

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2>

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

Maria Laura Braccini Fagundes, Lucelen Fontoura Bastos, Orlando Luiz do Amaral Júnior,
Gabriele Rissotto Menegazzo, Amanda Ramos da Cunha, Caroline Stein, Lucas Guimarães
Abreu, Fernando Neves Hugo, Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Deborah Carvalho Malta,
Betine Pinto Moehlecke Iser

<https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2>

Submetido em: 2021-09-09

Postado em: 2021-09-10 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

<https://doi.org/10.1590/1980-549720210004.supl.2>

REV BRAS EPIDEMIOL 2021; 24: E210004.supl.2

ARTIGO ORIGINAL

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

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

Uso de serviços odontológicos no Brasil, PNS 2019

Use of dental services in Brazil, 2019

Maria Laura Braccini Fagundes, mlaubf@gmail.com ORCID 0000-0001-5548-7408.

Postgraduate Program in Dental Sciences. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brazil.

Lucelen Fontoura Bastos, lucelen@gmail.com ORCID 0000-0002-1617-9602. Post-

graduate Program in Dentistry. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Orlando Luiz do Amaral Júnior, orlandodoamaraljr@gmail.com ORCID 0000-0002-

6611-3871. Postgraduate Program in Dental Sciences. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brazil.

Gabriele Rissotto Menegazzo, gabi_menegazzo@hotmail.com ORCID 0000-0002-

4181-0267. Postgraduate Program in Dental Sciences. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brazil.

Amanda Ramos da Cunha, amandaracunha@yahoo.com.br, ORCID 0000-0002-6358-

5582, Post-Graduate Program in Dentistry. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

Caroline Stein, caroline.stein@ufrgs.br. ORCID 0000-0003-4777-1630. Post-Graduate Program in Epidemiology, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Lucas Guimarães Abreu, lucagabreu01@gmail.com. ORCID 0000-0003-2258-8071. School of Dentistry, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. MG, Brasil.

Fernando Neves Hugo, fernando.hugo@ufrgs.br. ORCID 0000-0003-2222-7719. Department of Preventive and Social Dentistry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, jessyesm@hotmail.com. ORCID 0000-0002-3825-9734. Postgraduate Program in Dental Sciences. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brazil.

Deborah Carvalho Malta, dcmalta@uol.com.br. ORCID 0000-0002-8214-5734. School of Nursing, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. MG, Brasil.

Betine Pinto Moehlecke Iser, betinee@gmail.com. ORCID [0000-0001-6061-2541](https://orcid.org/0000-0001-6061-2541). Post-Graduate Program in Health Sciences, Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC, Brasil.

Correspondência: Betine Pinto Moehlecke Iser. Universidade do Sul de Santa Catarina. Av. José Acácio Moreira, 787 – Dehon, Tubarão – SC, 88704-900. Telefone (48) 36213363 – E-mail: betinee@gmail.com

Conflito de interesses: não há

Financiamento: TED 66/2018 - Secretaria de Vigilância em Saúde.

Aprovação ética: aprovado pela CONEP, parecer número 3.529.376.

Contribuição dos autores:

Maria Laura BF, Orlando LAJR, Gabriele M e Amanda RC participaram da análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Lucelen B, Carolina S., Lucas GA, Fernando NH, Jessye G., Deborah CM, Betine PMI participaram da concepção do estudo, delineamento, interpretação dos dados e redação do manuscrito. Todos os autores participaram da análise crítica do conteúdo do trabalho e aprovaram a versão final do manuscrito, e são responsáveis por todos os aspectos, inclusive a garantia de sua precisão e integridade.

Resumo

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

Palavras-chave: Inquéritos epidemiológicos, Serviços de saúde bucal, Assistência à saúde, Assistência odontológica, Equidade em Saúde.

Abstract

Objective: To describe the prevalence of use of dental services in Brazil according to the states and its association with socioeconomic variables and types of services in the Brazilian Health Survey of 2019. **Methods:** A population-based, cross-sectional study using data from the Brazilian Health Survey of 2019, including 88,531 individuals with 18 years of age or more. **Results:** Dental services utilization in the year prior to the study was more frequent among adults (53.2%, 95% CI:52.5-53.9) than in older adults (34.3%, 95% CI: 33.2-34.4). The multivariate analysis revealed that the use of dental services was more in people with more schooling (PR=2.02, 95% CI: 1.87-2.18) and higher income (PR=1.54, 95% CI: 1.45-1.64). The prevalence of dental services utilization in the year prior to the survey was higher among participants of the southeast, south and Midwest regions, ranging between 49.0% and 57.6%. **Conclusion:** Inequalities in dental services utilization were common in adults and older adults, with important regional differences; women, younger participants, those with more schooling and higher income, people with better oral health-related behaviors, better self-perceived oral health and those who paid for their last dental consultation were more likely to have used dental services in the year prior to the study.

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

INTRODUÇÃO

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

Como resposta ao baixo acesso aos serviços de saúde bucal, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal, que resultou em um avanço expressivo da cobertura da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde no Brasil⁵. Além disso, a fluoretação da água de abastecimento⁶, o avanço da atenção primária por meio do Programa de Saúde da Família, e a implantação dos serviços especializados por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas⁷ são parte das estratégias para reduzir as desigualdades sociais em saúde bucal^{8,9}.

Paralelamente, deve-se avaliar em que medida as ações da Política Nacional de Saúde Bucal têm resultado na redução das desigualdades de uso e acesso aos serviços de saúde bucal entre os diferentes grupos sociais². Resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003 revelaram que cerca de 15,9% da população brasileira nunca havia consultado com um dentista. Em 1998, a proporção foi de 18,7%, o que representou uma redução modesta no período de cinco anos avaliado. Ainda de acordo com a PNAD 2003, fortes desigualdades regionais no uso de serviços odontológicos existiam, com proporções expressivamente maiores de pessoas que nunca haviam visitado o dentista nas regiões Norte e Nordeste do Brasil¹⁰. Uma comparação com dados de 2008 da PNAD, indicou aumento da utilização dos serviços

odontológicos em todas as idades entre 1998 e 2008, especialmente entre os mais pobres (primeiro quintil de renda), indicando uma diminuição gradual das desigualdades de acesso¹¹.

