etárias mais jovens.¹⁶ Apesar de a transição demográfica ter acarretado crescimento da população idosa, pode-se inferir que as políticas e ações ocupadas em garantir acesso a serviços de qualidade para essa população estão sendo priorizadas.¹⁷ Também é importante verificar se estão sendo realizadas ações de promoção da integralidade do

cuidado prestado a essa população, a exemplo da realização de atendimento domiciliar e do encaminhamento das demandas de atendimento, quando necessário, para um nível especializado de atendimento odontológico, como a confecção de próteses dentárias, não realizadas na Atenção Primária à Saúde.¹⁸

Pesquisas nacionais apontam que, mesmo com a diminuição das desigualdades no acesso em saúde bucal, indivíduos referidos nos maiores quintos de renda têm mais acesso a esses serviços quando comparados aos de menor ingresso financeiro.^{4,19} Os resultados do 2º ciclo corroboram essas pesquisas, apesar de no 3º ciclo, este problema ter-se tornado estatisticamente insignificante. Contudo, o 3º ciclo mostrou que a participação do usuário em programas de renda mínima foi determinante para uma maior chance de não acesso. Em tese, políticas afirmativas deveriam contribuir para o acesso ao atendimento à saúde bucal, uma vez que é imposta ao beneficiário a condição de acompanhamento regular pela unidade de saúde. Porém, nem sempre a saúde bucal é incluída no rol das consultas de cunho obrigatório, exceto para gestantes.

Estudos apontam para desigualdades de acesso associadas ao nível educacional. Nesse sentido, indivíduos com menor nível de escolaridade têm maiores chances de não acesso a serviços odontológicos, comparados àqueles com maior grau de instrução.²⁰

Indivíduos que vivem em situação social de maior vulnerabilidade possuem maior probabilidade de adoecer e por conseguinte, maior acúmulo de necessidades.⁸ Por esse motivo, o princípio da equidade propõe que os serviços sejam direcionados a esses indivíduos.

Foram apontados discretos avanços na cobertura de saúde bucal e diminuição das razões de chance de não acesso a esses serviços por idosos e analfabetos. Ainda assim, a comparação entre os ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB permitiu observar que municípios mais desiguais e a presença de barreiras organizacionais, como marcação de consultas, disponibilidade insuficiente de horário e dias de atendimento, e iniquidades no acesso, com a não priorização de indivíduos de baixa renda, todavia se fazem presentes, sendo necessários esforços importantes para redução das desigualdades sociais.

A natureza transversal deste estudo deve ser considerada, desde que não é possível identificar relação cronológica entre as variáveis independentes e o desfecho do estudo. Além disso, durante a fase de avaliação externa do PMAQ-AB, são realizadas entrevistas apenas com usuários da Estratégia Saúde da Família e em unidades de saúde que aderiram

ao PMAQ-AB, o que pode representar um viés de seleção. A comparação dos dados entre os dois ciclos deve ser realizada com cautela, uma vez que os indivíduos entrevistados não são os mesmos. O estudo pretende gerar subsídios que permitam monitorar os indicadores de acessibilidade, para o planejamento das ações e redução das iniquidades no acesso e utilização dos serviços de saúde bucal.

Embora tenham-se observado avanços no aumento da cobertura de saúde bucal no Brasil, os fatores associados com o não acesso em saúde bucal na Atenção Básica do SUS não foram modificados ao longo dos ciclos de avaliação externa do PMAQ-AB. Ainda se observam desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, determinadas por fatores organizacionais como horário insuficiente para atendimento das necessidades, restrição de dias de funcionamento desses serviços, além de desigualdades em saúde relacionadas a fatores individuais, como renda. Faz-se necessário priorizar o acesso de grupos específicos ao atendimento odontológico, por meio de estratégias de organização do processo de trabalho das equipes de saúde. Além disso, a implementação de políticas públicas de combate às desigualdades socioeconômicas mostra-se como medida essencial para garantir o acesso equânime aos serviços de saúde bucal.

