



Desigualdades em saúde oral e no acesso a cuidados dentários em Portugal

Curso de Mestrado em Saúde Pública

Ana Caroline Dolivo Costa

Setembro de 2025



Desigualdades em saúde oral e no acesso a cuidados dentários em Portugal

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção
do grau de Mestre em Saúde Pública,
realizada sob a orientação científica do Professor Doutor João Pereira.

Setembro de 2025

Agradecimentos

Várias foram as pessoas que, ao longo deste percurso, me apoiaram de forma incondicional e contribuíram para a concretização deste trabalho. A todas elas, expresso o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço à minha família, pelo suporte constante e pela confiança em cada etapa. Um agradecimento especial ao meu noivo, Isaac, que não mediu esforços para que este sonho se tornasse realidade. Ao meu pai, Veridiano, o meu exemplo de perseverança e dedicação, cuja trajetória me inspirou desde cedo a valorizar os estudos e a seguir com determinação o caminho que hoje concretizo.

Ao meu orientador, Dr. João Pereira, que foi verdadeiramente um professor no sentido mais nobre da palavra. Obrigada pela atenção constante e motivação que me transmitiu, a sua orientação foi essencial para que eu enfrentasse este processo com mais ânimo e segurança.

Aos meus amigos, que me acompanharam, motivaram e celebraram comigo cada etapa conquistada, o meu muito obrigado. Um agradecimento especial ao Allan e à Kamilla, colegas de mestrado que tornaram esta jornada mais leve.

Por fim, agradeço aos professores e colaboradores da Escola Nacional de Saúde Pública, pelo conhecimento partilhado, pela dedicação e por garantirem todas as condições necessárias para a realização deste percurso académico.

Resumo

Introdução: A saúde oral, frequentemente negligenciada nas agendas de saúde pública, é um determinante essencial do bem-estar e da qualidade de vida. Em Portugal, persistem desigualdades que influenciam o acesso e os resultados em saúde oral, revelando um padrão fortemente marcado por fatores socioeconómicos. Este estudo teve como objetivo identificar e medir as desigualdades socioeconómicas em saúde oral na população residente em Portugal, avaliando disparidades nos resultados e no acesso/utilização a cuidados dentários.

Métodos: Foi utilizada a mais recente base de microdados do Inquérito Nacional de Saúde (2019), referente a indivíduos com 15 ou mais anos. O Inquérito é uma amostra representativa da população civil não institucionalizada em Portugal, conduzido pelo Instituto Nacional de Estatística e integrado no European Health Interview Survey. Analisaram-se variáveis relacionadas com a saúde oral (autoapreciação do estado de saúde, dificuldades na mastigação e frequência de escovagem) e com o acesso a cuidados (consulta recente, motivo da consulta, necessidade de consulta não satisfeita por dificuldades financeiras e posse de seguro com cobertura dentária). O grau de escolaridade foi utilizado como indicador socioeconómico. Para quantificar as desigualdades, recorreu-se a curvas e índices de concentração, um método extensivamente documentado na literatura, mas ainda com aplicação limitada na área da saúde oral.

Resultados: Os indivíduos com menor escolaridade reportaram piores níveis de saúde oral, maior frequência de dificuldades na mastigação e menor regularidade na escovagem dentária. Em termos de acesso, observaram-se desigualdades no recurso a consultas, no motivo da última consulta e na prevalência de necessidades não satisfeitas por motivos financeiros. A posse de seguro com cobertura dentária revelou igualmente um padrão socialmente desigual, mais frequente entre os indivíduos com maior escolaridade. Os índices de concentração confirmaram que melhores resultados em saúde oral e a utilização de cuidados se encontram desproporcionalmente concentrados nos grupos socioeconomicamente mais favorecidos.

Conclusão: Os resultados confirmam a persistência de desigualdades sociais significativas em saúde oral em Portugal, que afetam simultaneamente os resultados em saúde e o acesso a cuidados. Estas evidências sublinham a necessidade de políticas públicas integradas, centradas na promoção da equidade, no reforço da prevenção e no alargamento da cobertura pública em saúde oral.

Palavras-chave: saúde oral, desigualdades sociais, acesso a cuidados dentários, equidade

Abstract

Introduction: Oral health, often overlooked in public health agendas, is an essential determinant of well-being and quality of life. In Portugal, persistent inequalities affect access to and outcomes in oral health, revealing a pattern strongly shaped by socioeconomic factors. This study aimed to identify and measure socioeconomic inequalities in oral health among the Portuguese population, assessing disparities in outcomes and access/utilization of dental care.

Methods: The most recent microdata from the 2019 National Health Interview Survey were used, comprising individuals aged 15 and over. The survey is a representative sample of the non-institutionalised civilian population in Portugal, conducted by the National Institute of Statistics (Statistics Portugal) and integrated in the European Health Interview Survey. Variables analysed included self-perceived oral health, mastication difficulties and toothbrushing frequency, as well as access to care (recent dental visit, reason for visit, unmet need due to financial constraints, and dental insurance coverage). Educational attainment was used as the indicator of socioeconomic status. To quantify inequalities, concentration curves and indices were applied, a method extensively documented in the literature but still underused in oral health research.

Results: Individuals with lower educational levels reported poorer oral health, more frequent mastication difficulties and less regular toothbrushing. In terms of access, inequalities were observed in dental visits, the reason for the last visit and the prevalence of unmet needs due to financial reasons. Dental insurance coverage also showed a socially unequal pattern, being more common among those with higher educational levels. Concentration indices confirmed that better oral health outcomes and use of dental care are disproportionately concentrated among the socioeconomically advantaged groups.

Conclusion: The results confirm the persistence of significant social inequalities in oral health in Portugal, affecting both health outcomes and access to care. These findings underline the need for integrated public policies focused on promoting equity, strengthening prevention and expanding public coverage in oral health.

Keywords: oral health, social inequalities, access to dental care, equity

Lista de Abreviaturas

DGS – Direção-Geral da Saúde

EHIS – European Health Interview Survey

IC – Índice de Concentração

IC95% – Intervalo de Confiança a 95%

IADR – International Association for Dental Research

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

INS 2019 – Inquérito Nacional de Saúde de 2019

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

ISCED – International Standard Classification of Education

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

RII – Índice Relativo de Desigualdade (Relative Index of Inequality)

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Lista de Figuras

Figura 1: Exemplo de curva de concentração.....	11
Figura 2: Curvas de concentração dos três indicadores de necessidades em saúde oral.....	16
Figura 3: Curvas de concentração relativas aos padrões de acesso a cuidados dentários.....	18
Figura 4: Intervalos de confiança a 95% das variáveis de acesso e resultados em saúde oral.....	22
Figura 5: Razão para não consultar um dentista (nunca ou nos últimos 12 meses).....	23
Figura 6: Razão da última consulta dentária (últimos 12 meses).....	23

Lista de Tabelas

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	14
Tabela 2: Caracterização da saúde oral da amostra.....	15
Tabela 3: Índices de concentração (não padronizados e padronizados por idade e sexo) com intervalos de confiança a 95%, segundo o nível de escolaridade.....	21