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

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

Desta forma, é importante analisar se estão ocorrendo mudanças no padrão de uso de serviços odontológicos no país. Essa análise é particularmente relevante pelas transformações ocorridas nos últimos anos no Brasil com medidas de austeridade fiscal¹⁹ e na Política Nacional de Saúde Bucal após 2015, quando um cenário restritivo pela menor implementação de novos serviços públicos de saúde bucal e expressiva redução de indicadores importantes, como a primeira consulta odontológica programática, foram identificados²⁰. Em contraste, foi observada uma explosão do

mercado privado de planos odontológicos, que passou de 2,6 milhões de usuários em 2000 para 24,3 milhões de pessoas em 2018, configurando um aumento de cerca de 10 vezes²¹. Considerando este cenário, o objetivo deste estudo foi descrever a prevalência do uso de serviços odontológicos no Brasil, com avaliação da distribuição entre as 27 Unidades Federadas (UFs) e sua relação com variáveis socioeconômicas e tipos de serviço, na PNS de 2019.

MÉTODOS

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

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

O questionário foi dividido em três seções: a) Questionário domiciliar; b) Questionário para todos os moradores do domicílio, que foi respondido por um morador de 18 anos ou mais; c) Questionário individual, que foi respondido por um morador de

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

O desfecho de interesse deste estudo foi a utilização de serviços odontológicos no último ano, avaliado pela questão: “Quando consultou um dentista pela última vez?” (até 1 ano; mais de 1 ano a 2 anos; mais de 2 anos a 3 anos; mais de 3 anos; nunca foi ao dentista), categorizado em ter utilizado o serviço odontológico no ano anterior à entrevista ou não. Para a análise descritiva, foram considerados também o tipo de serviço odontológico utilizado, se houve desembolso direto para pagamento da consulta odontológica e a posse de plano odontológico. As perguntas-base para a construção dos indicadores utilizados estão descritas no Quadro 1 (Material suplementar).

Análise estatística

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

A análise descritiva apresentou a prevalência geral das características da amostra, e do uso de serviço odontológico no último ano, da última consulta em serviço público, de ter realizado desembolso direto pela última consulta, e de possuir plano de saúde odontológico, de acordo com as variáveis de exposição. Os dados descritivos são

apresentados para a amostra geral de indivíduos com 18 anos ou mais e também estratificados por idade (18-59 e ≥ 60).

Para avaliação da distribuição entre as 27 UFs foram elaborados mapas, nos quais a prevalência dos desfechos por UF foi apresentada em quartis. A base cartográfica foi realizada utilizando *shapefiles* disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (<https://www.ibge.gov.br/geociencias/downloads-geociencias.html>).

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

A seleção de co-variáveis foi baseada no modelo comportamental de Andersen²³, que busca identificar os determinantes do uso de serviços de saúde. De acordo com este modelo, fatores predisponentes, facilitadores e comportamentos de saúde, bem como as necessidades percebidas e normativas atuam como determinantes do uso de serviços de saúde. Inicialmente, foram selecionadas variáveis predisponentes ao uso de serviços, incluindo as características demográficas (sexo e idade), socioeconômicas (educação e cor da pele) e comportamentos de saúde (tabagismo e uso de escova de dentes); seguidas pelas variáveis possibilitadoras, caracterizadas como fatores financeiros e organizacionais que possibilitam a utilização de serviços (zona e renda familiar per capita); e por fim, pelas variáveis relacionadas com a necessidade de cuidados em saúde, que são divididas em necessidades percebidas (auto-percepção de saúde bucal) e normativas (perda dentária)²³.

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

Em relação aos fatores facilitadores, a zona foi categorizada ‘urbana’ ou ‘rural’, a renda familiar per capita foi categorizada em ‘até ¼ salário mínimo’, ‘mais de ¼ até ½ salário mínimo’, ‘mais de ½ até 1 salário mínimo’, ‘mais de 1 até 2 salários mínimos’, ‘mais de 2 até 3 salários mínimos’, ‘mais de 3 até 5 salários mínimos’ ou ‘mais de 5 salários mínimos’.

Em relação aos fatores de necessidade, avaliou-se a perda dentária auto relatada, considerando o número total de dentes perdidos, categorizado em ‘não perdeu nenhum dente’, perda de ‘1-9’, ‘10-19’ ou ‘20 ou mais dentes’, e a autopercepção de saúde bucal, categorizada em ‘boa’ (muito boa ou boa) ou ‘ruim’ (regular, ruim ou muito ruim).

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

RESULTADOS

A amostra final deste estudo, foi constituída por 88.531 participantes com 18 anos ou mais que responderam questões referentes à assistência odontológica no ano anterior à entrevista. Para as questões específicas, a taxa de perda foi de 16,2%, ficando abaixo do máximo planejado para isto (27,0%). A Tabela 1 apresenta as características da amostra e as prevalências do uso de serviço odontológico. Foram 78,4% entre 18-59 anos, 43,8% pardos e 86,2% residentes em zona urbana (86,2%). Utilizaram serviço odontológico no último ano 48,2%, entre os quais 24,4% utilizaram serviços públicos e 60,1% pagaram pela consulta. Mulheres e brancos utilizaram mais os serviços odontológicos. Pagaram com maior frequência pela consulta odontológica indivíduos de cor branca e amarela. Em relação às características socioeconômicas, 29,8% dos indivíduos da amostra possuíam ensino médio completo e a maioria (51,1%) possuía renda familiar per capita até um salário mínimo (Tabela 1).

A posse de plano odontológico foi maior entre indivíduos de cor branca (15,2%, IC 95%: 14,5-15,9%), zona urbana (14,5%, IC 95%: 13,9-15,0%), com maior escolaridade e renda. A maioria declarou não fumar e usar escova de dentes. Tinham perdido menos de 10 dentes 50,9%, e 69,7% consideravam sua saúde bucal boa; estes indivíduos também tiveram mais consultas odontológicas, usaram menos o serviço público e foram menos propensos a ter plano odontológico (Tabela 1).

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

pelo serviço odontológico foram maiores na população idosa (Tabelas Suplementares 1 e 2).

Após ajuste das estimativas, mulheres apresentaram uma prevalência 18% maior (RP: 1,18; 95% IC: 1,15-1,20) de procura por serviço odontológico no último ano. As prevalências de uso de serviço foram maiores em pessoas com maior nível educacional e renda, sem diferenças segundo a cor da pele (Tabela 2). Indivíduos não fumantes apresentaram prevalência maior (RP: 1,10; IC 95%: 1,06-1,14) de utilização de serviço odontológico no último ano em relação aos fumantes (Tabela Suplementar 3). Os indivíduos que relataram usar escova de dentes apresentaram uma prevalência maior (RP: 1,34; IC 95%: 1,12-1,61) de visitas ao dentista quando comparados àqueles que não usavam. Quando comparados a quem perdeu 20 ou mais dentes, aqueles que perderam 10 a 19 dentes apresentaram uma prevalência 85% maior (RP: 1,85; IC 95%: 1,73-1,99) e com perda de 1 a 9 dentes, duas vezes maior (RP: 2,03; IC 95%: 1,91-2,17), de utilizar o serviço odontológico. Indivíduos com autopercepção de saúde bucal boa usaram mais o serviço odontológico no último ano (RP: 1,15; IC 95%: 1,16-1,19) (Tabela Suplementar 3).