Contribuição dos autores

Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG e Cavalcanti YW contribuíram na concepção e delineamento do estudo. Freire DEWG e Freire AR redigiram a primeira versão do manuscrito. Freire DEWG e Cavalcanti YW contribuíram na análise e interpretação dos resultados. Lucena EHG e Cavalcanti YW revisaram criticamente o conteúdo do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Conflitos de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica*. 2010;44(2):360-5. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>.

2. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelos de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(11):2865-75. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
3. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cienc Saude Colet*. 2002;7(4):709-17. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400008>.
4. 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;46(2):250-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-9102012000200007>.
5. Fonseca EP, Fonseca SGO, Meneghim MC. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. *ABCS Health Sci*. 2017;42(2):85-92. doi: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1008>.
6. Stopa SR, Malta DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira: pesquisa nacional de saúde 2013. *Rev Saude Publica*. 2017;51(Suppl 1):3s. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>.
7. Rocha-Madruga RC, Coelho-Soares RS, Cardoso AMR, Cavalcanti SDLB, Góes PSA, Cavalcanti AL. Access to oral health services in areas covered by the family health strategy, Paraíba, Brazil. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2017;17(1):e3006. doi: <https://doi.org/10.4034/PBOCI.2017.171.06>.
8. Figueiredo MC, Peixoto LT, Covatti F, Silva KVCL, Jardim LE. Saúde bucal de pessoas em situação de pobreza extrema residentes em um município no Sul do Brasil. *UNOPAR Cient Cienc Biol Saude*. 2014;16(1):45-50. doi: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2014v16n1p%25p>.
9. Esposti CDD, Cavaca AG, Côco LSA, Santos-Neto ET, Oliveira AE. As dimensões do acesso aos serviços de saúde bucal na mídia impressa. *Saude Soc*. 2016;25(1):19-30. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016141706>.
10. Andrade MV, Noronha KVMS, Menezes RM, Souza MN, Reis CB, Martins DR, et al. Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. *Econ Apl*. 2013;17(4):623-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-80502013000400005>.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM n. 1.654 de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do sistema único de saúde, o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção básica variável – PAB variável. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 20 jul. 2011.
12. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Suppl 2):190-8. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.
13. Casotti E, Contarato PC, Fonseca ABM, Borges PKO, Baldani MH. Atenção em saúde bucal no Brasil: uma análise a partir da avaliação externa do PMAQ-AB.

- Saude Debate. 2014;38(n. spec):140-57. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S011>.
14. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208-20.
 15. Oliveira LH, Mattos RA, Souza AIS. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Cienc Saude Colet.* 2009;14(5):1929-38. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000500035>.
 16. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;19(6):385-93. doi: [10.1590/s1020-49892006000600004](https://doi.org/10.1590/s1020-49892006000600004).
 17. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(1):150-62. doi: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100014>.
 18. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AMEBL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Cienc Saude Colet.* 2019;24(3):1021-32. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.04272017>.
 19. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cad Saude Publica.* 2015;31(3):586-96. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00077214>.
 20. Silva AF, Urdaneta M, Santos LMP. Acesso a serviços odontológicos do SUS em adultos no Entorno Sul do Distrito Federal, 2010-2011. *Tempus (Brasília).* 2015;9(2):75-90. doi: <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i2.1659>.

Figura 1 – Descrição das variáveis do estudo

Variáveis	Pergunta na entrevista do PMAQ-AB ^a	Categorização
Variável dependente		
Acesso aos serviços de saúde bucal	<i>O(a) senhor(a) consegue marcar atendimento com o cirurgião-dentista nesta unidade de saúde?</i>	1. Acesso ou não procurou 2. Não acesso
1º Nível – Variáveis ambientais municipais		
Índice de desenvolvimento humano do município (IDH-M)	(b)	1. IDH-M baixo ^d 2. IDH-M alto
Índice de Gini	(b)	1. Gini baixo ^d 2. Gini alto
Cobertura de saúde bucal	(c)	1. Baixa ou média cobertura ^d 2. Alta cobertura
2º Nível – Variáveis organizacionais do serviço de saúde		
Tempo de deslocamento até a unidade de saúde	<i>Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde?</i>	1. Até 10 min 2. Até 30 min 3. Acima de 30 min
Tipo de atendimento	<i>Na maioria das vezes, quando o(a) senhor(a) consegue marcar a consulta, sua consulta é:</i>	1. Hora marcada 2. Ordem de chegada 3. Encaixes/outros
Marcação da consulta para o mesmo dia	<i>Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?</i>	1. Sim 2. Não
O horário de funcionamento atende às necessidades	<i>O horário de funcionamento desta unidade de saúde atende às suas necessidades?</i>	1. Sim 2. Não
Turnos de atendimento	<i>Em que horário esta unidade de saúde funciona?</i>	1. 1 a 2 turnos 2. 3 turnos
Dias de atendimento	<i>Esta unidade de saúde funciona em quais dias na semana?</i>	1. Até 5 dias 2. 6 dias 3. 7 dias
3º Nível – Variáveis individuais		
Sexo	Sexo	1. Masculino 2. Feminino
Faixa etária (anos)	<i>Qual é a idade do(a)</i>	1. 6 a 14

