



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

ANDERSON ROBERTO DE SALES CORRÊA

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: Resultados da Pesquisa Nacional  
de Saúde, 2019**

BELÉM

2023



ANDERSON ROBERTO DE SALES CORRÊA

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: Resultados da Pesquisa Nacional  
de Saúde, 2019**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Ana Daniela Silva da Silveira.

Coorientadora: Esp. Glória Beatriz dos Santos Laredo

BELÉM

2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

C824u CORRÊA, ANDERSON ROBERTO DE SALES.  
Uso dos serviços de saúde bucal no Brasil : resultados da  
Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 / ANDERSON ROBERTO DE  
SALES CORRÊA. — 2023.  
63 f.

Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Daniela Silva da Silveira  
Coorientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Esp. Glória Beatriz dos Santos Larêdo  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade  
Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de  
Odontologia, Belém, 2023.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Saúde bucal. 3.  
Serviços de Saúde bucal. I. Título.

CDD 617.6

---

ANDERSON ROBERTO DE SALES CORRÊA

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Bacharelado em Odontologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Ana Daniela Silva da Silveira

Coorientadora: Esp. Glória Beatriz dos Santos Laredo

**APROVADA EM:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ana Daniela Silva da Silveira

Doutora em Ciências (Universidade de São Paulo – USP)

Universidade Federal do Pará

---

Prof. Helder Henrique Costa Pinheiro

Doutor em Doenças Tropicais (Núcleo de Medicina Tropical – NMT -UFPA)

Universidade Federal do Pará

---

Prof. Danielle Tupinambá Emmi

Doutora em Odontologia (Universidade de São Paulo – USP)

Universidade Federal do Pará

## **AGRADECIMENTOS**

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais eu agradeço:

Primeiramente à Deus, que permitiu os acontecimentos ao longo de minha vida e auxiliou durante a caminhada ao longo do processo de graduação. A Universidade Federal do Pará e seu corpo docente, funcionários administrativos e direção.

A minha orientadora Prof. Dr<sup>a</sup> Ana Daniela Silva da Silveira, pela oportunidade e aceite no desenvolvimento desta pesquisa, proporcionando momentos de aprendizado constante e sempre presente para auxiliar e dirimir dúvidas a respeito de todos os aspectos desta pesquisa.

Aos meus pais que me deram apoio e incentivo, por estarem sempre presentes e me apoiarem no desenvolvimento deste TCC.

Ao meu noivo que nunca recusou apoio e incentivo, compartilhando os inúmeros momentos de ansiedade e estresse.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu sincero muito obrigado.

## SUMÁRIO

<b>USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 .....</b>	<b>10</b>
<b>ANEXO A – Normas de submissão para a revista Ciência e saúde coletiva (ISSN: 1413-8123) .....</b>	<b>56</b>

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL:** Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019

**USE OF ORAL HEALTH SERVICES IN BRAZIL:** Results of the 2019 national health survey

CORRÊA, ANDERSON ROBERTO DE SALES<sup>1</sup>

LAREDO, GLÓRIA BEATRIZ DOS SANTOS<sup>2</sup>

PINHEIRO, HELDER HENRIQUE COSTA<sup>3</sup>

SILVEIRA, ANA DANIELA SILVA DA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia.

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

<sup>2</sup>Universidade do Estado do Pará, Especialização em Estratégia Saúde da Família

<https://orcid.org/0000-0003-1393-7153>

<sup>3</sup>Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia

<https://orcid.org/0000-0001-5567-3550>

<sup>4</sup>Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia.

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

## **Resumo**

Este estudo teve o objetivo de identificar o acesso ao serviço de saúde bucal no Brasil. Foi realizado estudo do tipo seccional descritivo a partir da base de dados do PNS 2019, utilizando o software STATA 14, relacionando as condições de acesso ao serviço de saúde bucal com variáveis independentes através de teste qui-quadrado de *pearson*, associação por regressão logística no modelo bivariado e multivariado. Com base nos cálculos executados, obteve-se estimativa de

83.624.648 de usuários com acesso ao dentista em 12 meses. A população jovem apresentou maior acesso com 54,95% (IC95%:53,18-56,72). Usuários com 11 anos ou mais de estudos apresentaram frequência de 69,74 % (IC95%: 68,56-70,88), com associação positiva à medida que o nível de instrução aumenta. A maioria das consultas foram realizadas no âmbito privado (73,92%/IC95%: 72,42-75,36). A região Sul apresentou a melhor prevalência de acesso do País. Conclui-se que, apesar dos avanços nas políticas de saúde bucal no SUS, expansão e implementação da ESB, ainda é insuficiente para a demanda da população.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde bucal; Serviços de Saúde bucal

### **Abstract**

This study aimed to identify access to oral health services in Brazil. A descriptive cross-sectional study was carried out from the PNS 2019 database, using the STATA 14 software, relating the conditions of access to the oral health service with independent variables through Pearson's chi-square test, association by logistic regression in the bivariate and multivariate model. Based on the calculations performed, an estimate of 83,624,648 users with access to the dentist in 12 months was obtained. The young population had greater access with 54.95% (CI95%: 53.18-56.72). Users with 11 or more years of study showed a frequency of 69.74% (CI95%: 68.56-70.88), with a positive association as the level of education increases. Most consultations were held in the private sphere (73.92%/CI95%: 72.42-75.36). The South region had the best

prevalence of access in the country. It is concluded that, despite advances in oral health policies in the SUS, expansion and implementation of the ESB, it is still insufficient for the population's demand.

**Keywords:** Health services accessibility; Oral health; Dental health services

ARSC trabalhou na concepção, redação do artigo, pesquisa de dados para análise e posterior análise de resultados, redação do artigo e aprovação da versão a ser publicada. GBSL trabalhou na revisão da redação do artigo, pesquisa de dados, e análise crítica dos resultados. HHCP trabalhou na revisão crítica do artigo, revisão metodológica e aprovação da versão final a ser publicada. ADSS trabalhou na análise e interpretação dos resultados, redação do artigo e aprovação da versão final a ser publicada.

**USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL: Resultados da Pesquisa  
Nacional de Saúde, 2019**

Use of oral health services in Brazil: results of the 2019 National Health Survey

**RESUMO**

Este estudo teve o objetivo de identificar o acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil. Foi realizado estudo do tipo seccional descritivo a partir da base de dados do PNS 2019, utilizando o software STATA 14, relacionando as condições de acesso ao serviço de saúde bucal com variáveis independentes através de teste qui-quadrado de *pearson*, associação por regressão logística no modelo bivariado e multivariado. Com base nos cálculos executados, obteve-se estimativa de 83.624.648 de usuários com acesso ao dentista em 12 meses. A população jovem apresentou maior acesso com 54,95% (IC95%:53,18-56,72). Usuários com 11 anos ou mais de estudos apresentaram frequência de 69,74% (IC95%: 68,56-70,88), com associação positiva à medida que o nível de instrução aumenta. A maioria das consultas foram realizadas no âmbito privado (73,92%/IC95%: 72,42-75,36). A região Sul apresentou a melhor prevalência de acesso do País. Conclui-se que, apesar dos avanços nas políticas de saúde bucal no SUS, expansão e implementação da ESB, ainda é insuficiente para a demanda da população.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde bucal; Serviços de Saúde bucal

**ABSTRACT**

This study aimed to identify access to oral health services in Brazil. A descriptive cross-sectional study was carried out from the PNS 2019 database, using the STATA 14 software, relating the conditions of access to the oral health service with independent variables through Pearson's chi-square test, association by logistic regression in the bivariate and multivariate model. Based on the calculations performed, an estimate of 83,624,648 users with access to the dentist in 12 months was obtained. The young population had greater access with 54.95% (CI95%: 53.18-56.72). Users with 11 or more years of study showed a prevalence of (69.74%/CI95%: 68.56-70.88), with a positive association as the level of education increases. Most consultations were held in the private sphere (73.92%/CI95%: 72.42-75.36). The South region had the best prevalence of access in the country. It is concluded that, despite advances in oral health policies in the SUS, expansion and implementation of the ESB, it is still insufficient for the population's demand.