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

concentraram-se no Centro-Oeste, Sudeste e Sul, enquanto que em estados do Norte e Nordeste, esta cobertura foi menor que 8% da população (Figura 1).

DISCUSSÃO

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

A utilização de serviços odontológicos no ano anterior à entrevista foi de 53,2% em adultos e 34,3% nos idosos, valores levemente superiores aos encontrados em estudo que utilizou dados da PNS de 2013, onde a prevalência de consulta odontológica nos últimos 12 meses foi de 47,7% em adultos e 29,4% em idosos. Com relação à renda, a prevalência de adultos que pagaram as consultas odontológicas ou que possuíam plano odontológico aumentou conforme a elevação dos estratos socioeconômicos, mesma relação encontrada nos resultados da pesquisa de 2013²⁴.

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, é um direito fundamental garantido a todo cidadão brasileiro²⁵. Com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil, em 2004, houve uma expansão do acesso aos serviços odontológicos e o fortalecimento das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família²⁶. Apesar deste avanço, um estudo recente identificou uma tendência crescente no financiamento

dos serviços públicos de saúde bucal no Brasil entre os anos de 2003 a 2010, e uma estabilidade no período entre 2011 a 2018²¹. Em contraste à crise financeira pública, o estudo evidencia que a cobertura de planos exclusivamente odontológicos apresentou grande aumento entre 2000 e 2018. A diminuição de repasse financeiro aos serviços públicos de saúde bucal teve impacto sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, levando à diminuição de indicadores de saúde bucal, tais como o número de primeiras consultas odontológicas^{20,21}. Nesse sentido, a desigualdade social se mantém também na saúde bucal, perpetuando um modelo excludente e reprodutor de desigualdades em nosso país.

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar do IBGE em 2008 e 2009, o perfil de brasileiros que possuíam planos de saúde exclusivamente odontológicos era de maior renda e maior escolaridade. Dentre as diferenças regionais, São Paulo foi o estado que apresentou maiores gastos e estados da região Norte, tais como Amazonas e Tocantins apresentaram menor desembolso²⁷. Já com relação à utilização dos serviços na PNS de 2013, diferenças nas proporções de consultas com dentista nos últimos 12 meses foram observadas conforme as regiões do Brasil, sendo que a região Sul apresentou uma maior proporção (51,9%) quando comparada à região Norte (34,4%). Resultados semelhantes foram verificados neste estudo, com dados de 2019, indicando que as iniquidades em saúde no país pouco se alteraram nesse período. O maior uso de serviços de saúde bucal nas regiões mais desenvolvidas do país coincide com o maior percentual de desembolso próprio para a consulta nestas regiões, indicando que a assistência em saúde bucal no país é ainda dependente do pagamento privado e sugerindo, portanto, os limites do SUS em reduzir as desigualdades sociais em saúde, especialmente no que se refere ao acesso.

Cabe destacar que a percepção de necessidade de tratamento também pode influenciar na procura por serviços de saúde. A avaliação do acesso e uso dos serviços

de saúde odontológicos nas capitais do Brasil, por meio de dados do Inquérito Telefônico Vigitel de 2009, indicou que 45% dos entrevistados relataram necessidade de tratamento, sendo que 15% destes não conseguiram atendimento, com maior proporção de necessidade e de não atendimento nas capitais do Norte e Nordeste. Esses resultados poderiam ser atribuídos a uma menor atividade profissional nessas regiões, uma alta demanda de necessidade de tratamento e uma maior parcela da população dependente do SUS, refletindo a estrutura e organização da assistência odontológica no Brasil, com menor disponibilidade de serviços públicos odontológicos em determinadas regiões²⁸, sugerindo a necessidade de expansão destes serviços nesses locais.

Nesse mesmo estudo²⁸, as menores proporções de necessidade de tratamento foram relatadas entre a população idosa e de menor escolaridade. Tal fato poderia explicar, pelo menos em parte, o menor acesso da população idosa aos serviços de saúde bucal, pois a perda dentária ainda pode ser entendida como um resultado natural do processo de envelhecimento²⁹, o que desmotiva o indivíduo para a procura por serviços.

Com relação aos gastos em saúde, os idosos são também os que mais tiveram que pagar pelo atendimento, possivelmente pelo tipo de tratamento realizado que, em muitos casos, envolve reabilitação bucal e procedimentos que não são cobertos pelo SUS. Um outro estudo que avaliou gastos privados com assistência odontológica e produtos de higiene bucal dos brasileiros e utilizou dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009 encontrou gasto *per capita* maior com assistência em odontologia em domicílios cuja renda é maior, os chefes de família possuem 60 anos ou mais e são mais escolarizados²⁷. Destaca-se a importância do SUS no atendimento às populações com menor escolaridade e renda, visando reduzir as iniquidades em saúde⁸.

As limitações do presente estudo são referentes aos dados coletados pela PNS 2019. Foram excluídas da pesquisa populações em situação de rua e em asilos, grupos

possivelmente com baixo ou nenhum acesso a serviços de saúde bucal, o que pode indicar um cenário ainda de maior vulnerabilidade do que o apresentado neste estudo, especialmente entre populações idosas. Os dados para abrangências geográficas menores que os municípios das capitais não foram estimados e a entrevista foi realizada somente com um morador do domicílio. Além disso, por ser um estudo transversal, inferências causais não podem ser realizadas.