	<i>senhor(a)?</i>	2. 15 a 24 3. 25 a 49 4. 50 a 64 5. 65 ou mais
Raça/cor da pele	<i>Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça?</i>	1. Branca 2. Não branca
Escolaridade	<i>Até quando o(a) senhor(a) estudou?</i>	1. Nenhuma ou apenas alfabetizado(a) 2. Ensino fundamental 3. Ensino médio 4. Ensino superior
Renda (salários mínimos: SM)	<i>O(a) senhor(a) sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado? Se sim, qual o valor?</i>	1. Até 1 SM 2. Mais que 1 SM
Cadastro em programa de renda mínima	<i>O(a) senhor(a) é beneficiário(a) do Bolsa Família?</i>	1. Sim 2. Não

a) PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; b) variáveis ambientais municipais, coletadas na fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<http://atlasbrasil.org.br/2013/>); c) variável de cobertura de saúde bucal, coletada na plataforma e-Gestor Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>); d) categorização pela mediana.

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis ambientais municipais, variáveis organizacionais do serviço e variáveis individuais, da avaliação externa no 2º e 3º ciclos do Programa Nacional de Melhoria no Acesso e na Qualidade da Atenção Básica, Brasil, 2014 e 2018

Variáveis		2º ciclo				3º ciclo			
		Acesso/não procurou		Não teve acesso		Acesso/não procurou		Não teve acesso	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nível 1 – Ambientais municipais									
IDH-M^a	IDH-M baixo	17.508	47,0	2.135	5,7	53.791	45,8	1.664	1,4
	IDH-M alto	14.998	40,3	2.621	7,0	59.031	50,2	3.053	2,6
Índice de Gini	Gini baixo	17.981	48,3	2.354	6,3	59.518	50,6	1.926	1,6
	Gini alto	14.525	39,0	2.402	6,4	53.304	45,4	2.791	2,4
Cobertura de saúde bucal	Baixa ou média cobertura	12.184	32,8	2.410	6,5	50.998	43,4	3.086	2,6
	Alta cobertura	20.223	54,4	2.333	6,3	61.854	52,6	1.632	1,4
Nível 2 – Organizacionais do serviço									
Tempo de deslocamento até a unidade de saúde	Até 10 min	19.992	53,8	2.695	7,2	67.684	58,2	2.450	2,1
	11 a 30 min	10.189	27,4	1.694	4,6	37.013	31,9	1.905	1,6
	Acima de 30 min	2.233	6,0	361	1,0	6.834	5,9	313	0,3
Tipo de atendimento	Hora marcada	6.628	17,8	1.266	3,4	96.050	84,4	4.049	3,6
	Ordem de chegada	25.233	67,7	3.356	9,0	12.147	10,7	470	0,4
	Encaixe ou outros	645	1,7	134	0,4	984	0,9	44	0,0
Marcação da consulta para o mesmo dia	Sim	16.036	43,5	1.755	4,8	46.677	41,2	1.155	1,0
	Não	16.149	43,8	2.924	7,9	62.170	54,8	3.404	3,0
O horário de funcionamento atende às necessidades	Sim	28.697	77,7	3.799	10,3	107.484	91,8	4.082	3,5
	Não	3.539	9,6	913	2,4	4.911	4,2	613	0,5
Turnos de atendimento	1 a 2 turnos	31.000	83,2	4.471	12,0	97.219	89,0	4.013	3,7
	3 turnos	1.506	4,0	285	0,8	7.715	7,0	335	0,3
Dias de atendimento na semana	1 a 4 dias	1.724	4,6	296	0,8	2.782	2,4	200	0,2
	5 dias	29.529	79,3	4.258	11,4	101.881	88,8	4.042	3,5
	6 ou 7 dias	1.253	3,4	202	0,5	5.531	4,8	292	0,3
Nível 3 – Individuais									
Sexo	Masculino	5.881	15,8	633	1,7	24.936	21,2	729	0,6
	Feminino	26.625	71,4	4.123	11,1	87.916	74,8	3.989	3,4
	≤24	5.193	13,9	841	2,3	14.250	12,1	632	0,5