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
Lista de Abreviaturas.....	IV
Lista de Figuras	V
Lista de Tabelas.....	VI
1. Introdução.....	1
2. Metodologia	6
2.1. <i>Fonte dos dados</i>	6
2.2 <i>Variáveis.....</i>	7
2.3 <i>Recodificação das variáveis</i>	7
2.4. <i>Padronização por idade e sexo</i>	9
2.5. <i>Curvas e Índices de Concentração.....</i>	10
2.6. <i>Outros métodos estatísticos</i>	12
3. Resultados	13
3.1. <i>Caracterização da amostra.....</i>	14
3.2. <i>Desigualdades em saúde oral</i>	16
3.3. <i>Desigualdades no acesso e utilização aos cuidados dentários</i>	18
3.4. <i>Síntese dos Índices de Concentração</i>	19
3.5. <i>Intervalos de Confiança dos Índices de Concentração.....</i>	22
3.6. <i>Motivações e barreiras no acesso aos cuidados dentários</i>	23
4. Discussão	25
4.1. <i>Limitações e recomendações para estudos futuros</i>	32
4.2. <i>Recomendações para a política de saúde pública</i>	35
5. Conclusão.....	39
6. Referências Bibliográficas	40

1. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença”, enfatizando a complexidade e a multidimensionalidade do conceito.¹ Da mesma forma, a definição de desigualdades em saúde tem sido alvo de extensa investigação ao longo dos anos, refletindo diferentes abordagens e interpretações. No relatório *The Concepts and Principles of Equity in Health*, publicado em 1990, a OMS define as desigualdades em saúde como diferenças sistemáticas no estado de saúde entre diferentes grupos socioeconômicos, salientando que estas são socialmente construídas, modificáveis e frequentemente injustas. Esta perspectiva sublinha a necessidade de atuação política e social para reduzir disparidades evitáveis, uma vez que estas não resultam apenas de fatores biológicos ou individuais, mas refletem desigualdades estruturais profundamente enraizadas. A saúde oral, frequentemente negligenciada nas agendas de saúde pública, é um exemplo dessa realidade.²

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) reconhecem que a erradicação da pobreza e outras privações deve estar associada a estratégias que promovam melhorias na saúde, na educação e na redução das desigualdades. No contexto da saúde oral, a busca pela equidade está alinhada com a Agenda 2030 das Nações Unidas, reforçando o compromisso global com a justiça social e o acesso universal aos cuidados de saúde. Em particular, o ODS 10 foca-se na redução das desigualdades, ao abordar não apenas fatores econômicos, mas também determinantes sociais e ambientais que influenciam diretamente o acesso aos serviços de saúde e os respectivos resultados.³

A relação entre as características socioeconômicas e a distribuição da saúde entre a população é tão estreita que a dimensão dessas desigualdades pode ser considerada um indicador relevante do progresso rumo a uma sociedade mais justa.⁴ Para compreender a complexidade dos fatores que influenciam as desigualdades em saúde, diversos modelos teóricos foram desenvolvidos ao longo dos anos. Como por exemplo, o modelo de Dahlgren e Whitehead, que destaca como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, são capazes de influenciar todos os outros determinantes da saúde. Complementarmente, o modelo de Diderichsen e Hallqvist enfatizou o impacto das consequências sociais da doença, posteriormente este modelo foi adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead, e passou a destacar a estratificação social gerada pelo contexto social, que atribui aos indivíduos posições sociais distintas, resultando em diferenciais de saúde.^{5,6}

Em Portugal, os avanços nos direitos relacionados com a equidade em saúde estão estreitamente associados à evolução do quadro legislativo e institucional do país. O Artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa consagra o acesso a cuidados de saúde como um direito universal, geral e tendencialmente gratuito, sublinhando a responsabilidade do Estado em garantir condições que promovam a equidade e o bem-estar da população.⁷ Este princípio foi consolidado pela Lei de Bases da Saúde, inicialmente aprovada em 1990 e atualizada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, que reforça o compromisso com a universalidade, generalidade e gratuidade tendencial dos cuidados de saúde, assegurados através do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A criação do SNS, formalizada pela Lei n.º 56/79, em 15 de setembro de 1979, representou um passo decisivo na concretização do direito à saúde, ao estabelecer um sistema que garante a prestação de cuidados globais e o acesso universal, independentemente da condição económica ou social dos cidadãos.^{8,9,10}

Em 2005 foi criado o Programa Nacional para a Promoção da Saúde Oral (PNPSO), com o objetivo de promover hábitos e comportamentos saudáveis e prevenir doenças orais, especialmente entre a população escolar. Posteriormente, em 2008, foi implementada a estratégia de utilização de cheques-dentista e a referenciação para consultas de higiene oral nos centros de saúde. Os cheques-dentista são guias que dão acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária, entre os grupos beneficiados estão as grávidas seguidas no SNS, os beneficiários do Complemento Solidário para Idosos, as crianças e jovens até aos 18 anos, independentemente da escola ou instituição que frequentem, bem como utentes portadores de infeção por VIH/SIDA e aqueles com lesões suspeitas de cancro oral.^{11, 12}

De acordo com o Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde de 2023, a nível nacional, existiam 140 médicos dentistas a prestar serviços nos cuidados de saúde primários até ao final de 2022, dos quais 84% estavam contratados como prestadores de serviços. Havia também 107 higienistas orais a exercer funções nos centros de saúde. O número reduzido de profissionais influencia na persistência de um volume significativo de necessidades de cuidados de saúde oral na população que não encontra resposta no SNS, ou que dispõe de uma resposta muito limitada. Esta limitação obriga à priorização do acesso a cuidados dentários para situações específicas, dificultando o atendimento universal. A dificuldade em reter estes profissionais no sistema público compromete a eficiência dos serviços e resulta na existência de gabinetes de saúde oral subutilizados ou mesmo inativos devido à falta de recursos humanos.¹²

Segundo Furtado e Pereira, o acesso aos cuidados de saúde depende essencialmente da oferta disponível, sendo garantido quando existe uma disponibilidade adequada de serviços.

No entanto, o acesso efetivo não se limita à existência de oferta, estando também condicionado por barreiras económicas, sociais, organizacionais e culturais que podem dificultar a utilização apropriada dos serviços de saúde. Neste sentido, a equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente evitáveis em diversos aspetos da saúde entre grupos populacionais diferenciados social, geográfica ou demograficamente.¹³

No contexto da saúde oral, este acesso assume particular relevância. De acordo com a OMS, a saúde oral desempenha um papel fundamental na realização de funções vitais, como mastigar, falar e respirar, sendo igualmente determinante para o bem-estar psicossocial, ao influenciar a autoconfiança, o conforto e a capacidade de interação social. No entanto, condições como cáries dentárias, doenças periodontais, perda dentária, cancro oral e malformações congénitas representam uma ameaça significativa não apenas à qualidade de vida, mas também à saúde sistémica, estando frequentemente associadas a complicações graves, como doenças cardiovasculares, infeções respiratórias e diabetes.^{14,15}

Estas patologias integram as doenças não transmissíveis mais prevalentes a nível global, afetando aproximadamente 3,5 mil milhões de pessoas. A sua carga tem vindo a intensificar-se, especialmente em países de baixo e médio rendimento, onde impactam de forma desproporcional as populações mais vulneráveis. Esta desigualdade perpetua-se ao longo do ciclo de vida, desde a infância até à idade avançada, refletindo o impacto dos determinantes sociais na saúde oral. Apesar da sua estreita ligação com a saúde geral e da sua relevância no âmbito da Saúde Pública, a saúde oral continua subvalorizada no planeamento de políticas de saúde.¹⁴