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

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

REFERÊNCIAS

1. Hugo FN, Bailey JA, Stein C, Cunha AR, Iser BPM, Malta DC, et al. Prevalence, incidence, and years-lived with disability due to oral disorders in Brazil: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. (in press, 2021).
2. Barros AJD, Bertoldi DA. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 709-17. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400008>.
3. Assis MMA, Jesus WLAd. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17: 2865-75. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.
4. Stopa SR, Matla DC, Monteiro CN, Szwarcwald CL, Goldbaum M, Cesar CLG. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51(1): 3s. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000074>.
5. Costa H, Solla J, Suassuna A, Pucca GA. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, Ministério da Saúde. [Internet] 2004 [acessado em 14 mai. 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf
6. Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000; 5(2): 381-92. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200011>.
7. Scherer CI, Scherer MDA. Advances and challenges in oral health after a decade of the “Smiling Brazil” Program. *Rev. Saúde Pública*. 2015; 49: 98. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>.
8. Pucca JGA, Costa JFR, Chagas LD, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. *Brazilian Oral Research*. 2009; 23: 9-16. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>.
9. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2010; 44(2): 360-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>.

10. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 1(4): 999-1010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400021>.
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. Saúde Pública*. 2012; 46(2): 250-58. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200007>.
12. Pilotto LM, Celeste RK. The relationship between private health plans and use of medical and dental health services in the Brazilian health system. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2019; 24(7): 2727-36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.24112017>.
13. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11(4): 975-86. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400019>.
14. Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. *Cad. Saúde Pública*. 1996; 12(2): 59-70. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000600007>.
15. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/98. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 813-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000400015>.
16. Batista MJ, Rihs LB, Sousa MLR. Risk indicators for tooth loss in adult workers. *Braz Oral Res*. 2012; 26(5): 390-6. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242012000500003>.
17. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(6): 930-6. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600010>.
18. Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 2013; (34): 401-6. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001200005
19. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG et al. Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2018; 23(10): 3115-22. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>.

20. Chaves SCL, Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde debate*. 2018; 42(2): 76-91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s206>
21. Rossi TRA, Lorena Sobrinho JE, Chaves SCL, Martelli PJJ. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2019; 24(12): 4427-36. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>
22. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Gouvea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, et al. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29: 5. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500004>
23. Babitsch B, Gohl D, Von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med*. 2012; 9: Doc11. <https://doi.org/10.3205/psm000089>
24. Bastos TF, Medina LPB, Sousa NFS, Lima MG, Malta DC, Barros MB A. Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National Health Survey, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* 2019; 22(2). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190015.supl.2>
25. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico [Internet] 1988 [acessado em 14 mai. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
26. Narvai, PC. O caso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2020; 14(1): 175-87. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v14i1.2622>
27. Cascaes AM, Camargo MBJD, Castilhos EDD, Silva AER, Barros, AJ. Gastos privados com saúde bucal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148915>
28. Peres MA, Iser BPM, Peres KG, Malta DC, Antunes JLF. Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28: 114-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001300012>.
29. De Marchi RJ, Leal AF, Padilha DM, Brondani MA. Vulnerability and the psychosocial aspects of tooth loss in old age: a Southern Brazilian study. *J Cross-Cult Gerontol*. 2012 Sep; 27(3): 239-58.

Recebido em: 19/05/2021

Revisado em: 22/06/2021

Aprovado em: 25/06/2021

Preprint em: 09/09/2021

Table 1. Weighted sample characteristics, prevalence of dental attendance in the last year, last dental attendance in public service, out of pocket payment and dental insurance over socioeconomic, demographic factors, behavioral and oral health. National Health Survey. (Pesquisa Nacional de Saúde — PNS), 2019. N=88,531.

Variables	%*	Dental attendance in the last year (95% CI)	Dental attendance in public service (95% CI)	Out of pocket payment (95% CI)	Having dental insurance (95% CI)
Total prevalence	100	48.2 (47.6-48.8)	24.4 (23.5-25.2)	60.1 (59.1-61.0)	12.9 (12.4-13.3)
Sex					
Male	46.8	44.1 (43.2-45.0)	22.9 (21.7-24.1)	61.0 (59.7-62.4)	12.9 (12.3-13.6)
Female	53.2	51.7 (50.9-52.5)	25.5 (24.4-26.5)	59.3 (58.1-60.5)	12.8 (12.3-13.4)
Age (years)					
18-59	78.4	53.2 (52.5-53.9)	25.1 (24.2-26.1)	58.8 (57.8-59.8)	14.7 (14.1-15.3)
≥ 60	21.6	34.3 (33.2-34.4)	20.1 (18.6-21.7)	66.9 (65.0-68.8)	07.9 (07.3-08.5)
Education					
No formal education	6.1	16.2 (18.0-20.6)	53.9 (49.9-57.9)	40.0 (36.2-44.0)	01.7 (01.3-02.2)
Incomplete elementary school	28.7	33.3 (32.4-43.2)	41.8 (40.0-43.6)	51.0 (49.1-52.9)	04.4 (04.0-04.8)
Complete elementary school	7.8	46.5 (44.7-48.4)	31.0 (28.0-34.1)	58.3 (55.1-61.5)	08.3 (07.3-09.3)
Incomplete secondary school	6.7	48.7 (46.5-50.8)	33.7 (30.6-36.9)	54.9 (51.5-58.3)	09.1 (07.7-10.8)
Complete secondary school	29.8	55.3 (54.3-56.4)	22.2 (20.9-23.5)	62.0 (60.4-63.5)	15.7 (14.9-16.5)
Incomplete higher education	5.1	64.4 (61.9-66.9)	13.4 (11.5-15.7)	63.0 (59.7-66.3)	24.8 (22.6-27.2)
Complete higher education	15.8	71.8 (70.6-73.0)	07.5 (06.4-08.7)	68.5 (66.8-70.2)	28.8 (27.5-30.2)

Skin Color

Indigenous	0.5	40.6 (34.1-47.4)	42.7 (32.6-53.3)	44.1 (34.7-54.0)	09.3 (06.1-14.0)
Brown	43.8	44.2 (43.3-45.0)	30.6 (29.2-31.9)	55.1 (53.8-56.5)	10.9 (10.3-11.5)
Yellow	0.9	51.0 (45.1-56.9)	13.3 (07.5-22.4)	68.3 (59.1-76.3)	10.9 (07.9-14.7)
Black	11.5	43.3 (41.8-44.9)	30.3 (28.0-32.7)	54.9 (52.4-57.4)	11.8 (10.8-12.9)
White	43.3	53.3 (52.3-54.3)	17.9 (16.8-19.0)	65.3 (64.0-66.6)	15.2 (14.5-15.9)

Smoking

Yes	12.6	38.8 (37.2-40.4)	32.1 (29.5-34.9)	55.0 (52.3-57.8)	08.6 (07.8-09.5)
No	87.4	49.6 (49.0-50.2)	23.5 (22.7-24.3)	60.6 (59.6-61.6)	13.5 (13.0-14.0)