Faixa etária (anos)	25-39	12.736	34,2	2.032	5,5	34.726	29,5	1.821	1,6
	40-59	10.278	27,6	1.455	3,9	38.581	32,8	1.633	1,4
	≥60	4.299	11,5	428	1,1	25.295	21,5	632	0,6
Raça/cor da pele	Banca	11.168	30,5	1.629	4,4	36.484	31,4	1.230	1,1
	Não branca	20.801	56,8	3.051	8,3	74.899	64,5	3.445	3,0
	Nenhuma ou apenas alfabetizado(a)	3.179	8,5	330	0,9	12.049	10,3	278	0,2
Escolaridade	Ensino fundamental	14.863	39,9	2.111	5,7	48.855	41,7	1.989	1,7
	Ensino médio	12.086	32,5	1.971	5,3	41.545	35,4	2.037	1,7
	Ensino superior	2.344	6,3	339	0,9	10.248	8,7	407	0,3
Renda (salários mínimos: SM)	Sem renda	20.651	58,3	2.974	8,4	12.326	12,5	627	0,6
	Até 1 SM	3.183	9,0	481	1,4	28.092	28,6	1.152	1,2
	1 a 3 SMs	6.717	19,0	1.034	2,9	42.936	43,7	1.781	1,8
	4 ou mais SMs	331	0,9	46	0,1	10.997	11,2	366	0,4
Beneficiário do Programa Bolsa Família	Sim	12.241	32,9	1.767	4,7	34.409	30,2	1.804	1,6
	Não	20.236	54,4	2.988	8,0	74.988	65,7	2.839	2,5

a) IDH-M: índice de desenvolvimento humano do município.

Tabela 2 – Regressão logística binária multivariada dos fatores relacionados ao não acesso do usuário aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica, da avaliação externa no 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Brasil, 2014

Variáveis		β	p-valor	OR ^a	IC _{95%} ^b
Nível 1 – Ambientais municipais					
IDH-M^c	IDH-M baixo	-0,168	p<0,001	0,86	0,78;0,91
	IDH-M alto	1,00		1,00	
Índice de Gini	Gini baixo	1,00		1,00	
	Gini alto	0,106	0,002	1,11	1,04;1,19
Cobertura de saúde bucal	Baixa ou média cobertura	0,362	p<0,001	1,44	1,33;1,55
	Alta cobertura	1,00		1,00	
Nível 2 – Organizacionais do serviço					
Tempo de deslocamento até a unidade de saúde	Até 10 min	1,00		1,00	
	11 a 30 min	0,153	p<0,001	1,17	1,09;1,25
	Acima de 30 min	0,181		1,20	1,05;1,36
Tipo de atendimento	Hora marcada	1,00		1,00	
	Ordem de chegada	-0,120	p<0,001	0,89	0,82;0,96
	Encaixe ou outro	0,240	0,042	1,27	1,01;1,60
Marcação da consulta para o mesmo dia	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,325	p<0,001	1,39	1,29;1,49
Horário de funcionamento atende às necessidades	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,545	p<0,001	1,73	1,58;1,88
Turnos de atendimento	1 a 2 turnos	-0,096	0,194	0,91	0,79;1,05
	3 turnos	1,00		1,00	
Dias de atendimento na semana	1 a 4 dias	0,118	0,002	1,13	0,91;1,39
	5 dias	-0,113		0,89	0,76;1,05
	6 ou 7 dias	1,00		1,00	
Nível 3 – Individuais					
Sexo	Masculino	-0,227	p<0,001	0,80	0,72;0,88
	Feminino	1,00		1,00	
Faixa etária (anos)	≤24	1,00		1,00	
	25-39	0,014	P<0,001	1,01	0,93;1,11
	40-59	-0,077		0,93	0,84;1,02
	≥60	-0,458		0,63	0,55;0,73