A OMS e a Federação Dentária Internacional têm enfatizado a necessidade de uma abordagem global para a saúde oral, alinhada com a Agenda 2030 das Nações Unidas e, em particular, com o ODS 3, que visa assegurar vidas saudáveis e promover o bem-estar em todas as idades. Neste contexto, a Cobertura Universal em Saúde estabelece o compromisso de garantir o acesso equitativo a cuidados dentários, o que torna a problemática do acesso a cuidados de saúde oral um tema de crescente relevância nos sistemas de saúde mais desenvolvidos. Paralelamente, observa-se uma valorização crescente por parte da população relativamente a estes serviços.^{3, 14, 16}

Monitorizar e analisar os padrões de acesso e resultados em saúde, é indispensável para identificar desigualdades, frequentemente agravadas por barreiras financeiras, como por exemplo, o elevado peso dos pagamentos diretos, que em 2021 representaram 29% da despesa em saúde das famílias portuguesas.¹⁷ O país enfrenta desafios significativos no

acesso a cuidados de saúde oral, de acordo com o *European Health Interview Survey* de 2019, 29% dos indivíduos relataram necessidades não satisfeitas devido a barreiras financeiras, um valor substancialmente superior à média europeia de 10,8%. Estes dados destacam desigualdades profundas, que resultam de limitações estruturais e económicas, comprometendo a equidade no sistema de saúde. A saúde oral destaca-se, assim, como uma das áreas mais vulneráveis, exigindo atenção prioritária nas políticas de saúde pública.¹⁸

O interesse pelos determinantes sociais da saúde tem vindo a crescer, refletindo-se na constituição de organismos e iniciativas específicas orientadas para a investigação e intervenção neste domínio. A nível global, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, publicou em 2008 o importante relatório *Closing the Gap in a Generation*, que impulsionou o debate internacional sobre as desigualdades em saúde. Atualmente, a OMS continua a dedicar especial atenção a esta temática, através de uma secção específica e da publicação regular de relatórios atualizados.^{19, 20} Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) integra esta abordagem no Plano Nacional de Saúde 2021-2030, que contempla fatores demográficos, socioeconómicos e de acesso aos cuidados, e tem promovido ciclos de encontros, visando fomentar o diálogo e a ação em torno das desigualdades em saúde.^{21,22}

Contudo, no domínio da saúde oral, a nível internacional ainda existem poucas pesquisas ou iniciativas com esse enfoque e, em Portugal, os estudos desenvolvidos tendem frequentemente a negligenciar a influência destes determinantes ou a restringir-se a análises centradas em grupos específicos, como o das crianças em idade escolar. No entanto, conforme sublinhado pela OMS, a elevada prevalência das doenças orais, o seu impacto negativo na qualidade de vida, os custos económicos associados e a partilha de fatores de risco com outras doenças crónicas não transmissíveis justificam uma nova abordagem na gestão da saúde oral, com maior ênfase na prevenção e na integração com políticas de saúde pública mais amplas.²³

Adicionalmente, a *International Association for Dental Research* (IADR), através da iniciativa *Global Oral Health Inequalities Research Agenda*, reconhece que, embora existam avanços significativos na compreensão dos determinantes sociais da saúde geral, esses conhecimentos ainda não foram plenamente aplicados para reduzir as desigualdades em saúde oral. A IADR destaca a necessidade de uma agenda de pesquisa que gere evidências para estratégias eficazes na redução dessas desigualdades.²⁴

Considerando a ausência de estudos nacionais sobre as desigualdades sociais em saúde oral, com este trabalho pretende-se analisar a equidade no acesso e as desigualdades nos resultados em saúde oral em Portugal, com especial foco na identificação das necessidades

não satisfeitas por motivos financeiros e das iniquidades associadas ao nível socioeconómico, medido através do grau de escolaridade.

Os objetivos específicos consistem em identificar e medir as desigualdades em saúde oral na população portuguesa, avaliando o nível de desigualdade na utilização de cuidados dentários e o cumprimento do princípio da equidade no acesso a esses serviços. Para tal, serão analisados padrões de resultados, comportamentos, consumo e necessidades não satisfeitas por dificuldades financeiras, recorrendo aos dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2019. Com base nos resultados obtidos, serão propostas políticas baseadas na evidência que contribuam para a redução de desigualdades evitáveis e a melhoria dos resultados em saúde oral.

Este trabalho encontra-se estruturado em cinco capítulos. No primeiro, é feito o enquadramento, com destaque para os conceitos de equidade em saúde, determinantes sociais e desigualdades em saúde oral, e apresentado os objetivos. O segundo capítulo descreve a metodologia do estudo, incluindo a fonte de dados, as variáveis analisadas e os procedimentos estatísticos aplicados. O terceiro capítulo expõe os principais resultados obtidos, com ênfase nas desigualdades no acesso e nos resultados em saúde oral segundo o nível de escolaridade. O quarto capítulo discute os achados à luz da literatura existente, explorando as suas implicações no contexto da saúde pública; aponta os contributos, limitações e possíveis direções para investigações futuras; e apresenta algumas recomendações para as políticas públicas. Por fim, o quinto capítulo apresenta as conclusões do estudo.

2. Metodologia

2.1. Fonte dos dados

Para a presente investigação, recorreu-se ao Inquérito Nacional de Saúde 2019 (INS 2019) como fonte de dados. Este foi realizado pelo Instituto Nacional de Estatística em articulação com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Trata-se de um inquérito por meio de entrevista harmonizado a nível europeu, no âmbito do European Health Interview Survey (EHIS), em conformidade com o Regulamento (UE) 2018/255. A amostra foi constituída por 22 191 alojamentos representativos do território nacional, sendo selecionado um indivíduo com idade igual ou superior a 15 anos em cada unidade, segundo o método do último aniversário. A recolha de dados decorreu entre setembro de 2019 e janeiro de 2020, através de entrevistas presenciais e do auto-preenchimento de questionários online, tendo-se obtido 14 617 respostas válidas, correspondentes a uma taxa de resposta global de 65,9%.²⁵

O INS 2019 teve como objetivo a caracterização da população residente em três grandes domínios: estado de saúde, cuidados de saúde e determinantes de saúde relacionados com estilos de vida. A metodologia empregue seguiu princípios rigorosos de amostragem estratificada e ponderação estatística, assegurando a representatividade e a comparabilidade internacional dos resultados. O modelo de amostragem adotado foi de probabilidade trietápico, sendo o inquérito representativo da população civil não institucionalizada residente em Portugal, incluindo as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Para além das variáveis harmonizadas previstas no regulamento europeu, foram integradas questões específicas de interesse nacional, permitindo um aprofundamento da análise em áreas como a saúde reprodutiva, o consumo alimentar, a satisfação com a vida e a saúde oral, sendo esta última a utilizada na presente investigação.²⁵

A necessidade crescente de informação em saúde, associada à criação e organização do SNS, esteve na base da realização do primeiro Inquérito Nacional de Saúde em 1987. Desde então, estes inquéritos afirmaram-se como instrumentos fundamentais de observação, disponibilizando dados essenciais para a atualização contínua do conhecimento sobre o estado de saúde da população. Assumem, por isso, um papel central na produção de evidência em saúde pública, constituindo uma base sólida para a identificação de necessidades, o planeamento estratégico e a definição de políticas de saúde sustentadas. A utilização de dados provenientes destes instrumentos permite o desenvolvimento de intervenções informadas, orientadas pelos princípios da equidade e da promoção da saúde.