**Keywords:** Health services accessibility; Oral health; Dental health services.

## **INTRODUÇÃO**

Durante o decorrer da evolução das políticas públicas de saúde no Brasil, a saúde bucal historicamente foi colocada à margem das prioridades de atenção e financiamento dos serviços. O acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal manteve-se limitado e difícil por grande período da saúde pública no Brasil, fazendo com que as pessoas procurassem atendimento odontológico em casos de dor, que aliado a baixa oferta de unidades prestadoras no Sistema

Único de Saúde (SUS), culminava em altas taxas de exodontias. Perpetuando a visão odontológica mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas em clínicas privadas <sup>1</sup>.

Em 2004 foi instituído o Programa Brasil Sorridente pelo Ministério da Saúde para a modificação do cenário presente naquele momento, articulado com movimentos sociais de classe profissional e representantes da sociedade civil, foi inovador na instituição e ampliação da rede de serviços em saúde bucal e tentativa de modificação do modelo de atenção com ações de promoção, prevenção prioritárias, além de recuperação da saúde bucal de todos os ciclos da vida, com linhas de cuidados específicas <sup>2</sup>.

As principais linhas de ação do Brasil sorridente são a reorganização do acesso a saúde bucal na atenção primária, principalmente com a implantação das equipes de Saúde bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) em diversas modalidades de composição profissional e carga horária semanal, e Unidades Odontológicas Móveis; ampliação e qualificação da atenção especializada (Centro de Especialidade Odontológica), ampliação dos pontos de apoio por meio dos laboratórios regionais de prótese dentárias e articulação para fluoretação das águas nas estações de tratamento <sup>1-3</sup>.

Múltiplas medidas são constantemente instituídas nas 3 esferas de gestão, visando reduzir as iniquidades perpetuadas durante esse grande período de políticas fracas em saúde bucal coletiva. Todavia, em contexto amplo, o acesso aos serviços de saúde costuma ser um ponto

crítico para a eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, pois o acesso envolve aspectos que extrapolam a assistência e a oferta de vagas, sendo considerado, um aspecto multidimensional do cuidado em saúde<sup>4,5</sup>.

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

Diante da problemática histórica da política de acesso aos serviços de saúde bucal, e tentativa de garantia de direitos à saúde do cidadão brasileiro, faz-se necessário investigar os fatores sociodemográficos relacionados ao acesso à saúde bucal no território brasileiro. Assim, esta pesquisa teve o objetivo de estimar o acesso à saúde bucal no Brasil, com análise da distribuição territorial e identificação dos determinantes sociais que se relacionam ao acesso a estes serviços.

## **MÉTODOS**

Este estudo foi do tipo seccional e descritivo e utilizou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019. A PNS de 2019 foi realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os dados são de acesso público e irrestrito<sup>6,7</sup>.

A PNS é uma pesquisa representativa da população brasileira acima de 15 anos de idade e teve como objetivo investigar a situação de saúde, determinantes sociais e o estilo de vida da população brasileira. A PNS recebeu aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o número nº 3.529.376.

A PNS utilizou o método de amostragem por conglomerados em três estágios: setores censitários, domicílios e indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos. Na determinação do tamanho da amostra, foram levados em conta os indicadores estimados em diversos níveis de agregação<sup>6,7</sup>.

A população pesquisada correspondeu aos moradores dos domicílios particulares permanentes no Brasil, exceto os localizados nos setores censitários especiais (compostos por aglomerados subnormais, quartéis, bases militares, alojamento, acampamentos, embarcações, barcos, navios, aldeia indígena, penitenciárias e colônias penais, presídios, cadeias, asilos, orfanatos, conventos, hospitais e assentamentos rurais)<sup>6,7</sup>

Neste estudo foram analisados dados da população disponíveis no que compete a questões de acesso ao serviço de saúde, situação sociodemográfica, hábitos de saúde bucal e epidemiológica do tema em estudo.

A variável dependente desta pesquisa foi o acesso ao serviço de saúde bucal. Para a construção desta variável, foi utilizado as respostas à seguinte pergunta: “*Quando consultou o dentista pela última vez?*”. Sendo considerado a consulta com o cirurgião-dentista no último ano da data da entrevista.

As demais variáveis independentes da pesquisa foram organizadas relacionadas nos seguintes eixos: 1) Condições sociodemográficas (sexo, faixa etária, cor da pele/etnia autorreferida, anos de estudo, ocupação, situação censitária, macrorregião brasileira, rendimento domiciliar percapita) ; 2) Serviços de saúde e Uso dos serviços de saúde bucal (Cobertura da Estratégia Saúde da Família, frequência de visita do Agente Comunitário de Saúde ou outro membro da ESF e, Local da última consulta odontológica ; e 3) Saúde bucal (Hábitos de higiene bucal, percepção de saúde bucal e perdas dentárias).

A variável sexo utilizada, foi definida do conceito do IBGE, em sexo biológico, masculino e feminino. A cor/ raça utilizada para definição foi de “Branços” e “Não-brancos”, A faixa etária considerada foi de: Jovens (0 a 24 anos), Adultos (25 a 59 anos) e Idosos (60 anos ou mais). A divisão territorial definida para a distribuição do acesso no território foi a oficial do IBGE por macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-oeste).

Para definição de nível de atividade física, foi considerado: 0 minutos (nenhuma); 0 a 150 minutos por semana (insuficiente); e; acima de 150 minutos (suficiente). O Índice de Massa Corpórea (IMC) foi categorizado como: Abaixo do peso ( $<18,5$ ); Eutrófico ( $>18,5- <25$ ); Sobrepeso ( $>25- <30$ ) e Obesidade ( $= >30$ ). Em relação às perdas dentárias, foi realizada a classificação de edêntulos parciais; edêntulos totais e dentados totais. Ao tratar-se do consumo de álcool, foi considerada a definição do Ministério da saúde com uso excessivo acima de 5 doses ao mês para homens e acima de 4 doses para mulheres.

Na regressão logística múltipla, foi inserido no modelo estatísticos as seguintes variáveis, consideradas relevantes estatisticamente: Faixa etária; Sexo; Escolaridade; Ocupação; Plano de

saúde médico e odontológico; Tabagismo; Etilismo; Atividade física; Uso de prótese; Cor/raça; Macrorregião; Situação censitária; Escovação dental e auto percepção da saúde bucal.

Os dados foram analisados utilizando o software STATA, versão 14, com módulo survey para desenho amostral complexo. As estimativas de acesso (Razão de Prevalência de Poisson) e seus respectivos intervalos de confiança ( $IC_{95\%}$ ) foram calculadas de acordo com as categorias das variáveis independentes, foi utilizado o teste qui-quadrado de *Pearson* como teste estatístico para relacionar as variáveis e regressão logística bivariada com as categorias “Não” e “Sim” para o acesso a consulta odontológica, posteriormente selecionada as variáveis significativas estatisticamente, os dados foram submetidos a regressão logística multivariada com *Odds ratio* ajustada por teste de Wald para determinação dos coeficientes de associação.

Foi selecionada as variáveis relevantes estatisticamente no teste qui-quadrado de *Pearson* para introdução no modelo de regressão logística ordinal de Poisson para cálculo dos fatores associados ao acesso a consulta odontológica nos últimos 12 meses.

## **RESULTADOS**

A amostra analisada neste estudo foi de 90.846 pessoas, excluindo-se aqueles com dados incompletos, correspondendo a uma população estimada de 168.426.190 indivíduos, em 574

estratos. A população estimada de participantes que consultaram o dentista no último ano foi de 83.624.648 (49,65%; IC<sub>95%</sub>: 49,01-50,3 ), o valor de qui-quadrado obtido foi: 2070,3342, com grau de liberdade F de  $13833.52 = 2596643$ , e 8.027 Unidades Primárias de Amostragem.

