

INTER-RELAÇÃO DA POSSE DE PLANOS DE SAÚDE ODONTOLÓGICO PRIVADO E DA RENDA IMPACTANDO NA SITUAÇÃO DE SAÚDE BUCAL: UMA ANÁLISE DOS DADOS DA PNS 2019

Interrelationship between private dental health insurance coverage and income affecting oral health status: an analysis of PNS 2019 data

Interrelación entre la cobertura del seguro de salud dental privado y los ingresos que afectan el estado de salud bucal: un análisis de los datos del PNS 2019

Sophia Queiroz Marques dos Santos • Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN • Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva / UFRN • Mestre em Saúde Coletiva • soqueirozm@hotmail.com • <https://orcid.org/0000-0002-3240-8006>

Maria Helena Rodrigues Galvão • Universidade Federal de Pernambuco - UFPE • Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva / UFRN • Doutora em Saúde Coletiva • mhrgalvao@gmail.com • <https://orcid.org/0000-0003-1344-2863>

Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira • Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN • Pós Doutor em Saúde Coletiva • Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva / UFRN • roncalli@terra.com.br • <https://orcid.org/0000-0001-5311-697X>

Autora correspondente:

Sophia Queiroz Marques dos Santos • soqueirozm@hotmail.com

Submetido: 11/10/2024

Aprovado: 24/04/2025

RESUMO

Introdução: A construção dos serviços de saúde odontológicos foi conflituosa no Brasil. É necessário esclarecer a verdadeira contribuição dos diferentes serviços para a melhoria geral do panorama da saúde bucal, já que fatores individuais, combinados com o tipo de assistência recebida, podem modular a condição de saúde. **Objetivo:** Este estudo visa analisar como a posse de plano odontológico e a renda impactam a perda dentária. **Metodologia:** Foram utilizados dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, para adolescentes, adultos e idosos. As análises de dados complexos foram feitas com auxílio do Software SPSS IBMS Statistics, aplicando tanto análises descritivas como modelos de regressão logística binomial e Poisson. **Resultados:** Análises multivariadas mostraram que a posse de plano odontológico não teve impacto significativo na perda dentária quando ajustada para outros fatores, enquanto variáveis como sexo, raça, escolaridade e renda foram fortemente associadas à perda de dentes. Destaca-se que mulheres, pessoas não brancas e de baixa renda apresentam as maiores perdas dentárias. A análise de Poisson indicou que fatores socioeconômicos, como baixa renda e menor nível educacional, contribuíram para uma maior quantidade de dentes perdidos. **Conclusões:** A posse de um plano odontológico pode ajudar a manter a saúde bucal, mas a influência da renda continua a ser um fator crucial.

Palavras-Chave: Saúde bucal; Seguro Odontológico; Perda de dente; Desigualdades de Saúde; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The development of dental health services in Brazil has been contentious. It is essential to clarify the true contribution of different services to the overall improvement of oral health, given that individual factors combined with the type of care received can influence health outcomes. **Objective:** This study aims to analyze how dental insurance coverage and income impact tooth loss. **Methodology:** Data from the 2019 National Health Survey (PNS) were used about adolescents, adults, and elderly. Complex data analysis was conducted using IBM SPSS Statistics software, applying both descriptive analyses with binomial logistic regression models and Poisson. **Results:** Multivariate analyses showed that dental insurance coverage had no significant impact on tooth loss when filtered for other factors, while variables such as sex, race, education level, and income were strongly associated with tooth loss. Women, non-White individuals, and those with lower incomes had the highest rates of tooth loss. The Poisson analysis indicated that socioeconomic factors, such as low income and lower educational attainment, contributed to a greater number of teeth lost. **Conclusions:** Having dental insurance may support better oral health, but income remains a critical determinant of tooth loss.

Keywords: Oral Health; Dental Insurance; Tooth Loss; Health Inequities; Social Determinants of Health.