Para a presente análise, foram selecionadas questões específicas do INS 2019 com relevância direta para a área da saúde oral.^{25,26}

2.2 Variáveis

Foram consideradas como variáveis dependentes aquelas relacionadas com as necessidades percebidas, os resultados autorreferidos, os comportamentos e o acesso a cuidados de saúde oral. Entre elas incluem-se: a autoapreciação do estado de saúde oral, a presença de dificuldade em morder ou mastigar alimentos, a frequência da escovagem dentária, o tempo decorrido desde a última consulta com o médico dentista, a necessidade de consulta não satisfeita por razões financeiras, e a posse de seguro de saúde com cobertura para cuidados dentários. Também foram analisadas as razões declaradas para não ter consultado um dentista e para a realização da última consulta, permitindo aprofundar a compreensão dos fatores que condicionam o acesso e o tipo de cuidados utilizados.

A variável socioeconómica utilizada para a ordenação da população foi o grau de escolaridade, classificado segundo a *International Standard Classification of Education 2011* (ISCED), da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o que assegura a comparabilidade internacional dos níveis de instrução.²⁷ Adicionalmente, incluíram-se variáveis mediadoras, como a idade e o sexo, com o objetivo de ajustar a análise e controlar potenciais fatores de confusão. Todas as variáveis foram devidamente recodificadas, garantindo a consistência analítica e a adequação à metodologia proposta.

2.3 Recodificação das variáveis

Com o objetivo de garantir a uniformização dos dados e a sua adequação à metodologia proposta, as variáveis selecionadas foram recodificadas em variáveis dicotómicas. Esta transformação permitiu facilitar a análise estatística, nomeadamente a aplicação de curvas e índices de concentração para a avaliação das desigualdades no acesso e nos resultados em saúde oral. O processo de recodificação e tratamento dos dados foi realizado com recurso ao software *IBM SPSS Statistics* (versão 29), para assegurar a fiabilidade e a coerência dos procedimentos analíticos adotados.

Relativamente aos resultados em saúde oral, a variável de “autoapreciação do estado de saúde oral” foi recodificada em duas categorias: respostas 1, 2 e 3 foram agrupadas no código 0 (muito boa, boa ou razoável) e respostas 4 e 5 no código 1 (má ou muito má).

A variável sobre “dificuldade em morder ou mastigar alimentos rijos” foi igualmente transformada em variável dicotómica, considerando o código 0 para ausência de dificuldade (resposta 1) e o código 1 para presença de dificuldade (respostas 2, 3 e 4).

No caso da variável “frequência da escovagem de dentes”, foi criada uma variável dicotómica para distinguir comportamentos preventivos adequados e inadequados. As respostas indicativas de escovagem diária (códigos 1 a 4) foram recodificadas como 0 (frequência adequada), enquanto as respostas que revelam menor frequência ou ausência de escovagem (códigos 5 a 7) foram recodificadas como 1 (frequência inadequada). Valores ausentes, nomeadamente os codificados como -1 (sem resposta), foram tratados como *missing values* e excluídos das análises estatísticas.

No domínio do acesso aos cuidados, a variável relativa à “última consulta com médico dentista” foi recodificada para distinguir entre consulta recente, há menos de 12 meses (códigos 1 e 2 = 0) e ausência de consulta recente, há mais de 12 meses ou nunca (códigos 3 e 4 = 1).

A “necessidade de consulta, exame ou tratamento dentário não satisfeita por razões financeiras” foi transformada numa variável binária, onde a resposta afirmativa (código 1) foi recodificada como 1 e as restantes (códigos 2 e 3) como 0.

No caso da variável “posse de seguro com cobertura para medicina dentária”, as respostas afirmativas (código 1) foram recodificadas como 1 (com cobertura), enquanto as respostas negativas (código 2) e as situações de não aplicável (código -2) foram recodificadas como 0 (sem cobertura). Valores ausentes, nomeadamente os codificados como -1 (sem resposta), foram tratados como *missing values*.

Nas variáveis utilizadas para a construção das curvas de concentração, a ordenação da população foi realizada com base no grau de escolaridade (HATLEVEL), variável socioeconómica disponível no inquérito em nove categorias, de acordo com a tipologia ISCED 2011.²⁷

As variáveis utilizadas para a análise da associação entre o nível de escolaridade e os motivos para a realização ou não realização de consultas de medicina dentária também foram

recodificadas com base nas respostas originais do INS 2019. A variável “razão principal para não ter consultado um dentista” foi transformada em variável categórica com três modalidades: (1) “não precisou”; (2) “barreiras de acesso”, integrando as respostas “porque é muito caro”, “porque não há dentista na localidade onde mora” e “porque é difícil marcar uma consulta” e (3) “outra razão”, reunindo os restantes motivos indicados. De igual modo, a variável “razão da última consulta dentária” foi recodificada em três categorias: (1) “tratamento curativo ou reabilitador”, incluindo situações como tratamento de um dente, extração dentária, colocação de prótese, ortodontia ou urgência; (2) “tratamento preventivo”, abrangendo respostas como vigilância/rotina, higienização e aplicação de selantes de fissura; e (3) “outra razão”.

A variável “nível de escolaridade” foi igualmente recodificada com base na classificação ISCED 2011,²⁷ originando uma variável ordinal com três categorias: (1) escolaridade baixa, correspondente a indivíduos sem nenhum nível completo ou com escolaridade até ao 3.º ciclo do ensino básico; (2) escolaridade média, correspondente ao ensino secundário, pós-secundário ou cursos técnico-superiores profissionais; e (3) escolaridade alta, englobando licenciatura, mestrado ou doutoramento. As categorias recodificadas foram utilizadas na construção de tabelas de contingência e na aplicação do teste do qui-quadrado de independência, com um nível de significância estatística estabelecido em 5% ($p < 0,05$), com o objetivo de avaliar a existência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis em estudo.

2.4. Padronização por idade e sexo

Após a recodificação das variáveis e a obtenção dos resultados preliminares, procedeu-se à padronização direta por idade e sexo, com o intuito de eliminar o efeito de distribuição etária e de género entre os diferentes grupos de escolaridade. Esta etapa revelou-se essencial, uma vez que os grupos com menor nível de escolaridade concentram proporcionalmente mais mulheres e indivíduos de idade avançada, o que poderia enviesar os índices de desigualdade se tal fator não fosse devidamente controlado.

A padronização direta consiste na aplicação de taxas específicas por grupo etário e de sexo a uma população padrão, permitindo comparar diferentes grupos como se tivessem a mesma estrutura demográfica. Esta técnica é amplamente recomendada na análise de desigualdades em saúde para garantir comparações justas entre subgrupos populacionais.^{28, 29}

No presente estudo, a padronização foi realizada com recurso ao método direto, utilizando como base a distribuição demográfica da população portuguesa, tal como representada no INS 2019, e aplicada através do SPSS Statistics. Para o cálculo das estimativas padronizadas, considerou-se a estrutura etária e o sexo (feminino e masculino) da população de referência. Foram utilizados os seguintes grupos etários: 15-17 anos, 18-19 anos, 20-24 anos, 25-29 anos, 30-34 anos, 35-39 anos, 40-44 anos, 45-49 anos, 50-54 anos, 55-59 anos, 60-64 anos, 65-69 anos, 70-74 anos, 75-79 anos, 80-84 anos e 85 anos ou mais.