Na tabela 1 é possível identificar que os idosos são os que menos tiveram acesso ao dentista nos últimos 12 meses (n=11.978.752, 34,82%, IC<sub>95%</sub>: 33,61-36,05), enquanto que usuários da faixa etária adulta e de jovens apresentaram maior proporção de acesso ao dentista. Ao avaliar os anos de estudo, é possível identificar que os usuários com tempo de estudo entre 8 a 10 anos, obtiveram maior relação proporcional e em números absolutos de acesso ao serviço de saúde bucal nos últimos 12 meses (54,38%).

Quanto a ocupação, a maioria da população possui algum tipo de atividade laboral formal ou informal, correspondendo a 54,27% da população, sendo significativamente diferente da população sem ocupação.

Em relação a cor/raça, os indivíduos de cor branca apresentaram maior condição de acesso significativamente relevante, em relação aos indivíduos não brancos, com prevalência de 55,11% de condições de acesso ao cirurgião-dentista nos últimos 12 meses.

As mulheres apresentaram maior valor absoluto e relativo de acesso à consulta odontológica, com valor acumulado de 53,03% (IC<sub>95%</sub> 52,17-53,89) de mulheres com acesso ao cirurgião-dentista.

A tabela 2 apresenta a associação das variáveis, através de regressão logística bivariada, do acesso ao tratamento odontológico e as características sociodemográficas da população estudada.

Os resultados da tabela 2 demonstram que houve associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre a faixa etária e a realização de consulta odontológica, tanto para adultos quanto para jovens, com maior probabilidade para indivíduos da categoria jovens, apresentando uma probabilidade de 2.28 vezes maior em relação a outra faixa etária, com valor ajustado de aproximadamente 1.88. Indicando que a população jovem apresenta maior probabilidade de realizar consultas odontológicas. Da mesma forma que a população de adultos, apresentando uma razão de chances de aproximadamente 2.11 e OR ajustada de 1.49, mantendo a significância estatística.

Os ajustes da Odds ratio para a faixa etária indicaram que, após considerar outros fatores da regressão logística múltipla com teste de Wald, a associação permaneceu significativa, mas com valores menores para a Odds Ratio ajustada.

As mulheres apresentaram probabilidade ligeiramente maior de realizar consultas odontológicas em relação aos usuários do sexo masculino, mantendo a significância estatística mesmo após ajuste utilizando o teste de Wald (OR ajustada: 1.356521).

Houve associação significativamente relevante para a educação e presença de consulta odontológica, com pico em 11 anos ou mais de estudos (OR: 7.394683/IC<sub>95%</sub>: 6.004085-9.107357), o mesmo acontece ao realizar a análise multivariada, evidenciando associação significativa entre educação e consulta odontológica, à medida que o nível de educação aumenta, a probabilidade de realizar consultas odontológicas também aumenta, tanto na análise bivariada, quanto na multivariada.

A presença de ocupação mostrou associação, tanto na análise bivariada quanto multivariada, e maior probabilidade de realização de consulta odontológica em aproximadamente 1.14 vezes em relação a outra variável, sugerindo que a ocupação tem um efeito independente na probabilidade de frequentar o cirurgião-dentista. Quanto a Cor, os indivíduos da cor “Branca” foram associados a maior probabilidade de utilização do serviço de atendimento odontológico, tanto na análise bivariada quanto na multivariada (OR ajustada: 1.130135/ IC<sub>95%</sub>: 1.053861).

É possível visualizar na tabela 3 que a maior proporção de usuários que conseguiram consulta nos últimos 12 meses foram de pacientes do sistema odontológico privado ou fornecido por empresa (73,92%). Quanto ao local da consulta odontológica no último ano, a maioria foi realizada em consultórios privados, seguido de Unidades Básicas de Saúde 74,5% e 19,27% concomitantemente. Ao relacionar-se a o acesso ao dentista com plano de saúde médico privado,

foi observado que 66,43% dos usuários com esse perfil obtiveram acesso ao dentista nos últimos 12 meses da data da entrevista.

Em relação ao tipo de financiamento do serviço, os atendimentos foram em sua maioria realizados por unidades não vinculadas ao SUS (76,66%). Ao tratar-se do local da última consulta odontológica, a maior concentração foi destinada para consultórios privados, correspondendo a 62.302.519 habitantes (74,50%).

Ao se analisar a população que foi atendida pelo cirurgião-dentista (CD) e sua relação com a adscrição dos domicílios na Estratégia Saúde da Família (ESF) é possível observar que 61,76% (IC<sub>95%</sub>: 60,65-62,86) dos usuários do SUS com cadastro em Unidades de Saúde da Família (USF) conseguiram acesso ao serviço de saúde bucal nos últimos 12 meses. Ao considerar a vigilância da saúde da família e as necessidades de cuidados através das visitas domiciliares nos últimos 12 meses, foi identificado que os pacientes que possuíam visitas mensais de algum membro da equipe de saúde da família apresentaram maior prevalência de consulta ao CD em 12 meses (17,73%/ IC<sub>95%</sub>:17,06-18,44)

A região Norte apresentou maior concentração de usuários que não tiveram a oportunidade de consulta odontológica em 12 meses da realização da entrevista na amostra pesquisada, correspondendo a 58,42% (IC<sub>95%</sub>: 57,01-59,81). A região Sul mostrou melhores taxas de acesso, com valor de 55,18% (IC<sub>95%</sub>: 53,68-56,66%). Quanto a situação censitária (tabela 4), a

maioria da população com acesso ao dentista em 1 ano, residia em ambiente urbano (51,60%). Proporcionalmente, os residentes da zona rural apresentaram piores taxas de acesso para a variável, “*não foi ao dentista em 12 meses*”, em comparação com os habitantes da zona urbana (62,28%/ IC<sub>95%</sub>:60,97-63,56).

Na tabela 5 é possível observar que ao realizar a associação das variáveis da macrorregião, a região Sul apresentou maior chance de acesso a consulta odontológica, em relação as outras macrorregiões, apresentam uma chance de aproximadamente 1.45 vezes maior de consulta odontológica, em relação às outras categorias, após realizar o Odds ratio ajustado. A probabilidade de consulta odontológica vem seguida das regiões Sudeste (OR ajustada: 1.339172) e Centro-oeste (OR ajustada: 1.183649).

Ao realizar ajuste do teste para a situação censitária, foi observado valor de p elevado, indicando que a associação entre perímetro urbano ou rural e acesso odontológico não foi estatisticamente significativa após ajuste para outras variáveis.

A tabela 6, corresponde a distribuição dos usuários que obtiveram consulta nos últimos 12 meses e os hábitos e características de saúde bucal. Observa-se que a população amostral com maior oportunidade de acesso possui, em sua maioria, o hábito de escovação 3 vezes ao dia, como método de higienização oral (n= 58.865.700/56,44%).

Os pacientes com melhor acesso ao sistema de saúde bucal não utilizavam, majoritariamente, prótese dentária (50,88%/ N=32.412.209), e não apresentaram perdas dentárias (54,50% / IC<sub>95%</sub>: 53,27-55,73). Em contrapartida, 82,89% (IC<sub>95%</sub>: 81,44-84,25) dos participantes que não conseguiram consulta ao dentista foi de pacientes edêntulos totais

Em relação a autopercepção de saúde bucal, avaliando dentes e gengivas, os usuários que apresentaram acesso nos últimos 12 meses, classificou a saúde bucal como “*Muito boa*” em sua maioria (66,16%/ IC<sub>95%</sub>:64,37-67,90).

Quanto ao tabagismo, a maioria dos usuários que obteve consulta com o dentista nos últimos 12 meses, foi de usuários que nunca fumaram ou ex-fumantes (53,10% e 46,24%). O tópico de controle do tabagismo e etilismo é potencial e passível de estratégias de educação em saúde durante consulta odontológica no âmbito do SUS e rede privada nos diversos níveis de atenção, pois está relacionado a diversas patologias da cavidade oral, em especial o câncer de boca e cabeça e pescoço.