RESUMEN

Introducción: El desarrollo de los servicios de salud bucal en Brasil ha sido objeto de controversias. Es fundamental esclarecer la verdadera contribución de los diferentes tipos de atención a la mejora general de la salud bucal, dado que los factores individuales, combinados con el tipo de atención recibida, pueden influir en los resultados en salud. **Objetivo:** Este estudio tiene como objetivo analizar cómo la cobertura de seguro dental y el nivel de ingresos influyen en la pérdida dentaria. **Metodología:** Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud (PNS) de 2019, referentes a adolescentes, adultos y personas mayores. Se llevó a cabo un análisis complejo de los datos mediante el software IBM SPSS Statistics, aplicando análisis descriptivos y modelos de regresión logística binaria y de Poisson. **Resultados:** Los análisis multivariados mostraron que la cobertura del seguro dental no tuvo un impacto significativo en la pérdida dentaria al controlar otros factores. En cambio, variables como el sexo, la raza, el nivel educativo y los ingresos estuvieron fuertemente asociadas con la pérdida de dientes. Las mujeres, las personas no blancas y aquellas con menores ingresos presentaron las tasas más altas de pérdida dentaria. El análisis de Poisson indicó que factores socioeconómicos, como ingresos bajos y menor nivel educativo, contribuyeron a un mayor número de dientes perdidos. **Conclusiones:** Contar con un seguro dental puede favorecer una mejor salud bucal, pero el ingreso continúa siendo un determinante crítico en la pérdida de dientes.

Palabras clave: Salud bucal; Seguro dental; Pérdida de dientes; Inequidades en Salud; Determinantes Sociales de la Salud.

Introdução

A perda dentária configura-se como um importante desafio de saúde pública em escala global. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 20% da população mundial com 60 anos ou mais é edêntula, evidenciando a carga cumulativa das doenças bucais ao longo do curso da vida. A perda dentária compromete funções fisiológicas fundamentais, como a mastigação e a fonação, e repercute negativamente sobre diversos domínios da qualidade de vida, incluindo o estado nutricional, a autoestima e a participação social¹. Esses impactos tendem a ser mais severos em populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica, nas quais o acesso a serviços reabilitadores é limitado, acentuando desigualdades e barreiras ao exercício pleno da cidadania¹.

Ademais, a oferta de serviços de saúde bucal no Brasil tem enfrentado desafios históricos devido a lacunas no desenvolvimento do setor². Para o território, é possível notar uma disparidade significativa entre o desenvolvimento do serviço médico e

odontológico em âmbito tanto público quanto privado, que ainda reverbera no cenário atual³.

Apesar de avanços em ambos os setores, como a implementação das Equipes de Saúde Bucal na atenção primária (2002), a criação do Projeto Brasil Sorridente (2004) e sua posterior institucionalização como lei (2023)⁴. Além da dinâmica expansão do setor privado suplementar desde 1990, abrangendo aspectos territoriais, de cesta de serviços e de recursos humanos⁵, ainda existem desigualdades significativas na saúde bucal da população. A literatura mostra que determinantes contextuais como o acesso a cuidados odontológicos e a qualidade dos serviços podem variar amplamente com base em fatores individuais como a renda e a posse de planos de saúde privados⁶, mas a extensão desse impacto permanece incerta.

A renda pode afetar a capacidade de acessar serviços de saúde bucal regulares, enquanto os planos privados podem oferecer uma gama mais ampla de serviços e melhores condições de tratamento⁶. Em 2024 o Brasil conta com cerca 6 mil equipes de saúde bucal na atenção básica e 45% de cobertura territorial dos serviços públicos odontológicos⁷. Enquanto o setor privado dispõe de 328 operadoras de cuidados exclusivamente odontológicos em operação⁷. A análise dos gastos privados exclusivos para este tipo de plano só foi relatada em 2,5% dos domicílios, com valor médio de R\$ 5,10 reais per capita e aumento proporcional à renda e escolaridade⁸.

Em termos de mercado, predominam empresas de pequeno porte e se observa um certo mimetismo entre as instituições, culminando na pulverização dos investimentos⁷. A Agência Nacional Saúde Suplementar (ANS) desempenha um papel regulador estabelecendo padrões para a entrada, permanência e saída de empresas do mercado. No entanto, sua atuação não parece impactar significativamente o desempenho setorial nem a dinâmica de captação de clientes⁹. Vale citar que o setor de planos de saúde odontológicos é notadamente lucrativo, destacando-se no cenário empresarial e explicando o expressivo crescimento mercadológico nos últimos anos⁷.

É sabido que apesar da constituição conflituosa dos serviços eles foram capazes de impactar positivamente na situação de saúde bucal dos brasileiros, com melhorias marcantes no índice de CPO-D nacional aferido ao longo dos últimos 40 anos¹⁰. No

entanto, ainda é necessário esclarecer a verdadeira contribuição desses serviços para a melhoria geral do panorama da saúde bucal, já que fatores individuais, combinados com o tipo de assistência recebida, influenciam significativamente a condição de saúde, podendo colaborar inclusive para o aumento da carga de doença¹⁰.