2.5. Curvas e Índices de Concentração

A análise das desigualdades em saúde requer abordagens que ultrapassem a comparação simples entre médias ou percentagens. Segundo Braveman e Gruskin (2003), as desigualdades em saúde distinguem-se por serem sistemáticas, socialmente construídas e evitáveis, e, portanto, injustas.³⁰ Apesar disso, muitas análises continuam a desconsiderar a dimensão da desigualdade social, o que compromete a formulação de políticas eficazes em saúde pública. Ferramentas como as curvas e os índices de concentração permitem examinar não apenas as diferenças entre grupos extremos, mas também a forma como os problemas de saúde se distribuem ao longo de todo o gradiente socioeconómico, oferecendo uma leitura mais abrangente das iniquidades.^{30,31}

A curva de concentração é uma generalização da curva de Lorenz, amplamente utilizada em Economia e aplicada em Saúde Pública para visualizar desigualdades relativas. No eixo horizontal representa-se a percentagem acumulada da população ordenada por uma variável socioeconómica (como o grau de escolaridade), e no eixo vertical, a percentagem acumulada do atributo de saúde em estudo. Quando a curva coincide com a diagonal de 45°, indica igualdade perfeita na distribuição.

O afastamento da curva acima da diagonal reflete uma maior concentração da condição estudada nos grupos menos favorecidos; abaixo da diagonal, indica concentração nos mais favorecidos. O índice de concentração (IC), valor numérico associado à curva, varia entre -1 e +1: valores negativos indicam concentração nos grupos mais vulneráveis, enquanto valores positivos indicam concentração nos grupos mais privilegiados. Este indicador tem sido amplamente utilizado para medir desigualdades em saúde, permitindo quantificar e comparar iniquidades entre diferentes populações e apoiar o desenvolvimento de políticas públicas orientadas para a equidade.^{32, 33, 34}

Ambos os exemplos de curvas de concentração, assim como a linha que representa a distribuição equitativa, encontram-se representados na Figura 1.

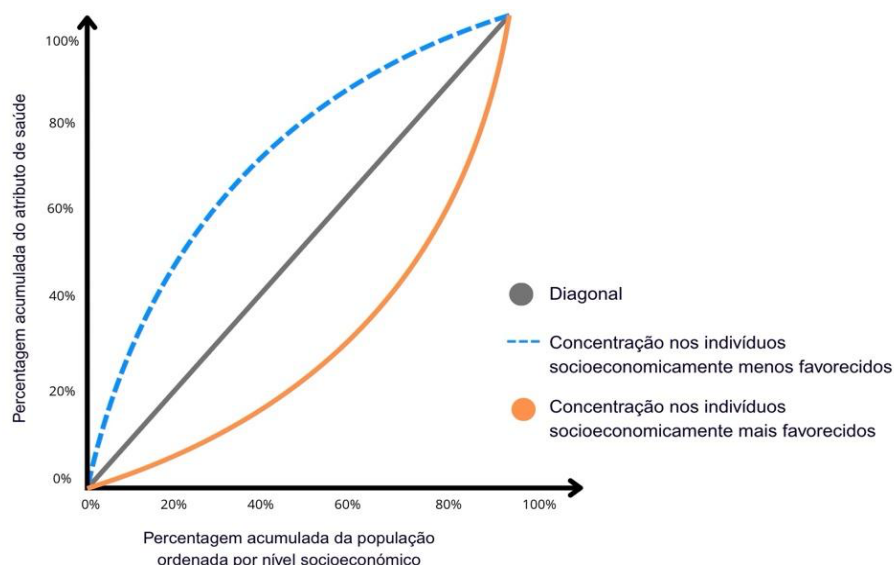


Figura 1: Exemplo de curva de concentração

Nesta investigação, para calcular os IC, optou-se pelo método de aproximação linear com dados agrupados, tal como recomendado por O'Donnell et al. (2008), amplamente citado no manual da OMS (2013) sobre medidas resumidas de desigualdade e usado em diversos estudos nesta área.^{28, 29, 35} A fórmula utilizada foi:

$$C = \sum_{k=1}^T (p_k - p_{k-1})(L_k + L_{k-1}) - 1$$

onde:

- p_k representa a percentagem acumulada da população ordenada por nível socioeconômico, até ao grupo k ;
- L_k representa a percentagem acumulada do atributo de saúde, até ao grupo k ;
- T é o número total de grupos.

O cálculo do índice e a construção das curvas foram realizados com recurso ao Microsoft Excel (versão 16.100.3), a partir dos dados do INS 2019, já tratados e padronizados no IBM SPSS (versão 29).

2.6. Outros métodos estatísticos

Após o cálculo dos IC, procedeu-se à estimação dos respetivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Para tal, recorreu-se à técnica de *bootstrap* com 1000 reamostragens da amostra original, implementada no software R, versão 4.4.2 (R Core Team, 2024). Em cada replicação foi recalculado o valor do IC, obtendo-se assim uma distribuição empírica das estimativas. O erro padrão foi definido como o desvio-padrão desta distribuição, permitindo quantificar a variabilidade associada às estimativas. A partir deste valor, os IC95% foram determinados segundo a seguinte fórmula:

$$IC_{95\%} = \hat{C} \pm 1,96 \times EP$$

onde:

- $\hat{C}$ corresponde ao valor estimado do Índice de Concentração;
- EP representa o erro padrão, obtido através do *bootstrap*;
- 1,96 é o valor crítico da distribuição normal padrão para um nível de confiança de 95%.

O cálculo dos IC baseou-se no trabalho de Kakwani *et al.* (1997), referência fundamental para a inferência estatística aplicada aos IC. Relativamente aos índices padronizados por idade e sexo, optou-se por utilizar o mesmo erro padrão obtido para os índices não padronizados, procedimento que assegura consistência nos cálculos e que tem sido igualmente aplicado em estudos recentes em Portugal.^{36,37}

Para além das curvas e IC, a análise recorreu também a métodos descritivos e inferenciais baseados em tabelas de contingência entre variáveis categóricas. Nestes casos, foi aplicado o teste do qui-quadrado de independência, utilizado para avaliar se existe uma associação estatisticamente significativa entre duas variáveis nominais.

Concretamente, este procedimento foi aplicado à relação entre o nível de escolaridade e os motivos declarados para a utilização, ou não, de cuidados dentários. Optou-se pela análise de frequências relativas e da significância estatística das associações, obtidas no SPSS Statistics (versão 29), sendo os gráficos posteriormente elaborados no Microsoft Excel (versão 16.100.3).

3. Resultados

Neste capítulo, são apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos dados do INS 2019. As análises foram conduzidas com base nas variáveis previamente selecionadas e recodificadas, e os dados foram padronizados por idade e sexo, a fim de garantir a comparabilidade entre os diferentes grupos populacionais.

Inicialmente, procedeu-se à caracterização sociodemográfica da amostra, com o objetivo de contextualizar o perfil da população inquirida. Nesta secção introdutória, incluem-se ainda algumas variáveis de procura de cuidados de saúde que, embora não estejam diretamente relacionadas com o objetivo principal desta dissertação, contribuem para uma compreensão mais abrangente dos comportamentos em saúde. Os resultados são organizados em dois domínios analíticos.