O etilismo foi identificado como moderado na maioria da população estudada com acesso ao cirurgião-dentista (55,62%/ IC<sub>95%</sub>: 54,37-56,87), seguido de excessivo correspondendo a 50,39% (IC<sub>95%</sub>: 48,86%-51,91). Quanto ao Índice de Massa Corpórea (IMC) houve maior proporção de usuários eutróficos (59,36%/ IC<sub>95%</sub>: 48,36-50,37).

A partir dos dados demonstrados na tabela 6, é possível evidenciar que há associação estatisticamente relevante entre as variáveis e a consulta odontológica, onde a população que possui plano de saúde odontológico possui chances de aproximadamente 1,94 (OR ajustada 1,948081) vezes maior de fazer uma consulta odontológica em comparação com aqueles sem plano. O mesmo permanece para indivíduos com plano de saúde médico, obtendo-se 1,34 vezes mais chances de comparecer a consulta odontológica. Pacientes que nunca fumaram, apresentaram índices ajustados de 1,32 vezes maior de consultar o dentista em comparação com fumantes ou ex-fumantes.

Ao se avaliar a atividade física foi observado que os usuários categorizados na classe “suficiente” apresentaram chance de aproximadamente 1,24 vezes maior de consultar o dentista em relação aos sedentários. Em relação a escovação, foi evidente que quanto mais frequente a escovação, maior a chance de ir ao dentista, onde os indivíduos que escovam os dentes 3 vezes ou mais têm 5,45 (OR ajustada) vezes mais chances de ir ao dentista em relação com aqueles que escovam com menos frequência.

Com base nos resultados da autopercepção de saúde oral, parece haver uma associação significativa entre a categoria “Muito boa” com chances de aproximadamente 2,80 vezes maior de comparecer a consulta odontológica (OR ajustado) em relação a outras categorias. Desta forma, conforme a autopercepção da saúde oral regride (categorias Boa e Regular), as chances de

frequentar o dentista também reduzem, conforme os dados de OR ajustada apresentada para as categorias Boa (OR ajustada: 1.93) e Regular (OR ajustada: 1.72), não houve associação significativa para a categoria ruim.

## **DISCUSSÃO**

O tema acesso dos serviços de saúde tem sido investigado no Brasil amplamente, tendo como exemplo um recorte da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) das iniciativas de pesquisa nessa temática. Esta pesquisa utiliza dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2019, a PNS é integrada ao Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD), com amostra mestra de maior espalhamento geográfico e ganho na precisão das estimativas<sup>7</sup>.

A PNS abrangeu todo o território nacional, com plano amostral de amostragem por conglomerados em 3 estágios, com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem. Sendo os setores censitários as unidades primárias de amostragem; os domicílios são as unidades de segundo estágio; e os moradores de 15 anos ou mais são as unidades de terceiro estágio. Selecionou-se 8.036 UPAs e 108.525 domicílios, com taxa de resposta de 93,6% na média nacional<sup>7</sup>.

Nossos resultados apontaram que homens, idosos, indivíduos não-brancos e de menor escolaridade apresentaram menor acesso ao dentista. Em revisão integrativa de literatura realizada por Rabello e colaboradores<sup>8</sup> foi identificado fatores relacionados à insuficiência de acesso em populações específicas, ocorrendo com maior frequência entre a comunidade de baixa renda *per capita*, baixa escolaridade, pessoas idosas, e em vulnerabilidade social. Sendo estas, as que mais necessitam de serviço público de saúde bucal apresentando maior iniquidade<sup>8</sup>.

Durante avaliação das iniquidades sociais no acesso ao serviço de saúde bucal Lamy (2020)<sup>9</sup> observou que os estudos transversais avaliados mostraram que houve redução nas desigualdades de acesso, com redução na proporção de pessoas que nunca consultaram o dentista, de 18,70% em 1998, para 11,70% em 2008, com aumento na utilização dos serviços odontológicos, porém mantendo-se as iniquidades. Sendo necessário políticas de redução das desigualdades. Ressaltando que, para esta redução, não é necessário somente o maior acesso e utilização dos serviços, é mandatório, também, a compreensão da determinação social sobre o processo saúde-doença bucal<sup>9</sup>.

É possível perceber que a disponibilidade dos serviços de saúde bucal, não é garantia exclusiva de acesso, pois mesmo com o aumento de cobertura de saúde bucal, somente a

existência da ESB não implica em garantia de consulta, pois persistem barreiras geográficas, acessibilidade, incompatibilidade entre turnos e horários de funcionamento das UBS e horário possível para trabalhadores<sup>10</sup>.

A dificuldade na marcação de consultas, configura uma limitação de acesso, podendo ser ocasionada por insuficiência de recursos humanos e de equipes que sejam capazes de administrar adequadamente a população adscrita e atender a sua demanda, fazendo com que a demanda pública se direcione para tratamento no setor privado. Apesar dos avanços da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), ampliação do número de ESB e maior quantitativo de municípios com acesso a esses serviços na APS, ainda se faz necessário melhorias para alcance da universalidade no SUS<sup>11</sup>.

Quanto a autoidentificação de cor/ raça, a população da cor “Branca” apresentou maiores taxas de oportunidade de consulta odontológica no último ano. Souza (2022)<sup>12</sup>, investigou o perfil de pacientes atendidos em uma ESB no estado do Rio de Janeiro, corroborando com dados semelhantes a este estudo, identificando que a maioria da população atendida foi de pessoas pardas (60,00%), seguida de brancos (43,50%) e pretos (26,50%).

Ainda sobre o estudo de Souza (2022)<sup>12</sup>, foi observado maioria de usuários com ensino médio completo (43,50%), seguido de analfabetos (29,50%) e nível fundamental completo (23,00%), sendo semelhante aos dados observados em nossa pesquisa, onde foi identificado associação de maior anos de estudo com a maior chance de atendimento com cirurgião-dentista.

Os dados desta pesquisa evidenciaram que os indivíduos que possuem plano privado ou fornecido por empresa através de convênio odontológico, possuem maior qualidade no acesso ao cirurgião-dentista, em detrimento de usuários exclusivos do SUS, apresentando taxas de acesso de 73,92% para os usuários com plano de saúde odontológico privado, esta variável foi associada a chances de 3,29 vezes maior de oportunidade de consulta ao dentista em relação aos que não possuem plano de saúde odontológico, e OR ajustada de 1.94, mantendo a significância estatística. Mostrando que ainda há maior oportunidade de acesso para os indivíduos que pagam para obtenção de serviço de saúde odontológico.

Quanto ao local das realizações de atendimento odontológico, foi observado que, houve maior prevalência para consultórios privados (74,50%/ IC<sub>95%</sub>: 73,63-75,35). O inverso ocorreu em investigação realizada em UBS do Rio de Janeiro, onde foi identificado que o local da última consulta odontológica, majoritariamente foi em Unidades Básicas de Saúde (56,5%), seguido de

consultórios particulares (33,5%). Ao analisar a posse de plano odontológico privado, apenas 9,50% dos usuários atendidos nas UBS possuíam este serviço. Desta população estudada, 66,50% dos atendimentos foram realizados pelo SUS. Estes dados foram coletados durante o período de picos pandêmicos, o que pode inferir nas diferenças epidemiológicas dos dados gerais coletados pela PNS 2019<sup>12</sup>.

Rabello e colaboradores (2022)<sup>8</sup> afirmam que os principais motivos dos usuários entrevistados de não utilização dos serviços odontológicos das Unidades Básicas de Saúde são: a dificuldade no acesso e tempo de espera para um atendimento, limitação dos serviços ofertados, com priorização do assistencialismo em detrimento da promoção e prevenção, gerando maior necessidade de tratamento. Estes motivos reforçam a concepção da odontologia de mercado ainda presente no SUS e a necessidade de revisão da qualidade e oferta desse acesso, com análise dos problemas e distribuição desses serviços<sup>8</sup>.

A dificuldade no acesso ao serviço odontológico por famílias em vulnerabilidade social, denota a realização de procedimentos e práticas populares em saúde na tentativa de alívio dos sintomas. Em estudo realizado por Nations e colaboradores (2008) foi descrito que mulheres

realizam atividades populares na tentativa de evitar o estigma e discriminação diante das dificuldades de acesso aos cuidados odontológicos, serviços precários e exclusão social<sup>13</sup>.