Por fim, existe uma lacuna quanto à exploração de dados mais atuais relacionados à posse de plano de saúde odontológico privado concomitantemente associado à renda como um fator importante para o produto da situação de saúde bucal. O estudo propõe analisar se a situação de saúde bucal dos adolescentes, adultos e idosos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, medida por meio do seu pior desfecho, a perda dentária autorrelatada, é impactada pela interação dos fatores individuais: posse do plano privado e situação financeira familiar.

Metodologia

Desenho do estudo e participantes

Estudo transversal, utilizando dados secundários da PNS 2019, uma pesquisa nacional de base domiciliar, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde. A seleção de participantes para o inquérito se deu por amostragem por conglomerados em três estágios, em que os setores censitários ou conjuntos de setores formam as unidades primárias de amostragem, os domicílios formam as unidades de segundo estágio e os moradores com 15 anos ou mais formam as unidades de terceiro estágio. Detalhes mais específicos podem ser encontrados no relatório final da PNS emitido pelo Ministério da Saúde¹¹.

O banco de dados contém informações de 90.846 indivíduos, correspondentes aos selecionados para entrevista, compostos por moradores com 15 anos ou mais por domicílio, para as variáveis dos desfechos principais. A PNS teve aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em agosto de 2019 sob o número nº 3.529.376.

Variáveis do estudo

O desfecho foi a perda de algum dente, formulado através da soma de variáveis relativas à autoavaliação da perda dentária para os arcos: inferior e superior. Disponível no módulo U, que diz respeito à “Saúde bucal” da PNS. Neste módulo foram utilizadas as variáveis: U02301 (Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima, o(a) Sr(a) perdeu algum?), U02303 (Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima, o(a) Sr(a) perdeu algum, quantos?), U02401 (Lembrando-se dos seus dentes permanentes de baixo, o(a) Sr(a) perdeu algum?) e U02403 (Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima, o(a) Sr(a) perdeu algum, quantos?). Para a formulação do desfecho supracitado e como opção de resposta se tinha: a) Nenhum dente perdido; b) Perda de algum dente em algum dos arcos; c) Perda de algum dente em ambos os arcos; d) Perda total em um arco e parcial em outro; e) Perda total em ambos os arcos.

Os grupos foram definidos de forma a somar a quantidade de dentes perdidos e conhecer a sua disposição, tendo em vista que fatores que acometem ambos os arcos têm maior potencial.

Um dos principais preditores estava no módulo I, que diz respeito à “Cobertura do plano de saúde”, neste módulo foi utilizada a variável I00101 (Tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público?), que tinha como opção de resposta: a) sim e b) não. Também foi extraída a variável independente I00102 (Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?), que poderia ser respondida com: a) sim e b) não.

Os demais fatores preditores foram selecionados para caracterização da amostra: idade, sexo, raça/cor, nível educacional e socioeconômico¹¹. As variáveis independentes foram: sexo (homem, mulher), fase da vida (adolescente, adulto jovem adulto e idoso) – estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) –, cor ou raça autorreferida (branca, não branca), nível educacional (mestrado ou doutorado, especialização, graduação, ensino médio, ensino fundamental ou inferior), faixa de renda domiciliar (maior que 5 salários mínimos, entre 3 até 5 salários mínimos, entre 2 até 3 salários mínimos, entre 2 até 1 salário mínimo e menor que 1 salário mínimo),

se possuía ou não plano privado e se o seu domicílio era cadastrado na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Por último, uma nova variável independente foi criada, através da combinação das variáveis posse do plano de saúde odontológico - com 2 categorias (1- sim e 2- não) - e renda medida por meio de salários mínimos - com 4 categorias (1- maior que 2 salários mínimos, 2- entre 1 e 2 salários mínimos, 3- maior que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo e menor que 1 salários mínimos e 4- menor que $\frac{1}{4}$ de salários mínimos). Como resultado obtivemos oito classificações dessa inter-relação, 4 referentes a pessoas que tinham a posse de plano odontológico privado, com a renda variando entre menor que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo até maior que 2 salários mínimos, e as demais eram voltadas às pessoas sem posse de plano odontológico privado e a mesma variação de renda.

Análise estatística

Foi utilizado o módulo de análise de dados de amostras complexas do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, IBM Statistics Versão 25.0). Cada observação incorporou então seu peso amostral para calcular a frequência relativa. Análises descritivas foram incluídas com o intuito de caracterizar a população quanto a características individuais e situação de saúde bucal.