Toothbrush Use

No	01.4	15.8 (14.0-19.1)	54.8 (41.7-67.3)	40.8 (28.4-54.4)	03.1 (02.0-04.8)
Yes	98.6	48.7 (48.0-49.3)	24.2 (23.4-25.1)	60.2 (59.2-61.1)	13.0 (12.6-13.5)

Zone

Rural	13.8	35.8 (34.6-37.1)	48.6 (46.5-50.8)	46.9 (44.7-49.1)	03.1 (02.6-03.6)
Urban	86.2	50.2 (49.5-50.8)	21.5 (20.6-22.4)	61.6 (60.6-62.6)	14.5 (13.9-15.0)

Household income per capita

Up to 1/4 (MW)	7.7	35.8 (34.2-37.4)	62.6 (59.6-65.5)	33.1 (30.3-36.1)	01.7 (01.3-02.3)
¼ to ½ (MW)	14.3	39.2 (37.8-40.5)	47.9 (45.5-50.2)	43.7 (41.3-46.1)	04.0 (03.5-04.6)
½ to 1 (MW)	29.1	40.5 (39.5-41.6)	32.4 (30.6-34.2)	56.4 (54.6-58.2)	07.4 (06.8-08.0)
1 to 2 (MW)	28.2	48.8 (47.7-49.9)	17.7 (16.3-19.3)	65.1 (63.3-66.9)	14.5 (13.8-15.3)
2 to 3 (MW)	9.1	59.9 (58.0-61.8)	09.8 (08.2-11.6)	69.7 (67.1-72.1)	21.8 (20.3-23.4)

3 to 5 (MW)	6.4	66.5 (64.5-68.5)	06.6 (05.1-08.5)	69.6 (66.7-72.2)	27.1 (25.3-29.0)
> 5 (MW)	5.2	73.5 (71.6-75.2)	02.7 (02.1-03.6)	71.6 (68.9-74.2)	31.4 (29.4-33.4)
Tooth loss					
20 or more	13.0	19.7 (18.6-20.9)	34.0 (30.8-37.4)	58.9 (55.3-62.4)	04.1 (03.6-04.7)
10-19	7.9	40.6 (39.0-42.2)	33.7 (30.8-36.8)	56.6 (53.4-59.8)	07.6 (06.7-08.7)
1-9	50.9	55.1 (54.33-55.9)	24.2 (23.2-25.2)	60.6 (59.4-61.7)	14.0 (13.4-14.6)
None	28.2	54.6 (53.4-55.7)	20.9 (19.4-22.5)	60.1 (58.3-61.8)	18.1 (17.1-19.1)
Self-perceived oral health					
Poor	30.3	39.2 (38.2-40.2)	34.0 (32.5-35.6)	53.8 (52.2-55.5)	08.7 (08.2-09.3)
Good	69.7	52.1 (51.4-52.9)	21.2 (20.2-22.1)	62.1 (61.0-63.2)	14.7 (14.2-15.3)

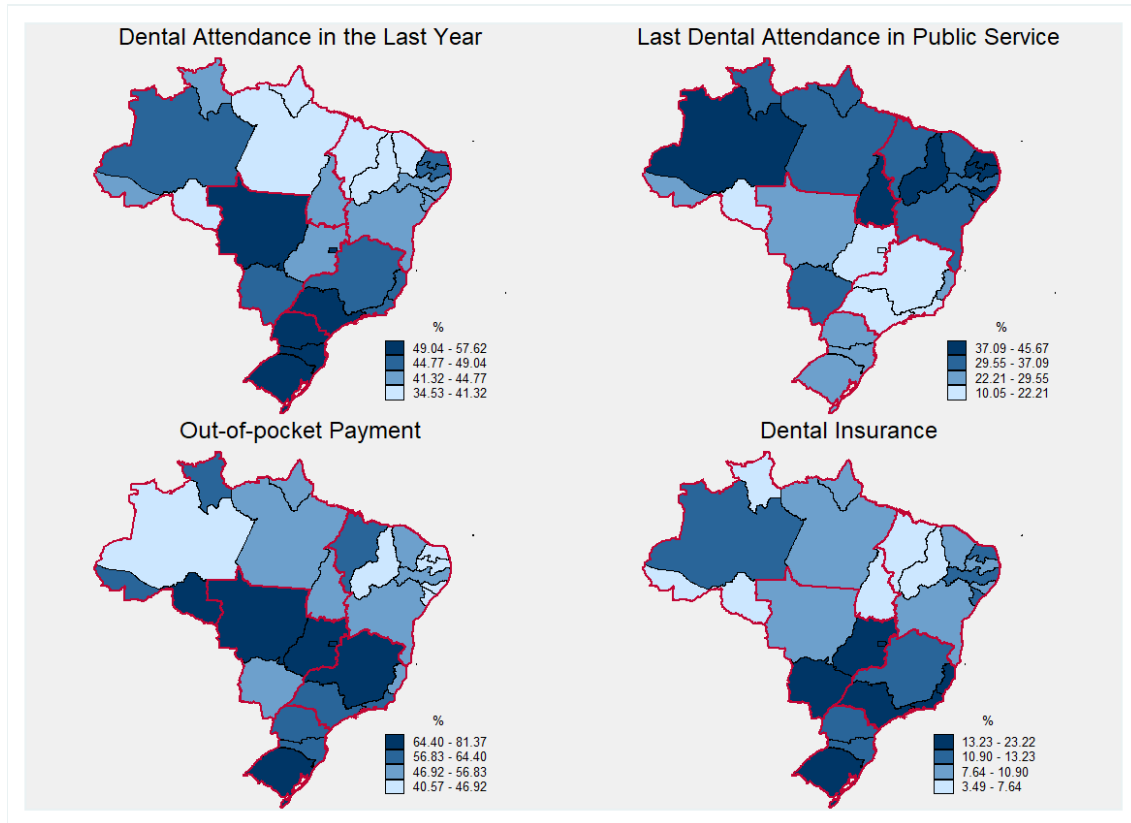
*Taking into account the sample weight; 95% CI: 95% confidence interval; MW: Minimum wage

Table 2. Crude and adjusted Poisson regression models of the relationship between dental attendance in the last year and exposure variables in Brazil. National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde — PNS), 2019. N=88,531.