Em estudo etnográfico realizada em uma capital do nordeste brasileiro, Moreira e colaboradores (2007), relacionaram as condições sociodemográficas e os cuidados de saúde bucal, identificando que a violência, desemprego e exclusão social, como barreiras de priorização do cuidado em saúde bucal, gerando maior nível de extrações dentárias, pois torna-se o meio mais simples de contenção dos sintomas diante da dificuldade de acesso e da complexidade do contexto e condições de vida. O acesso ao cirurgião-dentista é visto por esta comunidade como algo de luxo e distante da realidade<sup>14</sup>.

Neste estudo foi identificado que a população atendida, em sua maioria detinha alguma fonte de renda/ ocupação (54,27% 53,48-55,07), com chance de 1.14 vezes maior de consulta ao dentista em relação aos indivíduos sem nenhuma ocupação. Residindo em zona urbana (51,60%/ 50,89-52,32)

Durante revisão por pares realizado por Passos e colaboradores (2011), com objetivo de identificar a condição de vida e o processo saúde-doença, foi demonstrado que a situação

socioeconômica tem sido considerada um fator determinante do risco de cáries, além da baixa renda estar associada ao grau de educação, ao valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde. Gerando uma maior suscetibilidade indireta à cárie<sup>15</sup>.

Quanto à condição social relacionada ao acesso, Rabello e colaboradores (2022), concluíram que a assistência odontológica pública é insuficiente para garantir o acesso, não há resolutividade, apresenta problemas de infraestrutura e dispõe de profissionais que não atendem às exigências da comunidade. Mesmo com expansão e aumento de ESB, isso não se refletiu diretamente e proporcionalmente no aumento da qualidade do acesso de toda a população, principalmente as de maior vulnerabilidade socioeconômica<sup>8</sup>.

Em relação a distribuição espacial das condições de acesso ao cirurgião-dentista no último ano, com divisão por regiões de saúde, destaca-se o eixo centro-sul, com melhores prevalências de acesso à consulta odontológica em relação às outras regiões do Brasil, destacando-se a região Sul com 55,18% de população atendida por serviço odontológico. Destaca-se a região Norte com as piores prevalências de acesso ao serviço de saúde bucal, onde 58,42% da população não possui acesso ao dentista.

Em análise de associação, foi evidenciado que a região Sul apresentou chances de 1,45 vezes maior de oportunidade de consulta odontológica em relação às outras regiões, com índices semelhantes encontrados para as demais regiões do eixo centro-sul.

Os dados desta pesquisa divergem dos encontrados por Loivos (2019), onde afirma que a região com melhor desempenho na marcação de atendimento com o dentista em unidades de saúde foi a região Nordeste (81,40%) e a pior, a Sudeste (70,70%). Tendo como piores capitais para marcação de atendimento com o dentista, os municípios de Boa Vista (64,30%), Rio Branco (38,80%), São Luís (35,30%), Macapá (34,50%) e Natal (34,30%)<sup>16</sup>.

Em pesquisa realizada por Loivos (2019), utilizando dados secundários do 2º ciclo do PMAQ-AB (Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) em 2013, foi identificado diferenças regionais entre as capitais no acesso à saúde bucal, mostrando que apenas 32,50% dos usuários entrevistados já haviam se consultado com o dentista, com 28,80% para o Norte, 39,50% para o Nordeste, 26,90% no Sudeste, 34,80% no Sul e de 26,40% no Centro-oeste. Ao relacionar estes valores por capitais, as regiões de melhor acesso da amostra pesquisada foram

os municípios de Vitória (60,30%), João Pessoa (52,20%), Campo Grande (50,70%), Natal (50,20%), Palmas (48,90%), Curitiba (45,50%) e Florianópolis (45,50%)<sup>16</sup>.

Nesta pesquisa, foi identificado ainda o número de ESB distribuídas no território nacional, com menor quantidade para região Norte, compondo (N=1.291), seguida de Centro-oeste (N=1.583) e Sul (N=2.522), a maior concentração de equipes foi para região Nordeste (N=7.733) e Sudeste (N=5.040)<sup>16</sup>.

Dados semelhantes de pesquisa foram identificados por Souza (2022), quanto aos hábitos de população atendida em UBS, sendo evidenciado que todos os participantes investigados utilizavam escova e pasta de dente como métodos de higiene oral. A maioria (59,50%) escovavam 3 vezes ou mais por dia e 34,00% escovavam 2 vezes ao dia<sup>12</sup>.

Em nossa pesquisa foi identificada associação positiva entre a frequência de escovação dental e a presença de consulta odontológica no último ano, mostrada por OR ajustado de 5.45 chances maior de consulta ao dentista para os indivíduos que possuíam o hábito de escovação 3 vezes ou mais ao dia, com redução progressiva de acordo com a menor frequência de escovação. A autopercepção da saúde oral também obteve associação positiva, apresentando indivíduos com

autopercepção “Muito boa” com chances de 2,80 vezes maior de consulta ao dentista e prevalência de 66,16% (64,37-67,90).

Estes divergem, em parte, dos investigados em UBS de um município do Rio de Janeiro, onde identificou que, a maioria, percebia a saúde oral como regular (48,00%), seguido de boa (27,50%) e regular (18,00%)<sup>10</sup>.

A população edêntula total foi a que menor teve oportunidade de acesso ao dentista, de acordo com os dados investigados nesta pesquisa, apresentando prevalência de 82,89% de não comparecimento em consulta odontológica, em contrapartida os dentados totais apresentaram maior oportunidade de acesso, com 54,50% (53,27-55,73). Os dados, quanto a perda dentária foram divergente dos encontrados por Souza (2022), onde verificou que apenas 4,00% perderam todos os dentes superiores, 1,50% perderam todos os dentes inferiores e 15,00% utilizava algum tipo de prótese dentária<sup>12</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa buscou identificar a prevalência e fatores associados ao acesso aos serviços de saúde bucal no Brasil, com análises demonstrando um quadro detalhado a respeito das condições de acesso à saúde bucal no território brasileiro. Ficou evidenciada através da análise

dos dados que a população detentora de maior escolaridade (avaliada através dos anos de estudo), população de cor branca, sexo feminino, melhor condição financeira e indivíduos jovens e adultos possuem maior oportunidade de acesso ao serviço de saúde bucal.

Este perfil de atendimento pode ter refletido nos hábitos de vida, pois os dados relativos a maior frequência de escovação, autopercepção positiva da saúde bucal considerando dentes e gengivas, indivíduos dentados, atividade física suficiente e ausência de tabagismo, foram associados a maiores chances da população em obter consulta com CD.

Apesar do quantitativo de atendimentos odontológicos executados por unidades operadoras do SUS ser superior aos atendimentos do âmbito privado, ao relacionar-se a variável proporcionalmente com índices ajustados, a população brasileira ainda apresenta maior chance de conseguir atendimento odontológico através de pagamento de prestação de serviços privados. Refletindo em condições de saúde oral melhor para a população com melhores condições financeiras, capazes de pagar plano de saúde médico e/ou odontológico.

Estes dados evidenciam a manutenção das iniquidades de acesso aos serviços odontológicos, principalmente para usuários que são totalmente dependentes do SUS para atendimento de saúde, o que corresponde a aproximadamente 71,50% da população brasileira estimada pelo IBGE em 2020 (150.000.000 de cidadãos).

Diversas estratégias são elaboradas constantemente no âmbito legislativo nas 3 esferas de gestão e de unidades executoras do SUS, todavia as individualidades das unidades assistenciais, perfis profissionais, de gestores e gerentes; além das diversas dimensões do acesso (disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade) tornam o processo de atingir a equidade extremamente complexo.