Para tal, foi realizada análise multivariada por meio de modelo de regressão logística binomial, tendo como desfecho a variável categórica da perda dentária. Com o intuito de diminuir o viés de fase da vida, o modelo final foi ajustado por idade. Uma regressão de Poisson foi proposta como uma forma de entender o impacto sob o quantitativo da perda. Em ambos os casos as variáveis com valor de $p < 0,2$ foram incluídas na modelagem inicial e as variáveis com valor de $p < 0,05$ foram mantidas no modelo final. Finalmente, uma análise da média das perdas dentárias foi realizada em função da variável que une a posse de plano privado e a condição de renda familiar.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as características da população estudada, que em sua maioria era formada por mulheres, não brancas, com estudo fundamental ou inferior,

que recebiam menos que 1 salário mínimo e quanto a assistência não possuíam plano médico nem odontológico. As Tabelas 2 e 3 apresentam a *odds ratio* e razão de prevalência para o desfecho, perda de algum elemento dentário e quantidade de dentes perdidos, respectivamente, segundo as variáveis independentes.

Tabela 1. Tabela de caracterização da população do estudo. Natal-RN, 2025.

Variáveis	n	%
Sexo		
Homem	134442	48,12%
Mulher	144940	51,88%
Raça		
Branco	99019	35,44%
Não branco	180339	64,55%
Nível educacional		
Mestrado ou doutorado	1503	0,84%
Especialização	6345	3,56%
Graduação	24223	13,61%
Ensino médio	68642	38,56%
Ensino fundamental ou inferior	77300	43,42%
Faixa de renda domiciliar		
Menos de 1 salário-mínimo	173728	62,22%
Mais de 1 até 2 salários-mínimos	61643	22,08%
Mais de 2 até 3 salários-mínimos	19369	6,94%
Mais de 3 até 5 salários-mínimos	13380	4,79%
Mais de 5 salários-mínimos	11090	3,97%
Plano de saúde		
Sim	58597	20,97%
Não	220785	79,03%
Plano odontológico		
Sim	31511	11,28%
Não	247871	88,72%
Autopercepção da saúde bucal		
Muito Boa	9543	10,50%
Boa	52162	57,42%
Regular	23919	26,33%
Ruim	4398	4,84%
Muito ruim	824	0,91%
Última consulta ao dentista		
Até 1 ano	130727	46,79%
Mais de 1 ano a 2 anos	45711	16,36%

Mais de 2 anos a 3 anos	20492	7,33%
Mais de 3 anos	57561	20,60%
Nunca foi ao dentista	24.891	8,91%
Dificuldade de se alimentar		
Nenhum	78966	86,92%
Leve	6129	6,75%
Regular	3810	4,19%
Intenso	1530	1,68%
Muito intenso	411	0,45%
Perda dentária		
Não perdeu dentes	22417	24,68%
Perdeu algum dente	18147	19,98%
Perdeu algum dente em ambos os arcos	35787	39,39%
Perdeu todos os dentes em algum arco	5257	5,79%
Desdentado total	9238	10,17%
Uso de prótese		
Sim	32414	47,37%
Não	36015	52,63%

Nesse sentido, indivíduos do sexo feminino (OR= 1,24; $p<0,001^*$) tem maior chance de ter perdido algum dente ao longo da vida, o mesmo se observa para pessoas de raça não branca (OR= 1,28; $p<0,001^*$), com estudos até o fundamental ou inferior (OR=2,95; $p<0,001^*$) e remuneração que não excede $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo (OR=1,60; $p<0,001^*$). Apesar do efeito positivo isolado observado para quem possuía plano de saúde odontológico, no modelo ajustado essa assistência perde a significância. (OR=1,04; $p=0,229$) (Tabela 2).

Às vistas de entender se existe um impacto numérico na perda dentária influenciado por fatores individuais e de assistência, foi proposta uma regressão de Poisson. Os fatores ser mulher (OR= 1,10; $p <0,001^*$), de raça não branca (OR= 1,11; $p <0,001^*$), com estudos até o fundamental ou inferior (OR= 1,20; $p <0,001^*$) e remuneração que não excede $\frac{1}{4}$ de salário-mínimo (OR= 1,90; $p <0,001^*$) colaboram para o aumento proporcional no quantitativo de elementos perdidos. Quanto à assistência, não ter cadastro na Unidade Saúde da Família (USF) e ter plano odontológico aumentam a chance de perdas dentárias (Tabela 3).