Variables	Crude PR (95% CI)*	Adjusted PR (95%CI)**
Sex (ref: Male)		
Female	1.17 (1.14- 1.20)	1.18 (1.15-1.20)
Age (ref: 18-59 years)		
≥ 60	0.64 (0.62-0.66)	0.84 (0.82-0.87)
Education (ref: No formal education)		
Incomplete elementary school	1.72 (1.60-1.86)	1.39 (1.29-1.49)
Complete elementary school	2.41 (2.23-2.61)	1.67 (1.55-1.81)
Incomplete secondary school	2.52 (2.33-2.73)	1.73 (1.59-1.88)
Complete secondary school	2.87 (2.67-3.07)	1.82 (1.69-1.96)
Incomplete higher education	3.34 (3.09-3.61)	1.97 (1.81-2.13)
Complete higher education	3.72 (3.47-3.99)	2.02 (1.87-2.18)
Skin Color (ref: Indigenous)		
Brown	1.08 (0.92-1.28)	1.04 (0.90-1.21)
Yellow	1.25 (1.02-1.53)	1.04 (0.87-1.26)
Black	1.06 (0.90-1.26)	1.02 (0.87-1.19)
White	1.31 (1.11-1.55)	1.09 (0.94-1.27)
Zone (ref: Rural)		
Urban	1.39 (1.34-1.45)	1.02 (0.99-1.06)
Household income (ref: Up to ¼ MW)		
¼ up to ½ (MW)	1.09 (1.03-1.15)	1.07 (1.01-1.13)
½ up to 1 (MW)	1.13 (1.07-1.19)	1.16 (1.10-1.22)
1 up to 2 (MW)	1.36 (1.29-1.43)	1.28 (1.21-1.34)
2 up to 3 (MW)	1.67 (1.58-1.76)	1.44 (1.35-1.52)
3 up to 5 (MW)	1.85 (1.75-1.95)	1.49 (1.41-1.58)
More than 5 (MW)	2.05 (1.94-2.15)	1.54 (1.45-1.64)

*Taking into account de sample weight; **Adjusted also for behavioral and oral health factors. PR: Prevalence ratio; 95% CI: 95% confidence interval; MW: Minimum wage.

Figure 1. Prevalence of dental attendance in the last year, last dental attendance in public service, out of pocket payment and dental insurance according Macroregions and Federal Units of Brazil, National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde — PNS), 2019. N=88,531.



Quadro 1 - Perguntas realizadas e Indicadores utilizados no estudo. Pesquisa Nacional de Saúde 2019.

Chart 1 - Questions used and Indicators. National Health Survey 2019.

Indicador	Perguntas e respostas fornecidas	Categorização. Proporção (%) de pessoas ≥18 anos que:
Última consulta odontológica	J01301 - Quando ___ consultou um dentista pela última vez? Respostas: até 1 ano; mais de 1 ano a 2 anos; mais de 2 anos a 3 anos; mais de 3 anos; nunca foi ao dentista	Referiram ter tido consulta com dentista 'até 1 ano' da data da entrevista
Local da última consulta	U01002 - Onde foi a última consulta odontológica Respostas: 1 - unidade básica de saúde, posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família; 2- policlínica pública, posto de assistência médica ou centro de especialidades público; 3- UPA - Unidade de Pronto Atendimento, outro tipo de pronto atendimento público 24 horas, pronto-socorro ou emergência de hospital público; 4- CEO – Centro de Especialidades Odontológicas; 5-	Referiram ter tido a última consulta odontológica no serviço público (opções 1 a 5) ou privado (6 a 8)

	ambulatório de hospital público; 6- consultório particular, clínica privada ou ambulatório de hospital privado; 7 - pronto atendimento ou emergência de hospital privado; 8- outro serviço; 9- ignorado / não aplicável	
Pagamento pela consulta odontológica	U02001 - O (A) Sr (a) pagou algum valor por esta consulta odontológica (Entrevistador: Se o(a) entrevistado (a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2) Respostas: Sim, Não	Referiram ter desembolsado algum valor pela consulta odontológica
Tem plano odontológico	I00101 - Tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público? Respostas: Sim, Não, ignorado	Referiram ter plano odontológico
Autopercepção de saúde bucal	U005 - Em geral, como o(a) Sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas) Respostas: - 1: muito boa; 2: boa; 3- Regular; 4- ruim; 5- Muito ruim; 9- ignorado.	Avaliaram sua saúde bucal como boa (opções 1 e 2) ou Ruim (3, 4 e 5)
Usam escova de dente	U00204 - O que o(a) Sr(a) usa para fazer a limpeza de sua boca - Escova de dente: Sim, nao, ignorado, nao aplicavel.	Referiram utilizar escova de dente para limpeza da boca
Tabagismo	P050 - Atualmente, o(a) Sr(a) fuma algum produto do tabaco	Referiram fumar (sim,

	Resposta: sim, diariamente; sim, menos que diariamente); não fumo atualmente; ignorado	diariamente; sim, menos que diariamente)
Perda dentária	<p>U02302 - Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima, o(a) Sr(a) perdeu algum?</p> <p>Resposta: 1 – não; 2 – sim, perdi; 3- Sim, perdi todos os dentes de cima</p> <p>U02303 - Quantos dentes permanentes de cima perdeu?</p> <p>U02402 - Lembrando-se dos seus dentes permanentes de baixo, o(a) Sr(a) perdeu algum?</p> <p>Resposta: 1 – não; 2 – sim, perdi; 3- Sim, perdi todos os dentes de cima</p> <p>U02403 - Quantos dentes permanentes de cima perdeu?</p>	<p>Número total de dentes perdidos pela soma do número informado nas duas questões, categorizados em: não perdeu nenhum dente, perdeu 1-9, 10-19 ou 20 ou mais dentes.</p>

SuppTable 1. Prevalence of dental attendance in the last year, last dental attendance in public service, out of pocket payment and dental insurance over socioeconomic and demographic factors in Brazilian **adults**. National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde — PNS), 2019. N=65,803.