Em primeiro lugar, é analisada a dimensão da saúde oral, abordando perceções, comportamentos e limitações funcionais autorrelatadas, nomeadamente a autoapreciação do estado de saúde oral, a dificuldade em mastigar alimentos rijos e a frequência de escovagem dentária. Posteriormente, é explorada a utilização de cuidados dentários, incluindo o tempo desde a última consulta dentária realizada, a necessidade de consulta dentária não satisfeita por razões financeiras e a existência de seguro de saúde com cobertura para cuidados dentários.

Para complementar a abordagem baseada nas curvas e IC, foram realizadas análises descritivas e inferenciais que aprofundam os padrões de utilização dos serviços dentários e os principais obstáculos percecionados pela população. Os resultados obtidos, em particular a identificação de associações estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade e os motivos declarados para a não utilização dos cuidados, oferecem uma base empírica sólida para a compreensão das iniquidades observadas.

De forma a reforçar a robustez dos resultados, os índices foram acompanhados do cálculo de intervalos de confiança a 95%, permitindo avaliar a precisão das medidas obtidas. Estes achados sustentam, de forma integrada, a discussão subsequente sobre as implicações em termos de equidade em saúde oral e formulação de políticas públicas.

3.1. Caracterização da amostra

A Tabela 1 apresenta as variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra, bem como os respetivos indicadores de saúde oral. A amostra deste estudo incluiu indivíduos com 15 ou mais anos (N = 14 617), dos quais 8 295 são mulheres (56,7%) e 6 322 são homens (43,3%). A maioria dos participantes situa-se nas faixas etárias de 45 a 64 anos (35,0%) e ≥65 anos (36,6%). No que se refere ao nível de escolaridade, observa-se maior concentração de indivíduos com ensino básico (1.º e 2.º ciclos), seguido daqueles com ensino básico 3.º ciclo e ensino secundário.

Relativamente às variáveis de saúde oral, a maior parte dos participantes referiu avaliar o seu estado de saúde oral como muito bom, bom ou razoável. Foram reportadas dificuldades em mastigar alimentos duros por uma parte dos indivíduos, e a frequência de escovagem dentária variou entre adequada e inadequada. Cerca de metade realizou uma consulta dentária no último ano, enquanto uma proporção relevante indicou necessidade de consulta não satisfeita por razões financeiras. Verificou-se ainda que a maioria não possui cobertura de seguro para cuidados dentários.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Variável	Categoria	n (%)
Sexo	Masculino	6322 (43,3%)
	Feminino	8295 (56,7%)
Grupos etários	15-17 anos	276 (1,9%)
	18-19 anos	229 (1,6%)
	20-24 anos	532 (3,6%)
	25-29 anos	502 (3,4%)
	30-34 anos	599 (4,1%)
	35-39 anos	862 (5,9%)
	40-44 anos	1146 (7,8%)
	45-49 anos	1150 (7,9%)
	50-54 anos	1207 (8,3%)
	55-59 anos	1352 (9,2%)
	60-64 anos	1416 (9,7%)
	65-69 anos	1387 (9,5%)
	70-74 anos	1333 (9,1%)
	75-79 anos	1098 (7,5%)
	80-84 anos	867 (5,9%)
	85 + anos	661 (4,5%)

Nível de Escolaridade	Nenhum nível completo	1498 (10,4%)
	Básico 1.º e 2.º ciclos	5710 (39,7%)
	Básico 3.º ciclo	2349 (16,3%)
	Secundário	2339 (16,3%)
	Pós-secundário	159 (1,1%)
	C.T. Superior Profissional	71 (0,5%)
	Bacharelato/licenciatura 1.º ciclo	677 (4,7%)
	Lic. pré-Bolonha/mestrado	1496 (10,4%)
	Doutoramento	72 (0,5%)

Tabela 2. Caracterização de saúde oral da amostra

Variável	Categoria	n (%)
Autoapreciação do estado de saúde oral	Muito boa, boa ou razoável	11734 (80,6%)
	Má ou muito má	2830 (19,4%)
Dificuldade em mastigar	Sem dificuldade	11373 (77,8%)
	Apresenta dificuldade	3212 (22,2%)
Frequência de escovagem dos dentes	Frequência adequada	12982 (89,2%)
	Frequência inadequada	1574 (10,8%)
Tempo desde a última consulta dentária	Consulta recente (<1 ano)	7208 (49,5%)
	Consulta há mais de 1 ano ou nunca realizada	7355 (50,5%)
Necessidade de consulta não satisfeita por razões financeiras	Não precisou ou precisou e conseguiu consulta	11753 (81,1%)
	Precisou e não conseguiu	2744 (18,9%)
Seguro com cobertura de medicina dentária	Não tem seguro ou seguro não cobre	13687 (95,2%)
	Seguro cobre	684 (4,8%)

As percentagens apresentadas correspondem à percentagem válida, excluindo os casos omissos (*missing*).

3.2. Desigualdades em saúde oral

Esta secção apresenta os resultados relativos a três indicadores de necessidade, de funcionalidade e de comportamento em saúde oral: a autoapreciação da saúde oral, a dificuldade em mastigar alimentos rijos e a frequência de escovagem dentária. As curvas de concentração correspondentes permitem visualizar a distribuição cumulativa destes indicadores em função do nível de escolaridade, evidenciando eventuais desigualdades sociais associadas, conforme ilustrado na Figura 2.