Tabela 2. Associação entre as características do indivíduo e a perda de algum dente. Natal-RN, 2025.

Variáveis		OR	OR* ajustado	Valor de <i>p</i>	Valor de <i>p</i> * ajustado
Ter plano de saúde odontológico	Sim	1	1	-	
	Não	1,16 (1,10-1,22)	1,04 (0,97-1,09)	<0,001	0,229
Sexo	Homem	1	1	-	
	Mulher	1,34 (1,29-1,39)	1,24 (1,19-1,28)	<0,001	<0,001*
Raça	Branca	1	1	-	
	Não branca	1,08 (1,04-1,12)	1,28 (1,23-1,33)	<0,001	<0,001*
Nível educacional	Doutorado, mestrado ou especialização	1	1	-	
	Graduação	1,11 (1,02-1,19)	1,07 (1,09-1,16)	0,011	0,145
	Ensino médio	1,64 (1,52-1,77)	1,48 (1,35-2,61)	<0,001	<0,001*
	Ensino fundamental ou inferior	5,79 (5,33-6,28)	2,95 (2,69-3,23)	<0,001	<0,001*
Faixa de renda domiciliar per capita em SM	Maior que 2 SM	1	1	-	
	Maior que 1 SM e menor que 2 SM	0,82 (0,78-0,87)	1,23 (1,15-1,30)	<0,001	<0,001*
	Maior que ¼ de SM e menor ou igual a 1 SM	0,69 (0,65-0,72)	1,42 (1,34-1,51)	<0,001	<0,001*
	Menor que ¼ de SM	0,59 (0,52-0,61)	1,60 (1,47-1,74)	<0,001	<0,001*

*Ajustado por fase da vida.

Legenda: OR: *odds ratio*.

Tabela 3. Regressão de Poisson para a perda dentária em função de fatores individuais e assistenciais. Natal-RN, 2025.

Variáveis		RP	Valor de <i>p</i>
Cadastro na USF	Não	1	-
	Sim	1,08 (1,10-1,22)	<0,001
Possui plano de saúde	Sim	1	-
	Não	1,08 (1,06-1,09)	<0,001
Sexo	Homem	1	-
	Mulher	1,10 (1,09-1,11)	<0,001
Raça	Branca	1	-
	Não branca	1,11 (1,10-1,12)	<0,001
Nível educacional	Doutorado, mestrado ou especialização	1	-
	Graduação	0,97 (0,94-0,99)	0,033
	Ensino médio	1,15 (1,12-1,17)	<0,001
	Ensino fundamental ou inferior	1,20 (1,17-1,23)	<0,001
Faixa de renda domiciliar per capita em SM	Maior que 2 SM	1	-
	Maior que 1 SM e menor que 2 SM	1,22 (1,21-1,24)	<0,001
	Maior que ¼ de SM e menor ou igual a 1 SM	1,45 (1,43-1,46)	<0,001
	Menor que ¼ de SM	1,90 (1,87-1,94)	<0,001

Legenda: RP: razão de prevalência.

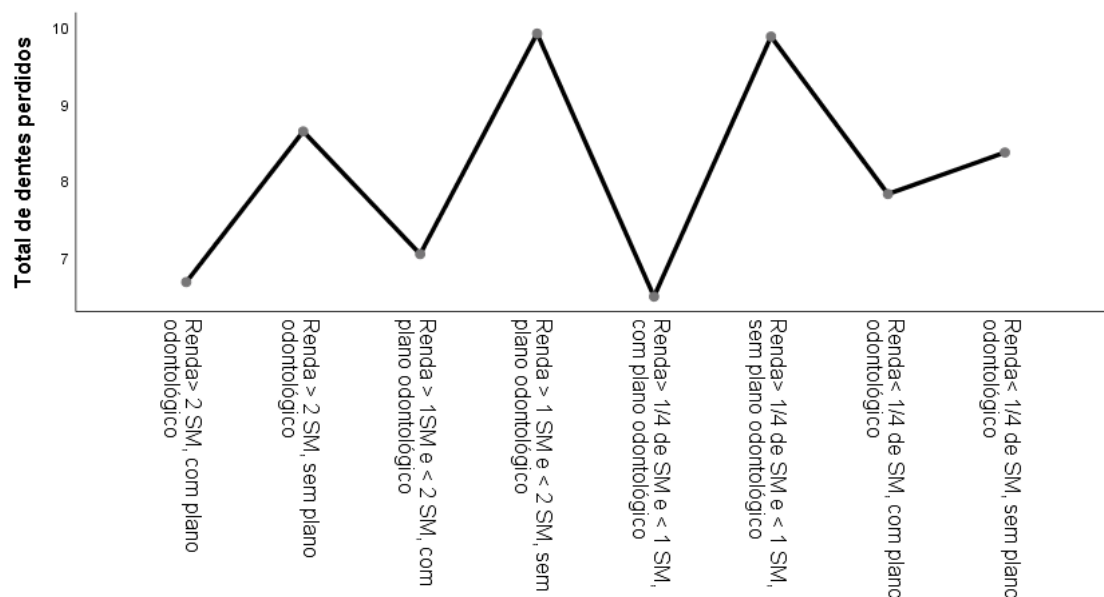
A tabela 4 associa a média de dentes perdidos à variável que condensa renda e a assistência por plano odontológico. Foi possível observar menores médias gerais de dentes perdidos para todas as classes de renda com plano odontológico, no entanto, o teste Pos Hoc nos revela que a média de dentes perdidos para pessoas que recebem menos de ¼ de SM e tem plano de saúde não são comparáveis as médias de indivíduos com plano e com renda superior a ¼ de SM. Acima dessa faixa salarial a presença do plano de saúde torna os resultados mais homogêneos (*p* valor=1,00), enquanto a sua ausência varia inversamente em função da renda, com médias estatisticamente diferentes (Figura 1).