A revisão de políticas públicas em saúde bucal, revisões legislativas, protocolos assistenciais, financiamento e normativas devem ser constantemente realizadas, pois, apesar da melhora da qualidade assistencial e de saúde bucal da população brasileira desde a instituição da PNSB (evidenciado pelos levantamentos populacionais periódicos), ainda mantém-se alta prevalência de indivíduos com afecção do sistema estomatognático, com perdas dentárias (em parte de causas preveníveis) e que nunca foi contemplado com consulta odontológica durante a vida.

Ressalta-se a importância da atenção pelas unidades gestoras, para a região Norte do país que apresentou as piores taxas de acesso ao serviço de saúde bucal, e que, historicamente absorve repasse com menor financiamento em relação a outras regiões do país, apresentando inúmeras iniquidades de acesso, devido a necessidade de atendimento em regiões remotas ou baixa cobertura populacional de Unidades de Saúde da Família.

Apesar da complexidade do tema, este estudo contribuiu para definir o perfil populacional e os fatores sociodemográficos associados ao acesso em saúde bucal no Brasil. Para melhor elucidação do tema e identificação de estratégias para dirimir as iniquidades sociais, propõe-se novos estudos para investigação e análise das necessidades de cuidado em saúde bucal, com associação das coordenadas territoriais dos usuários que não apresentam oportunidade acesso pontos territoriais e a disponibilidade do serviço odontológico, assim como elucidação das dimensões do acesso associadas a falta de oportunidade de acesso.

## **REFERÊNCIAS**

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

5. Brasil. LEI Nº 14.572, DE 8 DE MAIO DE 2023. Ministério da Saúde, LEI Nº 14.572, DE 8 DE MAIO DE 2023 May 8, 2023.
6. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2019 – Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 1st ed. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, editor. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
7. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2019: ciclos de vida. 1st ed. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, editor. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
8. Rabello RED, Monteiro ÂX, Lemos SM, Teixeira E, Honorato EJS. Desafios do acesso à saúde bucal: uma revisão integrativa da literatura. Revista de APS. 2022 Apr 5;24.
9. Lamy R de LRF. Iniquidades sociais e saúde bucal: análise da produção científica no campo da saúde bucal coletiva [Tese]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2020.
10. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG de, Cavalcanti YW. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário, segundo o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014 e 2018. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021;30(3).
11. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. Rev Saude Publica. 2012 Apr;46(2):250–258.

12. Souza HMR de. O perfil sociodemográfico e a situação da saúde bucal de usuários adultos de uma clínica da família do município do Rio de Janeiro [Dissertação]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2022.
13. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008 Apr;24(4):800–808.
14. Moreira TP, Nations MK, Alves M do SCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007 Jun;23(6):1383–1392.
15. Santana Passos J de, Araújo TM, Suzart Gomes Filho I, Seixas da Cruz S. CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE BUCAL: UMA ABORDAGEM TEÓRICO-CONCEITUAL DAS DESIGUALDADES SOCIAIS. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011 Jan 1;35:138.
16. Loivos ACB. O acesso à saúde bucal nas capitais brasileiras com destaque para o caso do Rio de Janeiro [Tese (doutorado)]. [Rio de Janeiro]: Fundação Oswaldo Cruz; 2019.

Tabela 1 - Distribuição sociodemográfica da estimativa populacional de acordo com acesso a pelo menos uma consulta odontológica nos últimos 12 meses. PNS (2019).

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Não (n)</b>	<b>Sim (n)</b>	<b>Não(%) (IC: 95%)</b>	<b>Sim (%) (IC: 95%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Faixa etária</b>					
Jovens	14.111.795	17.215.171	45,05 (43,28-46,82)	54,95 (53,18-56,72)	p<0,001
Adultos	48.269.646	54.430.724	47 (46,25-47,75)	53 (52,25- 53,75)	
Idosos	22.420.100	11.978.752	65,18 (63,95- 66,39)	34,82 (33,61- 36,05)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,7- 50,99)	49,65 (49,01- 50,30)	168.426.190
<b>Sexo</b>					
Homens	42.915.796	36.330.798	54,15 (53,22- 55,09)	45,85 (44,91- 46,78)	p<0,001
Mulheres	41.885.745	47.293.850	46,97 (46,11- 47,83)	53,03 (52,17- 53,89)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70- 50,99)	49,65 (49,01- 50,30)	168.426.190
<b>Anos de estudo</b>					
0 a 3 anos	2.401.924	748.469	76,24 (72,39- 79,71)	23,76 (20,29- 27,61)	p<0,001
4 a 7 anos	36.668.677	21.626.508	62,90 (62,96- 63,93)	37,10 (36,17- 38,04)	
8 a 10 anos	29.024.270	34.595.958	45,62 (44,60- 46,64)	54,38 (53,36- 55,40)	
11 ou mais	10.952.198	25.236.933	30,26 (29,12- 31,44)	69,74 (68,56- 70,88)	
Total	79.047.069	82.207.869	49,02 (48,36- 49,68)	50,98 (50,32- 51,64)	161.254.937
<b>Ocupação</b>					
Sim	45.235.561	53.693.442	45,73 (44,93- 46,52)	54,27 (53,48-55,07)	p<0,001
Não	39.565.981	29.931.206	56,93 (55,92- 57,93)	43,07 (42,07- 44,08)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70- 50,99)	49,65 (49,01- 50,30)	168.426.190
<b>Cor/raça</b>					
Branco	32.455.092	39.850.874	44,89 (43,82- 45,95)	55,11 (54,05- 56,18)	p<0,001
Não Branco	52.346.449	43.773.774	54,46 (53,65- 52,26)	45,54 (44,74 - 46,35)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70- 50,99)	49,65 (49,01- 50,30)	

Fonte: Autores, com base na PNS 2019.

Nota: valor de p obtido a partir do teste estatístico inferencial do Qui-quadrado

Tabela 2 - Razão de chances (odds ratio [OR]) bruta e ajustada e intervalo de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>) do acesso ao tratamento odontológico por fatores socioeconômicos e demográficos da amostra estudada. Regressão logística bivariada e ajuste por teste de Wald.

<b>Variáveis independentes</b>	<b>p-valor</b>	<b>p-valor</b>
<b>Faixa etária</b>	<b>Odds Ratio (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>P&gt;  t   ajustada (IC<sub>95%</sub>)</b>
Jovens	2.28 (2.08 - 2.49)	p<0,001 1.88 (1.59-2.16)
Adulto	2.11 (1.99 - 2.23)	p<0,001 1.48 (1.36-1.60)
<b>Sexo</b>		
Mulheres	1.33 (1.26- 1.40)	p<0,001 1.35 (1.26-1.44)
<b>Educação</b>		
4 a 7	1.89 (1.54- 2.32)	p<0,001 1.28 (1.08-1.48)
8 a 10	3.82 (3.11- 4.69)	p<0,001 1.91 (1.61 -2.22)
11 ou mais	7.39 (6.00- 9.10)	p<0,001 2.97 (2.47-3.48)

*(continuação)*

**Ocupação**

Sim	1.56 (1.49- 1.65)	p<0,001	1.14 (1.06 -1.22)	p<0,001
-----	----------------------	---------	----------------------	---------

**Cor/raça**

Branco	1.468345 (1.38 - 1.55)	p<0,001	1.13 (1.05-1.20)	p=0.001
--------	---------------------------	---------	---------------------	---------

---

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019.

Tabela 3- Distribuição das frequências absolutas e relativas das condições de acesso ao serviço de saúde bucal.