Variables	Dental attendance in the last year (95% CI)	Dental attendance in public service (95% CI)	Out of pocket payment (95% CI)	Having dental insurance (95% CI)
Total prevalence	53.2 (52.5-53.9)	25.1 (24.2-26.1)	58.8 (57.8-59.8)	14.7 (14.1-15.3)
<i>Predisposing factors</i>				
Sex				
Male	47.7 (46.7-48.7)	23.2 (21.9-24.5)	60.0 (58.6-61.5)	14.7 (14.3-15.5)
Female	58.1 (57.2-59.0)	26.6 (25.4-27.8)	57.9 (56.6-59.2)	14.7 (13.9-15.4)
Education				
NFE	28.9 (26.3-31.6)	57.6 (52.2-62.7)	36.8 (31.9-42.1)	02.4 (01.7-03.3)
IES	38.4 (37.2-39.6)	46.0 (43.8-48.1)	46.8 (44.6-49.0)	04.3 (03.8-04.9)
CES	48.7 (46.6-50.7)	33.2 (29.8-36.7)	56.9 (53.3-60.5)	07.9 (06.8-09.2)
ISS	50.4 (48.1-52.7)	35.0 (31.8-38.4)	53.8 (50.2-57.4)	09.1 (07.6-10.8)
CSS	56.1 (54.9-57.2)	23.1 (21.8-24.5)	61.2 (59.3-66.3)	16.0 (15.1-17.0)
IHE	64.6 (61.9-67.1)	14.0 (11.9-16.3)	62.9 (59.3-66.3)	24.9 (22.6-27.5)
CHE	72.1 (70.8-73.4)	08.1 (06.9-09.5)	66.7 (64.7-68.6)	30.6 (29.1-32.1)
Skin Color				

Indigenous	48.3 (40.2- 56.6)	43.3 (32.4- 54.8)	43.9 (33.7- 54.6)	11.2 (07.1- 17.2)
Brown	49.3 (48.3- 50.3)	30.8 (29.3- 32.3)	54.6 (53.2- 56.1)	12.3 (11.7- 13.0)
Yellow	53.9 (46.7- 60.9)	16.0 (08.6- 28.0)	66.9 (55.4- 76.7)	13.9 (09.8- 19.4)
Black	48.7 (46.9- 50.4)	29.7 (27.3- 32.2)	54.7 (52.0- 57.4)	13.9 (12.7- 15.2)
White	58.8 (57.6- 59.9)	18.8 (17.6- 20.0)	63.7 (62.2- 65.1)	17.5 (16.6- 18.4)
Smoking				
Yes	42.9 (41.1- 44.7)	33.2 (30.3- 36.2)	53.4 (50.4- 56.4)	09.3 (08.4- 10.4)
No	54.9 (54.2- 55.5)	24.2 (23.3- 25.1)	59.4 (58.4- 60.5)	15.5 (14.9- 16.2)
Toothbrush Use				
No	36.3 (28.9- 44.3)	53.8 (37.1- 69.7)	42.6 (27.0- 59.9)	05.2 (03.1- 08.7)
Yes	53.3 (52.6- 54.0)	25.0 (24.1- 25.9)	58.9 (57.9- 59.9)	14.7 (14.2- 15.3)
<i>Enabling factors</i>				
Zone				
Rural	42.3 (40.8- 43.8)	49.2 (47.0- 51.6)	46.0 (43.7- 48.3)	03.6 (03.0- 04.3)
Urban	54.9 (54.2- 55.7)	22.1 (21.1- 23.1)	60.4 (59.3- 61.5)	16.4 (15.8- 17.1)
Household income per capita				
Up to 1/4 of (MW)	36.4 (34.8- 38.1)	62.3 (59.2- 65.3)	33.3 (30.4- 36.4)	01.6 (01.2- 02.3)
1/4 up to 1/2 (MW)	42.1 (40.6- 43.5)	47.5 (45.1- 50.0)	43.8 (41.3- 46.3)	04.4 (03.8- 05.1)

½ up to 1 (MW)	48.9 (47.7- 50.1)	31.3 (29.4- 33.3)	56.9 (54.9- 58.8)	09.5 (08.7- 10.3)
1 up to 2 (MW)	56.0 (54.7- 57.3)	17.2 (15.7- 18.9)	64.4 (62.4- 66.4)	17.9 (16.9- 18.9)
2 up to 3 (MW)	66.2 (64.0- 68.3)	09.8 (08.0- 12.1)	68.0 (65.0- 70.8)	25.9 (23.9- 28.0)
3 up to 5 (MW)	71.6 (69.3- 73.8)	06.8 (05.0- 09.2)	67.8 (64.5- 70.9)	32.2 (29.9- 34.6)
More than 5 (MW)	75.8 (73.5- 78.0)	03.0 (02.1- 04.1)	70.1 (66.8- 73.2)	35.4 (32.9- 38.0)
<i>Need factors</i>				
Tooth loss				
20 or more	27.5 (25.1- 30.0)	44.3 (38.4- 50.3)	48.7 (42.5- 54.9)	03.6 (02.6- 04.8)
10-19	43.9 (41.6- 46.2)	39.5 (35.4- 43.8)	51.1 (46.8- 55.4)	07.6 (06.3- 09.3)
1-9	55.7 (54.9- 56.6)	25.5 (24.4- 26.6)	59.3 (58.1- 60.5)	14.5 (13.9- 15.2)
None	54.7 (53.6- 55.9)	21.1 (19.6- 22.8)	59.8 (58.0- 61.5)	18.2 (17.2- 19.3)
Self-perceived oral health				
Poor	43.3 (42.1- 44.5)	35.5 (33.8- 37.2)	52.0 (50.1- 53.9)	09.8 (09.2- 10.6)
Good	57.4 (56.6- 58.2)	21.8 (20.8- 22.9)	61.0 (59.8- 62.2)	16.8 (16.1- 17.5)

* Taking into account the sample weight; 95% CI: 95% confidence interval; NFE: No formal education; IES: Incomplete elementary school; CES: Complete elementary school, ISS: Incomplete secondary school; CSS: Complete secondary school; IHE: Incomplete higher education; CHE: Complete higher education; MW: Minimum wage.

Supp Table 2. Prevalence of dental attendance in the last year, last dental attendance in public service, out of pocket payment and dental insurance over socioeconomic and demographic factors in Brazilian **older adults**. National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde — PNS), 2019. N=22,728.