Escolaridade	Nenhuma ou apenas alfabetizado(a)	-0,149	0,062	0,86	0,72;1,03
	Ensino fundamental	-0,011		0,99	0,87;1,13
	Ensino médio	-0,043		1,04	0,92;1,19
	Ensino superior	1,00		1,00	

a) OR: *odds ratio* (razão de chances); b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%; c) IDH-M: índice de desenvolvimento humano do município.

Nota:

As variáveis 'renda' e 'beneficiário do Programa Bolsa Família' foram removidas durante as etapas da regressão.

Tabela 3 – Regressão logística binária multivariável dos fatores relacionados ao não acesso do usuário aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica, da avaliação externa no 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, Brasil, 2018

Variáveis		β	p-valor	OR ^a	IC _{95%} ^b
Nível 1 – Ambientais municipais					
IDH-M*	IDH-M baixo	-0,272	p<0,001	0,76	0,70;0,84
	IDH-M alto	1,00		1,00	
Índice de Gini	Gini baixo	1,00		1,00	
	Gini alto	0,321	p<0,001	1,38	1,28;1,48
Cobertura de saúde bucal	Baixa ou média cobertura	0,602	p<0,001	1,83	1,67;1,99
	Alta cobertura	1,00		1,00	
Nível 2 – Organizacionais do serviço					
Tempo de deslocamento até a unidade de saúde	Até 10 min	1,00		1,00	
	11 a 30 min	0,250	p<0,001	1,29	1,19;1,38
	Acima de 30 min	0,165		1,18	1,01;1,37
Tipo de atendimento	Hora marcada	1,00		1,00	
	Ordem de chegada	0,213	0,002	1,24	1,10;1,40
	Encaixe ou outro	-0,101		0,90	0,60;1,36
Marcação da consulta para o mesmo dia	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,570	p<0,001	1,77	1,63;1,93
Horário de funcionamento atende às necessidades	Sim	1,00		1,00	
	Não	0,954	p<0,001	2,60	2,32;2,91
Dias de atendimento na semana	1 a 4 dias	0,250		1,28	1,02;1,62
	5 dias	-0,221		0,80	0,69;0,93
	6 ou 7 dias	1,00		1,00	
Nível 3 – Individuais					
Sexo	Masculino	-0,200	p<0,001	0,82	0,74;0,91
	Feminino	1,00		1,00	
Faixa etária (anos)	≤24	1,00		1,00	
	25-39	0,159	p<0,001	1,17	1,05;1,31
	40-59	0,088		1,09	0,97;1,23
	≥60	-0,290		0,75	0,64;0,87
Raça/cor da pele	Branca	1,00		1,00	
	Não branca	0,283	p<0,001	1,33	1,22;1,44

Escolaridade	Nenhuma ou apenas alfabetizado(a)	-0,404	p<0,001	0,67	0,54;0,82
	Ensino fundamental	-0,032		0,97	0,84;1,11
	Ensino médio	0,066		1,07	0,94;1,22
	Ensino superior	1,00		1,00	
Renda (salários mínimos: SM)	Sem renda	0,339		1,40	1,18;1,66
	Até 1 SM	0,273	0,001	1,31	1,14;1,52
	1 a 3 SMs	0,195		1,22	1,07;1,38
	4 ou mais SMs	1,00		1,00	
Beneficiário do Programa Bolsa Família	Sim	0,263	p<0,001	1,30	1,19;1,42
	Não	1,00		1,00	

a) OR: *odds ratio* (razão de chances); b) IC_{95%}: intervalo de confiança de 95%; c) IDH-M: índice de desenvolvimento humano do município.

Nota:

A variável 'turnos de funcionamento' foi removida durante as etapas da regressão.