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Não (n)</b>	<b>Sim (n)</b>	<b>Não (%) (IC: 95%)</b>	<b>Sim (%) (IC: 95%)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Plano de saúde odontológico privado</b>					
Sim	5.763.142	16.334.347	26,08 (24,64- 27,58)	73,92 (72,42-75,36)	p<0,001
Não	79.038.400	67.290.301	54,01 (53,33-54,70)	45,99 (45,30-46,67)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70-50,99)	49,65 (49,01-50,30)	
<b>Plano de saúde médico</b>					
Sim	15.012.013	29.706.539	33,57 (32,44- 34,72)	66,43 (65,28-67,56)	p<0,001
Não	69.789.529	53.918.109	56,41 (55,70- 57,12)	43,59 (42,88-44,30)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70-50,99)	49,65 (49,01-50,30)	
<b>Cadastro em ESF</b>					
Sim	54.735.394	49.284.592	32,50 (31,77-33,23)	61,76 (60,65-62,86)	p<0,001
Não	20.835.874	24.506.444	12,37 (11,77-13,00)	26,92 (25,93-27,94)	
Não sabe	9.230.274	9.833.612	5,48 (5,15-5,83)	11,32 (10,76-11,90)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70-50,99)	1	
<b>Visita domiciliar nos últimos 12 meses</b>					
Mensalmente	21.039.705	18.439.098	20,23 (19,57-20,90)	17,73 (17,04-18,44)	p<0,001
A cada 2 meses	5.916.942	5.060.071	5,69 (5,34-6,05)	4,86 (4,49-5,26)	
De 2 a 4 meses	9.330.543	7.706.293	8,97 (8,54-9,42)	7,41 (6,97-7,87)	
Uma vez	6.482.784	5.849.381	6,23 (5,88-6,61)	5,62 (5,26-6,01)	
Nunca recebeu	11.965.420	12.229.749	11,50 (10,9-12,13)	11,76 (11,20-12,33)	
Total	54.735.794	49.284.592	52,62 (51,84)	47,38 (46,60-48,16)	
<b>Local da última consulta odontológica</b>					
		<b>Sim (n)</b>		<b>Sim (%) IC: 95%</b>	p<0,001
UBS		16.114.787		19,27 (18,54-20,02)	
Policlínica		1.667.210		1,99 (1,76-2,26)	
UPA		669.821		0,80 (0,66-0,97)	
CEO		1.034.499		1,24	

*(continuação)*

Ambulatório privado	1.065.543	1,27 (1,04-1,56)	
Consultório privado	62.302.519	74,50 (73,63-75,35)	
Pronto Atendimento privado	301.318	3,60 (2,90-4,40)	
Outro serviço	468.950	5,60 (4,50-7,00)	
Total	83.624.648		
<b>Consulta feita pelo SUS</b>			p<0,001
Sim	19.264.899	23,04 (22,23-23,87)	
Não	64.103.920	76,66 (75,82-77,48)	
Não sabe	255.829	3,1 (2,00-4,70)	
Total	83.624.648	1	

---

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019.

Tabela 4 – Distribuição por macrorregião, da população que obteve acesso ao serviço de saúde bucal nos últimos 12 meses.

<b>Região</b>	<b>Não (n)</b>	<b>Sim (n)</b>	<b>Não (%)</b> <b>IC: 95%</b>	<b>Sim (%)</b> <b>IC: 95%</b>	<b>p-valor</b> <b>Total (N)</b>
Norte	7.884.457	5.611.974	58,42 (57,01- 59,81)	41,58 (40,19- 42,99)	p<0,001
Nordeste	25.432.169	19.485.771	56,62 (55,65- 57,58)	43,38 (42,42- 44,35)	
Sudeste	33.927.384	38.701.868	46,71 (45,52- 47,91)	53,29 (52,09- 54,48)	
Sul	11.023.264	13.568.550	44,82 (43,34- 46,32)	55,18 (53,68- 56,66)	
Centro-oeste	6.534.267	6.256.486	51,09 (49,37- 52,80)	48,91 (47,20- 50,63)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70- 50,99)	49,65 (49,01- 50,30)	168.426.190
<b>Situação censitária</b>					
Urbano	70.053.805	74.691.527	48,84 (47,68- 49,11)	51,60 (50,89-52,32)	
Rural	14.747.737	8.933.121	62,28 (60,97 - 63,56)	37,72 (36,44- 39,03)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70- 50,99)	49,65 (49,01- 50,30)	168.426.190

Fonte: Autores, com base na PNS 2019.

Tabela 5 - Razão de chances (odds ratio [OR]) bruta e ajustada e intervalo de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>) do acesso ao tratamento odontológico e a distribuição territorial por macrorregiões e situação censitária. Regressão logística bivariada e ajuste por teste de Wald em análise multivariada.

<b>Variáveis independentes</b>		<b>p-valor</b>		<b>p-valor</b>
<b>Macrorregião</b>	<b>Odds Ratio (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>Odds Ratio ajustada (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>P&gt; t </b>
Nordeste	1.07 (1.00- 1.15)	0.038	1.17 (1.08-1.26)	0.000
Sudeste	1.60 (1.48- 1.72)	0.000	1.33 (1.22-1.45)	0.000
Sul	1.72 (1.59- 1.87)	0.000	1.45 (1.31-1,60)	0.000
Centro-Oeste	1.34 (1.22- 1.47)	0.000	1.18 (1.06-1.30)	0.002
<b>Situação censitária</b>				
Urbano	1.76 (1.65- 1.87)	0.000	1.03 (0.96-1,10)	0.337

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019

Tabela 6 – Distribuição populacional dos usuários que obtiveram acesso de saúde bucal, conforme hábitos de vida e condições de saúde bucal. PNS, 2019.

	<b>Não (n)</b>	<b>Sim (n)</b>	<b>Não (%)</b> <b>IC: 95%</b>	<b>Sim (%)</b> <b>IC: 95%</b>	<b>p-valor</b> <b>Total (N)</b>
<b>Frequência escovação</b>					p<0,001
3 vezes	45.433.633	58.865.700	43,56 (42,78-44,34)	56,44 (55,66-57,22)	
2 vezes	31.494.061	22.055.897	58,81 (57,73-59,89)	41,19 (40,11-42,27)	
1 vez	5.809.645	2.265.536	71,94 (68,80-74,89)	28,06 (25,11-31,20)	
Não escova	289.468	42.123	87,30 (79,48-92,42)	12,70 (7,58-20,52)	
Total	83.026.837	83.226.256	49,94 (49,29-50,59)	50,06 (49,41-50,71)	166.256.093
<b>Uso de prótese dentária</b>					p<0,001
Sim	29.814.054	22.828.115	56,64 (55,62-57,65)	43,36 (42,35-44,38)	
Não	31.292.399	32.412.209	49,12 (48,16-50,08)	50,88 (49,92-51,84)	
Total	61.106.454	55.240.324	52,52 (51,79-53,25)	47,48 (46,75-48,21)	116.346.777
<b>Autopercepção de saúde bucal (dentes e gengiva)</b>					p<0,001
Muito boa	7.186.988	14.049.701	33,84 (32,10-35,63)	66,16 (64,37-67,90)	
Boa	47.786.019	49.238.202	49,25 (48,43-50,07)	50,75 (49,93-51,57)	
Regular	23.915.438	17.721.810	57,44 (56,27-58,59)	42,56 (41,41-43,73)	
Ruim	4.970.758	2.252.769	68,81 (66,14-71,36)	31,19 (28,64-33,86)	
Muito ruim	942.339	326.166	72,24 (67,15-76,81)	27,76 (23,19-32,85)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70-50,99)	49,65 (49,01-50,30)	168.426.190
<b>Perdas dentárias</b>					p<0,001
Dentados totais	23.695.088	23.384.325	45,50 (44,27-46,73)	54,50 (53,27-55,73)	
Edêntulos parciais	49.387.464	82.822.069	48,32 (47,55-49,10)	51,68 (50,90-52,45)	
Edêntulo total	11.718.990	2.418.254	82,89 (81,44-84,25)	17,11 (15,75-18,56)	
Total	84.801.541	53.624.648	50,35 (49,70-50,99)	49,65 (49,01-50,30)	168.426.190
<b>Edentulismo total</b>					p<0,001
Não	73.082.552	81.206.394	47,37 (46,70-48,03)	52,63 (51,97-53,30)	
Sim	11.718.990	2.418.254	82,89 (81,44-84,25)	17,11 (15,75-18,56)	