Variables	Dental attendance in the last year (95% CI)	Dental attendance in public service (95% CI)	Out of pocket payment (95% CI)	Having dental insurance (95% CI)
Total prevalence	34.3 (33.2-35.4)	20.1 (18.7-21.7)	66.9 (65.0-68.8)	07.9 (07.3-08.5)
<i>Predisposing factors</i>				
Sex				
Male	33.5 (32.0-35.1)	21.3 (19.2-23.6)	66.5 (63.6-69.3)	07.6 (06.8-08.5)
Female	34.8 (33.5-36.2)	19.2 (17.3-21.4)	67.2 (64.6-69.7)	08.1 (07.4-08.9)
Education				
NFE	14.1 (12.7-15.6)	48.9 (43.0-54.9)	44.4 (38.4-50.6)	01.3 (00.9-01.9)
IES	25.9 (24.5-27.2)	30.7 (27.7-33.8)	62.2 (59.0-65.4)	04.5 (03.9-05.2)
CES	39.4 (35.2-43.8)	19.5 (14.9-25.1)	65.6 (58.3-72.3)	09.4 (07.4-11.8)
ISS	35.6 (30.1-41.5)	14.7 (09.7-21.8)	70.6 (60.9-78.7)	09.6 (06.8-13.6)
CSS	50.6 (47.9-53.3)	13.4 (11.0-16.2)	69.3 (65.1-73.1)	13.5 (11.8-15.3)
IHE	63.1 (54.3-71.1)	04.4 (02.1-08.7)	65.9 (50.6-78.5)	23.8 (16.1-33.8)
CHE	70.5 (67.5-73.3)	04.0 (02.7-05.8)	78.8 (75.5-81.8)	21.0 (18.7-23.5)
Skin Color				

Indigenous	19.9 (12.9- 29.4)	37.0 (20.6- 57.0)	45.9 (27.8- 65.2)	04.3 (01.6- 10.6)
Brown	26.8 (25.4- 28.2)	28.7 (26.1- 31.5)	59.2 (56.0- 62.3)	06.0 (05.4- 06.8)
Yellow	46.2 (36.1- 56.6)	05.8 (02.7- 12.3)	72.3 (55.9- 84.3)	05.6 (02.9- 10.5)
Black	26.1 (26.5- 28.8)	34.8 (28.7- 41.4)	56.8 (49.9- 63.5)	05.0 (03.9- 06.4)
White	41.1 (39.5- 42.7)	14.3 (12.5- 16.2)	72.0 (69.6- 74.3)	09.8 (08.9- 10.8)
Smoking				
Yes	25.8 (23.2- 28.5)	25.3 (20.5- 30.8)	65.6 (59.7- 71.1)	06.4 (05.0- 08.2)
No	35.4 (34.2- 36.6)	19.6 (18.1- 21.2)	67.0 (65.0- 69.0)	08.1 (07.5- 08.7)
Toothbrush Use				
No	08.0 (05.9- 10.7)	56.8 (38.6- 73.3)	37.1 (21.0- 56.7)	02.3 (01.2- 04.4)
Yes	35.4 (34.3- 36.5)	19.7 (18.3- 21.3)	67.2 (65.3- 69.1)	08.1 (07.5- 08.7)
<i>Enabling factors</i>				
Zone				
Rural	19.2 (17.7- 20.8)	43.7 (39.4- 48.1)	53.7 (49.4- 58.0)	01.7 (01.3- 02.2)
Urban	36.8 (35.6- 38.1)	18.1 (16.6- 19.7)	68.1 (66.0- 70.0)	08.9 (08.3- 09.6)
Household income per capita				
Up to 1/4 of (MW)	28.6 (23.0- 34.9)	68.4 (57.8- 77.3)	28.6 (20.0- 38.9)	03.0 (01.5- 05.9)
¼ up to ½ (MW)	21.1 (18.3- 24.1)	52.7 (44.6- 60.7)	42.3 (34.6- 50.4)	01.3 (00.7- 02.3)

½ up to 1 (MW)	20.8 (19.5- 22.1)	40.3 (36.6- 44.1)	52.5 (48.6- 56.4)	02.5 (02.0- 03.2)
1 up to 2 (MW)	31.3 (29.6- 33.1)	20.5 (17.9- 23.5)	69.0 (65.6- 72.3)	06.5 (05.6- 07.4)
2 up to 3 (MW)	45.5 (42.3- 48.7)	09.5 (07.0- 12.9)	76.4 (72.3- 80.0)	12.5 (10.7- 14.5)
3 up to 5 (MW)	56.2 (52.1- 60.2)	06.1 (04.0- 09.1)	75.3 (69.4- 80.4)	16.8 (14.4- 19.5)
More than 5 (MW)	69.1 (66.1- 71.9)	02.2 (01.2- 03.9)	75.3 (70.6- 79.4)	24.0 (21.1- 27.3)
<i>Need factors</i>				
Tooth loss				
20 or more	17.3 (16.1- 18.6)	28.0 (24.6- 31.7)	64.8 (60.7- 68.7)	04.3 (03.7- 04.9)
10-19	37.0 (34.7- 39.4)	24.8 (21.4- 28.6)	65.1 (60.8- 69.1)	07.6 (06.4- 09.0)
1-9	52.2 (50.4- 53.9)	16.2 (14.4- 18.2)	68.2 (65.6- 70.6)	11.7 (10.6- 12.9)
None	51.5 (46.5- 56.5)	12.0 (08.4- 16.9)	69.7 (62.6- 76.0)	14.6 (11.8- 17.8)
Self-perceived oral health				
Poor	29.1 (27.6- 30.7)	27.0 (24.1- 30.2)	62.5 (58.9- 66.0)	06.0 (05.2- 06.9)
Good	36.8 (35.5- 38.2)	17.4 (15.7- 19.2)	68.7 (66.4- 70.9)	08.8 (08.1- 09.6)

* Taking into account the sample weight; 95% CI: 95% confidence interval; NFE: No formal education; IES: Incomplete elementary school; CES: Complete elementary school, ISS: Incomplete secondary school; CSS: Complete secondary school; IHE: Incomplete higher education; CHE: Complete higher education; MW: Minimum wage.

Supp Table 3. Crude and adjusted Poisson regression models of the relationship between dental attendance in the last year and exposure variables related to behavioral and oral health in Brazil. National Health Survey (Pesquisa Nacional de Saúde — PNS), 2019. N=88,531.

Variables	Crude PR (95% CI)*	Adjusted PR (95% CI)**
<i>Predisposing factors</i>		
Smoking		
Yes	1	1
No	1.27 (1.22-1.33)	1.10 (1.06-1.14)
Toothbrush Use		
No	1	1
Yes	3.07 (2.53-3.72)	1.34 (1.12-1.61)
<i>Need factors</i>		
Tooth loss		
20 or more	1	1
10-19	2.05 (1.91-2.20)	1.85 (1.73-1.99)
1-9	2.78 (2.63-2.95)	2.03 (1.91-2.17)
None	2.76 (2.60-2.93)	1.78 (1.67-1.91)
Self-perceived oral health		
Poor	1	1
Good	1.32 (1.29-1.36)	1.15 (1.12-1.19)

*Taking into account de sample weight; Adjusted for demographic, socioeconomic

PR: Prevalence ratio; 95% CI: 95% confidence interval

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.