Tabela 4. ANOVA a um fator para média de dentes perdidos associada a variável que condensa renda e a assistência por plano odontológico. Natal-RN, 2025.

Variáveis	Perda dentária média		
Situação de renda e assistência em saúde bucal por plano odontológico	n	Média IC (95%)	Valor de p
Diferença no grupo			<0,001*
Diferença entre grupos			<0,001*
Pessoas com renda menor que 1/4 de SM e com plano	62	7,82 (5,87-9,77)	
Pessoas com renda menor que 1/4 de SM e sem plano	3846	8,37 (8,12-8,62)	
Pessoas com renda maior que 1/4 e até 1 SM e com plano	178	6,48 (5,96-7,01)	
Pessoas com renda maior que 1/4 e até 1 SM e sem plano	5347	9,88 (9,75-10,00)	
Pessoas com renda maior que 1 SM e menor que 2 SM com plano	684	7,04 (6,58-7,49)	
Pessoas com renda maior que 1 SM e menor que 2 SM e sem plano	9403	9,92 (9,74-10,10)	
Pessoas com renda maior que 2 SM com plano	1144	6,67 (6,32-7,03)	
Pessoas com renda maior que 2 SM e sem plano	7441	8,64 (8,43-8,85)	

Legenda: SM: salário mínimo.

Figura 1. Média da perda dentária associada a variável que condensa renda e a assistência por plano odontológico. Natal-RN, 2025.



Discussão

Desvela-se que usuários de planos privados possuem menor número de dentes perdidos, que se reflete na manutenção de melhores condições de saúde bucal ao longo dos anos, apesar de sua eficácia ser intensificada em consonância com a renda. No entanto, os planos odontológicos não são capazes de impactar a sociedade com equidade, ainda é possível associar fortemente a saúde bucal à fatores socioeconômicos.

A maior chance de perder dentes pertenceu a mulheres, não brancas, com menor escolaridade e renda. Um cenário semelhante ao encontrado em estudo anterior¹². Há persistentes desigualdades entre grupos sociais que ressaltam o caráter multifatorial das doenças bucais, destacando os determinantes sociais da saúde como fatores que interagem alterando o desfecho¹³. Mulheres possuem sua trajetória social marcada por multitarefas, o que comprovadamente impacta em sua situação de saúde¹⁴. Aliado a isso, são as maiores vítimas de violência em todas as fases da vida¹⁵ e sofrem com alterações hormonais - como a menstruação, a gravidez e o climatério - que também interagem com esse cenário¹⁶. Apesar da maior utilização dos serviços odontológicos ser por parte das mulheres, a alta frequência pode levar ao sobretratamento e iatrogênese, principalmente no setor privado, o que pode resultar em maior prevalência da perda dos dentes¹⁷.