*(Continuação)*

Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70-50,99)	49,65 (49,01-50,30)	168.426.190
<b>Tabagismo</b>					p<0,001
Nunca fumou	48.836.411	55.296.350	46,9 (46,09-47,71)	53,10 (52,29-53,91)	
Ex-fumante	23.559.561	20.268.085	53,76 (52,60-54,91)	46,24 (45,09-47,40)	
Fumante	12.405.570	8.060.213	60,62 (58,89-62,31)	39,38 (37,69-41,11)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70-50,99)	49,65 (49,01-50,30)	168.426.190
<b>Etilismo</b>					p<0,001
Abstêmio	52.631.359	46.592.231	53,04 (52,22-53,86)	46,96 (46,14-47,78)	
Moderado	18.322.902	22.967.742	44,38 (43,13-45,63)	55,62 (54,37-56,87)	
Excessivo	13.847.280	14.064.675	49,61 (48,09- 51,14)	50,39 (48,86-51,91)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70-50,99)	49,65 (49,01-50,30)	168.426.190
<b>Atividade física</b>					p<0,001
Nenhuma	21.196.028	14.263.577	59,78 (58,55- 60,99)	40,22 (39,01-41,45)	
Insuficiente	14.153.6331	13.018.035	52,09 (50,59-53,59)	47,91 (46,41-49,41)	
Suficiente	49.451.881	56.343.036	46,74 (45,94-47,55)	53,26 (52,45-54,06)	
Total	84.801.541	83.624.648	50,35 (49,70-50,99)	49,65 (49,01-50,30)	168.426.190
<b>IMC</b>					p<0,001
Abaixo do peso	2.519.478	2.201.648	53,37 (49,32-57,37)	46,63 (42,63-50,68)	
Eutrófico	34.827.139	33.953.210	50,64 (49,63-51,64)	59,36 (48,36-50,37)	
Sobrepeso	29.746.292	29.681.796	50,05 (49,06-51,05)	49,95 (48,95-50,94)	
Obesidade	17.041.630	16.698.843	50,51 (49,24-51,77)	49,49 (48,23-50,76)	
Total	84.134.539	82.535.497	50,48 (49,83-51,13)	49,52 (48,87-50,17)	166.670.036

---

 Fonte: Autores, com base na PNS, 2019

Tabela 7 - Razão de chances (odds ratio [OR]) bruta e ajustada e intervalo de confiança de 95% (IC<sub>95%</sub>) do acesso ao tratamento odontológico e as condições de saúde, condições de acesso e hábitos de vida. Regressão logística bivariada e ajuste por teste de Wald em análise multivariada.

<b>Variáveis independentes</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>P&gt;  t  </b>	<b>Odds Ratio ajustada (IC<sub>95%</sub>)</b>	<b>P&gt;  t  </b>
<b>Plano de saúde odontológico</b>				
Sim	3.32 (3.06- 3.61)	0.000	1.94 (1.72-2.17)	0.000
<b>Plano de saúde médico</b>				
Sim	2.561349 (2.41- 2.71)	0.000	1.34 (1.23-1.45)	0.000
<b>Cadastro em ESF</b>				
Não	1.30 (1.22- 1.39)	0.000		
Não sabe	1.18 (1.09- 1.28)	0.000		
<b>Tabagismo</b>				
Nunca fumou	1.74 (1.61- 1.88)	0.000	1.32 (1.19-1.46)	0.000
Ex-fumante	1.32 (1.22- 1.43)	0.000	1.20 (1.08-1.33)	0.001

*(Continuação)***Consumo de álcool**

Moderado	1.41	0.000
	(1.33- 1.50)	

Excessivo	1.14	0.000
	(1.07- 1.23)	

**Atividade física**

Insuficiente	1.36	0.000	1.11	0.026
	(1.26- 1.47)		(1.01-1.21)	

suficiente	1.63	0.000	1.24	0.000
	(1.59-1.79)		(1.15-1.33)	

**IMC**

Abaixo do peso	0.89	0.197
	(0.75-1.05)	

Sobrepeso	1.02	0.400
	(0.96-1.08)	

Obesidade	1.00	0.876
	(0.94-1.07)	

**Escovação**

3 vezes ou mais	8.90	0.000	5.45	0.000
	(5.01-12,78)		(2.42-8.47)	

*(continuação)*

2 vezes	4.81 (2.70-6.91)	0.000	4.14 (1.84-6.44)	0.001
---------	---------------------	-------	---------------------	-------

1 vez	2.67 (1.48-2.87)	0.001	2.98 (1.31-4.65)	0.000
-------	---------------------	-------	---------------------	-------

**Uso de prótese**

Não	1.35 (1.28-1.42)	0.000	1.04 (0.97-1.11)	0.177
-----	---------------------	-------	---------------------	-------

**Autopercepção da saúde oral**

Muito boa	5.08 (3.92- 6.58)	0.000	2.80 (2.00-3,60)	0.000
-----------	----------------------	-------	---------------------	-------

Boa	2.68 (2.10- 3.41)	0.000	1.93 (1.41-2,45)	0.000
-----	----------------------	-------	---------------------	-------

Regular	1.92 (1.50- 2.46)	0.000	1.72 (1.25-2,19)	0.001
---------	----------------------	-------	---------------------	-------

Ruim	1.17 (0.89- 1.55)	0.238	1.31 (0.93-1,68)	0.112
------	----------------------	-------	---------------------	-------

**Perdas dentárias**

Dentados totais	5.80 (5.19- 6.0)	0.000		
-----------------	---------------------	-------	--	--

Edêntulos parciais	5.18 (4.67- 5.70)	0.000		
--------------------	----------------------	-------	--	--

*(continuação)*

**Edentulismo total**

Não	5.38	0.000
	(4.86- 5.96)	

**Cadastro em ESF**

Não	1.30	0.000
	(1.22-1.39)	

Não sabe	1.18	0.000
	(1.09 - 1.28)	

---

Fonte: Autores, com base na PNS, 2019.

**ANEXO A** – Normas de submissão para a revista *Ciência e saúde coletiva* (ISSN: 1413-8123)



## **INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

*Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.*

A Revista *Ciência & Saúde Coletiva* aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista *Ciência & Saúde Coletiva*. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos



internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. Não é cobrada taxa de publicação. Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

## **Orientações para organização de números temáticos**

**1.** A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

### **2. Modalidades de Números Temáticos:**

**2.1.** Por Termo de Referência a convite da Editoria da Revista - enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

**2.2.** Por Termo de Referência fechado - enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

**2.3.** Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.

Maiores informações no site da Revista em:

<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/chamada-publica>

**2.4.** Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

### **O que uma proposta de número temático deve conter?**



### **No conteúdo:**

- Artigos inéditos sobre o assunto temático em seus mais diferentes aspectos, devendo ser quase todos ou na totalidade, frutos de pesquisa. E algum texto de opinião que contemple o livre pensar de alguém importante da área e que tem domínio intelectual sobre o tema, o que pode ser substituído por uma entrevista com uma pessoa de referência no assunto. Uma ou duas resenhas.
- Deve incluir pesquisadores de instituições diferentes (se possível, também colegas de outros países que trabalham com o mesmo tema). Aceitam-se artigos, além de em português, em espanhol, inglês e francês.
- Um mesmo autor não pode ter seu nome incluído em mais de três artigos.

### **Na forma**

- Título (ainda que provisório) da proposta do número temático;
- Nome ou nomes dos proponentes.
- Justificativa resumida em um ou dois parágrafos contendo o tema, os objetivos da proposta, seu contexto, significado, originalidade e relevância para a Saúde Coletiva.
- Listagem dos dez (no máximo 15) artigos propostos já com possíveis títulos e nomes dos possíveis autores que serão convidados.
- Proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto;
- Proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.
- O Editorial também é responsabilidade dos proponentes.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

#### **Notas sobre a Política Editorial**

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.



- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

**Nota importante** - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### Seções da publicação

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.



**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica.



sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID id.

## **Autoria**



1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações



sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Financiamento**

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

### **Referências**



1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" <sup>11</sup> (p.38).

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza <sup>4</sup>, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.



5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

**Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA*



[dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

#### 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

#### 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

#### 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.  
Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

#### 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

#### 17. Monografia em formato eletrônico



*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program].  
Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.