Indivíduos não brancos sofrem historicamente com piores condições de vida e saúde, fruto de um processo de colonização excludente que reverbera marcas até o tempo atual¹⁸. Influências raciais demarcam piores índices de mortalidade, doenças mentais, gestação, parto e puerpério, infecções e doenças hematológicas em pessoas negras¹⁸. Para a saúde bucal a situação não é diferente, são notórias maiores iniquidades de acesso e utilização dos serviços de saúde, que resultam em perdas dentárias acentuadas¹⁹. Pessoas mais pobres e menos escolarizadas residem em localidades com menores coberturas de serviços odontológicos e de serviços essenciais, consomem mais açúcar e escovam menos frequentemente seus dentes²⁰. Acresce-se a isso que a soma de condições determinantes pode ser vista como um fator agravante à carga de doenças, o que condiciona a piora global do cenário de saúde²¹.

A literatura expõe a dor dentária, o modelo de atenção e a situação financeira como fatores motivadores para as exodontias²². Podendo o modelo de atenção ser fruto da situação financeira e por esse fim o fator é fortemente relevante para a perda dentária. Além da fundamentação do modelo de atenção em si, que difere fortemente entre público e privado, já que o primeiro é reconhecidamente voltado à prevenção e promoção à saúde, enquanto o segundo é limitado ao fornecimento de procedimentos curativos²³, o setor público enfrenta grandes barreiras de acesso e utilização⁷. É sabido que deter um plano odontológico colabora para um maior grau acesso aos serviços, quando comparados ao setor público, reafirmando a Lei da Equidade Reversa, uma proposta que nota a oferta de serviços sociais e de saúde de qualidade é inversamente proporcional à necessidade populacional²⁴.

Apesar do avanço nos índices de perdas dentárias ao longo dos últimos 20 anos, a sua incidência no índice de Dentes Cariados Perdidos e Obturados (CPO-D), ainda é alta. É possível atrelar esse dado a uma polarização do cenário territorial nacional. Em contrapartida, os detentores de bons índices de saúde, caracterizados como mulheres, brancas, adultas e com escolaridade superior ao ensino médio, coincidem com a maioria expressiva dos possuintes de plano privado⁵. Ainda que o cenário individual por si só não justifique a boa saúde, ele interage potencializando a ação positiva do plano odontológico.

Os planos de saúde odontológicos têm o seu crescimento notado a partir da década de 90². A literatura demonstra que existe uma preponderância no grau de acesso e de satisfação dos usuários quando comparado ao serviço ofertado pelo sistema público de saúde. Em certa medida, os resultados são atrelados a diferenças na estrutura física, na relação paciente-profissional, ou mesmo na capacidade de resolutividade do serviço⁷.

Para o estudo, existiram impactos em todas as faixas etária e de renda, no entanto em diferentes espectros. Deter o plano odontológico e ter melhores condições de renda levou a menores perdas dentárias. Essa redução pode ser fruto tanto de melhores condições de acesso, mas também do mix de assistência público-privada. É imprescindível discutir o quanto esse mix favorece cenários de saúde, por conseguinte

produz consequências sociais. Na prática, a possibilidade de articulação das duas assistências ou o financiamento compartilhado pode impactar no avanço da saúde bucal em todas as idades²⁵. No entanto, a segmentação dos serviços odontológicos aliada a cobertura duplicada dos indivíduos com planos privados fortalece a iniquidade, já que indivíduos com grandes necessidades de saúde custeiam seus impostos e podem precisar arcar com pagamentos diretos por serviços privados, comprometendo a renda²⁵. Apesar dos indivíduos sem plano privado utilizarem mais o serviço público²⁵, faz-se necessário refletir a respeito do comportamento de limitações de cobertura e espera para os diferentes usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

É inegável que a saúde bucal tem um espectro modulador muito mais amplo do que o que consegue abordar a assistência privada, são justamente essas lacunas que reverberam iniquidades. Para subsidiar a atuação regulatória do Estado no setor suplementar de saúde, é fundamental a análise das características sociais que influenciam a posse de planos odontológicos privados. Só essa compreensão é capaz de identificar e abordar as desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde bucal eficazmente. Por meio dessa conduta o cenário do avanço em saúde bucal sairá de um campo polarizado para um globalizado.

Poucos estudos exploram a análise estratificada por tipo de assistência e condição de renda associada à situação de saúde bucal autorrelatada. No entanto, os autores esclarecem a necessidade de séries temporais que se debrucem sobre as mudanças no cenário de saúde bucal das pessoas que detêm planos odontológicos para avaliar o seu real impacto ao longo da vida. Outra informação interessante seria a posse dos dados de tratamentos privados realizados fora da cobertura do plano de saúde, uma linha que deve ser explorada na PNS.

Conclusões

A pior situação de saúde bucal ainda é fortemente associada a cenários específicos de renda, raça, sexo e anos de estudo. No entanto, é possível perceber a intermediação do plano odontológico como um fator de impacto positivo na saúde

bucal apesar de todas essas motivações. Ademais, apesar do destaque dos planos odontológicos privados, a influência da renda é evidente e segue uma relação inversamente proporcional à perda dentária. Observa-se que a posse de um plano odontológico é relevante para a possibilidade de manutenção dos elementos dentários em todas as fases da vida.

Referências

1. Petersen PE, Ogawa H. Strengthening the prevention of oral diseases: The need for a global strategy. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012;40(1):1–6. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2011.00622.x>
2. Macinko J, Starfield B. Primary health care and equity in Brazil. *Int J Health Serv.* 2002;32(1):103–20. <https://doi.org/10.2190/7C1R-2CP8-TG0Y-9H3X>
3. Frenkel J, Paim JS. Acesso e qualidade na saúde pública: Uma análise da disparidade regional. *Saúde Soc.* 2005;14(2):45–58. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000200005>
4. Brasil. Lei nº 14.572, maio de 2023. Brasília: Presidência da República; 2023. https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2271499&filename=Tramitacao-PL%208131/2017
5. Castro CS, Almeida CA. A expansão dos serviços de saúde suplementar no Brasil: Aspectos econômicos, territoriais e de recursos humanos. *Rev Bras Saúde Pública.* 2005;41(2):163–70. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000200003>
6. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AMEBL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(3):1021–32. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.04272017>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Dados e Indicadores da Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. <https://www.saude.gov.br>
8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Gastos e Consumo das Famílias Brasileiras Contemporâneas. Brasília: IPEA; 2023. <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3253/1/Gasto%20e%20consumo%20das%20fam%C3%ADlias%20brasileiras%20contempor%C3%A2neas%20-%20v.%201.pdf>
9. Gerschman S, Ugá MAD, Portela M, Lima SML. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços. *Physis.* 2012;22(2):463–76. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000200004>

10. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(8):2539–48. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.12052014>
11. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia da aplicação. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):333–42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>
12. Peres MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saúde Pública*. 2013;47:78–89. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004226>
13. Lucena EHG, Silva RO, Barbosa ML, Araújo ECF, Pereira AC, Cavalcanti YW. Influence of socioeconomic status on oral disease burden: a population-based study. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):608. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01970-w>
14. Santos IF, Netto L. Implication of multiplicity of assignments on women's health. *Res Soc Dev*. 2021;10(12):e376101220415. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20415>
15. Bernardino ÍM, Barbosa KGN, Nóbrega LM, Cavalcante GMS, Ferreira EF, d'Avila S. Violência contra mulheres em diferentes estágios do ciclo de vida no Brasil: um estudo exploratório. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):740–52. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600040005>
16. Tramice A, Paris D, Manca A, Guevara Agudelo FA, Petrosino S, et al. Analysis of the oral microbiome during hormonal cycle and its alterations in menopausal women: the "AMICA" project. *Sci Rep*. 2022;12(1):22086. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-26528-w>
17. Bortoli FR, Moreira MA, Moretti-Pires RO, Botazzo C, Kovaleski DF. Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas. *Saude Soc*. 2017;26(2):533–44. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162160>
18. Njoku A, Evans M, Nimo-Sefah L, Bailey J. Listen to the Whispers before They Become Screams: Addressing Black Maternal Morbidity and Mortality in the United States. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(3):438. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030438>
19. Terra ES, Diaz-Quijano FA, Barros MBA, Lima MG. Race (black-white) and sex inequalities in tooth loss: A population-based study. *PLoS One*. 2022;17(10):e0276103. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276103>
20. Northridge ME, Kumar A, Kaur R. Disparities in Access to Oral Health Care. *Annu Rev Public Health*. 2020;41:513–35. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094318>
21. Mendenhall E, Newfield T, Tsai AC. Syndemic theory, methods, and data. *Soc Sci Med*. 2022;295:114656. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114656>

22. Cortez GFP, Barbosa GZ, Tôrres LHN, Unfer B. Razões e consequências das perdas dentárias em adultos e idosos no Brasil: metassíntese qualitativa. Ciênc Saúde Colet. 2023;28(5):1413–24. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.01632022>
23. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Ciênc Saúde Colet. 2015;20(6):1869–78. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>
24. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971;297:405–12.
25. Santos IS, Santos MAB, Borges DCL. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do SUS. In: A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. Vol. 4. <https://doi.org/10.7476/9788581100180.0004>