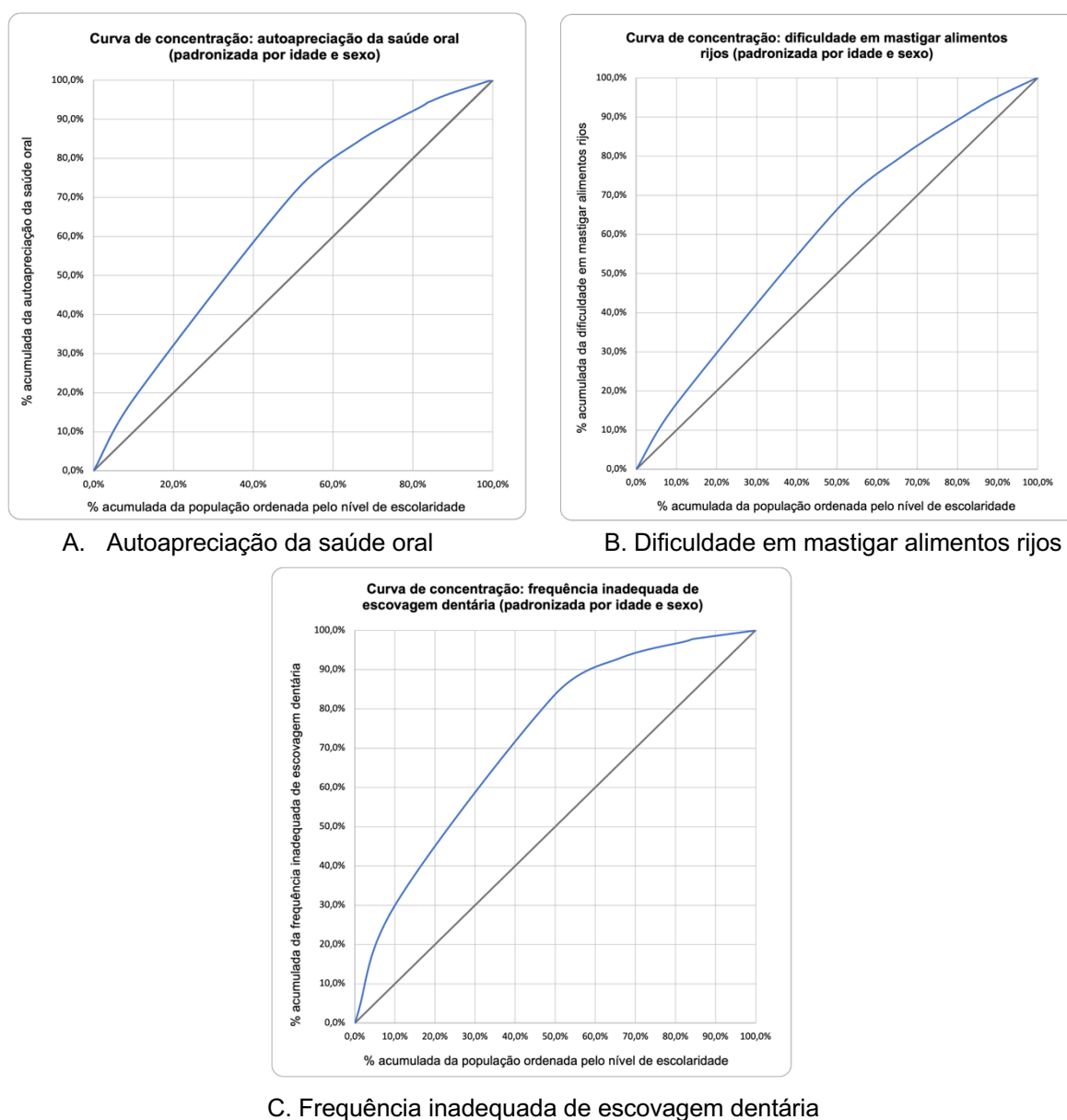


Figura 2. Curvas de concentração dos três indicadores de necessidades em saúde oral:

A. Autoapreciação do estado de saúde oral

B. Dificuldade em mastigar alimentos rijos

C. Frequência inadequada de escovagem dentária

A análise das curvas de concentração dos três indicadores de saúde oral evidenciou a presença de desigualdades sociais consistentes. Em todas as variáveis, as curvas apresentaram-se acima da linha de equidade, demonstrando que estas condições são mais prevalentes entre os indivíduos com menor nível de escolaridade.

No caso da “autopercepção da saúde oral”, a avaliação de um estado de saúde oral mau ou muito mau registou um IC de -0,1528, evidenciando uma distribuição desigual em desfavor dos grupos socioeconomicamente mais vulneráveis.

A variável “dificuldade em mastigar alimentos rijos” apresentou um IC de -0,1221, confirmando igualmente um padrão de iniquidade, com maior impacto nos indivíduos com menor nível de escolaridade.

Por sua vez, a “frequência de escovagem dentária” revelou um índice de -0,2904, destacando uma associação ainda mais acentuada entre desvantagem socioeconómica e adoção de comportamentos de risco em higiene oral. De forma geral, estes resultados evidenciam a existência de desigualdades significativas nas condições de saúde oral da população.

3.3. Desigualdades no acesso e utilização aos cuidados dentários

Nesta secção, analisam-se os padrões de utilização de cuidados dentários na população inquirida. São consideradas três questões: o tempo desde a última consulta dentária, a necessidade não satisfeita de consultas, exames ou tratamentos dentários por dificuldades financeiras e a existência de seguro de saúde com cobertura para cuidados dentários. Estas variáveis ajudaram a perceber o acesso efetivo aos serviços dentários e os fatores que podem influenciar ou condicionar a sua utilização, conforme ilustrado na Figura 3.

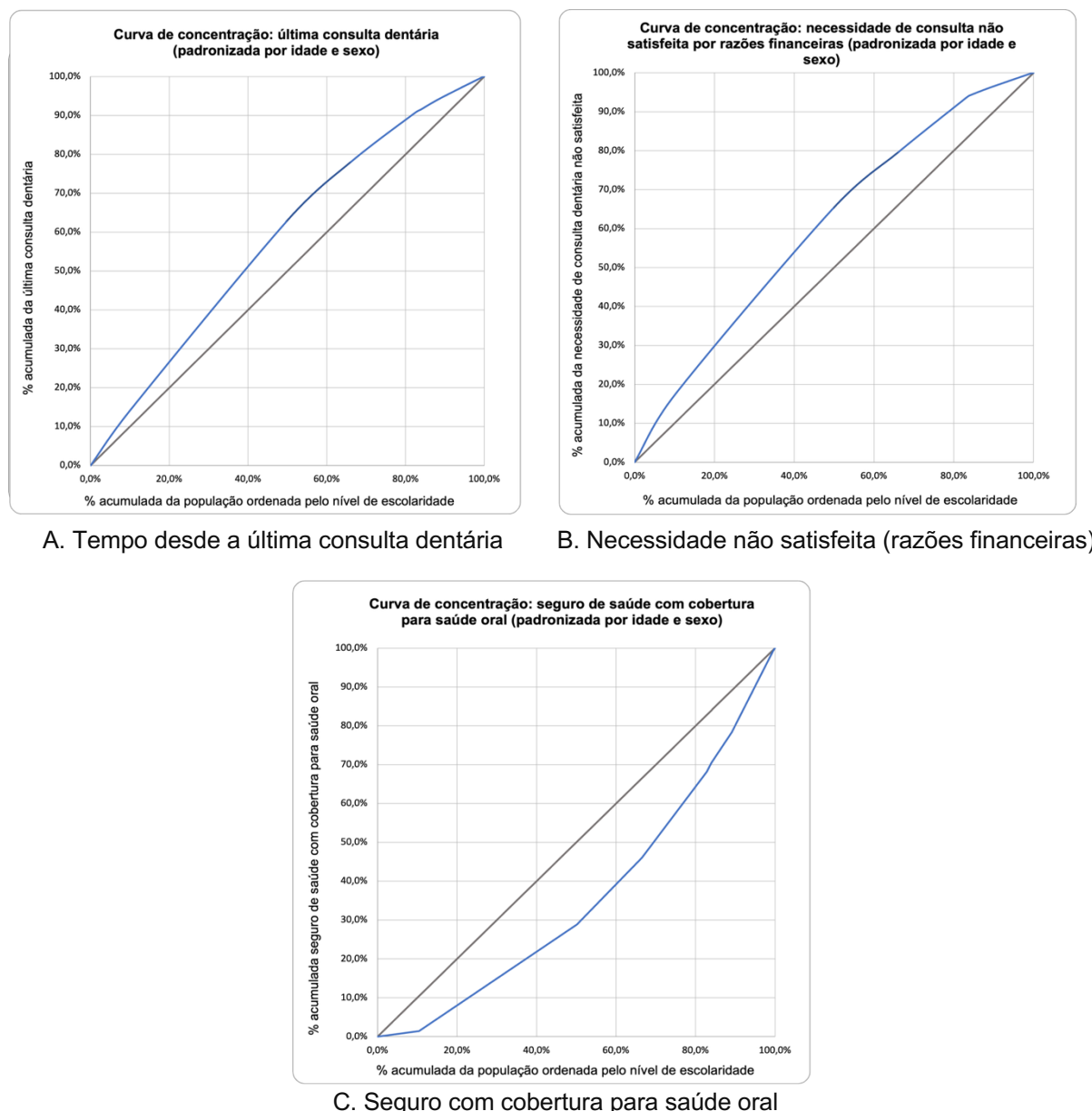


Figura 3. Curvas de concentração relativas aos padrões de acesso de cuidados dentários:

- A. Tempo desde a última consulta dentária
- B. Necessidade de consulta não satisfeita por razões financeiras
- C. Existência de seguro de saúde com cobertura para cuidados dentários

A análise da variável “tempo desde a última consulta dentária” demonstrou a existência de desigualdades no acesso a cuidados de saúde oral. Foram consideradas como situações de utilização inadequada as respostas que indicavam não ter consultado um médico dentista há mais de 12 meses ou nunca o ter feito. A curva de concentração posiciona-se acima da linha de equidade, indicando que a ausência de consulta recente está desproporcionalmente concentrada entre os indivíduos com menor nível de escolaridade. O IC obtido foi de -0,0850, confirmando uma distribuição desigual do acesso em desfavor dos grupos socioeconomicamente mais vulneráveis.

A variável “necessidade de consulta dentária não satisfeita por razões financeiras” evidencia igualmente a existência de desigualdades sociais no acesso a cuidados de saúde oral. Consideraram-se como situações de necessidade não satisfeita os casos em que o indivíduo, apesar de referir necessidade de cuidados dentários, não conseguiu aceder aos mesmos no período de referência devido a dificuldades financeiras. A curva de concentração posiciona-se acima da linha de equidade, indicando que esta limitação no acesso está desproporcionalmente concentrada entre os indivíduos com menor nível de escolaridade. Esta desigualdade é quantificada por um IC de -0,1026.

Entretanto, a análise da variável “existência de seguro de saúde com cobertura para cuidados dentários” evidenciou um padrão oposto ao das variáveis anteriores. A curva de concentração posiciona-se abaixo da linha de equidade, indicando que a posse de seguro com cobertura para cuidados dentários é mais prevalente entre os indivíduos com maior nível de escolaridade. Esta tendência é confirmada pelo IC positivo obtido: 0,1471. Destacando uma distribuição desigual deste recurso em favor dos grupos socioeconomicamente mais favorecidos.

3.4. Síntese dos Índices de Concentração

Com o objetivo de sintetizar os principais resultados obtidos, apresenta-se na Tabela 3 um resumo dos IC estimados para cada uma das variáveis analisadas. São apresentados os valores não padronizados e os padronizados por idade e sexo, permitindo uma apreciação mais precisa do impacto das desigualdades sociais na saúde oral e na utilização de cuidados dentários. Verifica-se que, em todos os indicadores de necessidade em saúde oral, os IC foram negativos, evidenciando uma maior concentração de piores condições e comportamentos nos grupos com menor escolaridade.

Destacam-se, em particular, a frequência de escovagem dentária e a autoapreciação da saúde oral, que, mesmo após a padronização, mantiveram valores negativos expressivos, confirmando a persistência das desigualdades em desfavor dos grupos de menor escolaridade. A padronização por idade e sexo atenuou os índices, mas não alterou o sentido das desigualdades, reforçando a robustez dos resultados. Quanto ao acesso, a posse de seguro de saúde com cobertura dentária apresentou um índice positivo, indicando maior concentração entre indivíduos com escolaridade mais elevada, contrastando com os demais indicadores.

Na análise não padronizada, destacaram-se os índices de tempo desde a última consulta dentária (-0,1970), necessidade não satisfeita por razões financeiras (-0,1508), dificuldade em mastigar (-0,3352), escovagem inadequada (-0,4386) e autoapreciação da saúde oral (-0,3393). O índice positivo do seguro com cobertura para saúde oral foi de (0,2745) antes da padronização e de (0,1471) após, refletindo maior acesso neste grupo. Apesar da redução no valor dos índices após a padronização, os resultados confirmam a existência de desigualdades estruturais associadas ao nível de escolaridade, não explicáveis apenas por diferenças de idade ou género.

A comparação dos valores dos dois tipos de índice (não padronizados e padronizados por idade e sexo) revela ainda a importância de se efetuar o ajustamento. Caso não tivesse sido efetuado haveria uma sobrevalorização considerável do nível de desigualdade socioeconómica em saúde oral na população portuguesa.

Adicionalmente, foram estimados IC95% para os valores dos IC antes da padronização por idade e sexo, de forma a avaliar a precisão das estimativas e reforçar a robustez dos resultados. Verificou-se que, para a autoapreciação da saúde oral, o IC95% variou entre -0,355 e -0,323; para a frequência de escovagem dentária, entre -0,459 e -0,418; e para a dificuldade em mastigar alimentos rijos, entre -0,351 e -0,320.

Resultados consistentes foram igualmente observados para o tempo desde a última consulta dentária (IC95%: -0,206 a -0,188) e para a necessidade de consulta não satisfeita por razões financeiras (IC95%: -0,168 a -0,134). Em sentido oposto, o seguro de saúde com cobertura dentária apresentou um intervalo positivo (IC95%: 0,236 a 0,314), evidenciando a sua maior concentração entre os indivíduos mais escolarizados.

De forma complementar, calcularam-se também os IC95% após a padronização por idade e sexo. Nessa análise, os valores situaram-se entre -0,1690 e -0,1366 para a autoapreciação

da saúde oral, entre -0,3106 e -0,2702 para a frequência de escovagem dentária e entre -0,1374 e -0,1068 para a dificuldade em mastigar alimentos rijos.

Resultados semelhantes foram obtidos para o tempo desde a última consulta dentária (IC95%: -0,0939 a -0,0761) e para a necessidade de consulta não satisfeita por razões financeiras (IC95%: -0,1198 a -0,0854). Também neste caso, o seguro de saúde com cobertura dentária manteve um intervalo positivo (IC95%: 0,1083 a 0,1859).

Tabela 3 - Índices de concentração (não padronizados e padronizados por idade e sexo) com intervalos de confiança a 95%, segundo o nível de escolaridade

Indicador	Índice de concentração (com IC95%) antes da padronização	Índice de concentração (com IC95%) após a padronização
Autoapreciação da saúde oral	-0,339 (-0,355; -0,323)	-0,153 (-0,169; -0,137)
Frequência de escovagem dentária	-0,440 (-0,459; -0,418)	-0,290 (-0,311; -0,270)
Dificuldade em mastigar alimentos rijos	-0,335 (-0,351; -0,320)	-0,122 (-0,137; -0,107)
Tempo desde a última consulta de medicina dentária	-0,197 (-0,206; -0,188)	-0,085 (-0,094; -0,076)
Necessidade de consulta dentária não satisfeita por razões financeiras	-0,151 (-0,168; -0,134)	-0,103 (-0,120; -0,085)
Seguro de saúde com cobertura para cuidados dentários	0,275 (0,236; 0,314)	0,147 (0,108; 0,186)

3.5. Intervalos de Confiança dos Índices de Concentração

A Figura 4 apresenta graficamente os IC padronizados acompanhados dos respectivos IC95%. Esta representação permite observar simultaneamente a direção e a magnitude das desigualdades, bem como a consistência estatística dos resultados. Verifica-se que, em todos os indicadores de necessidade em saúde oral, os intervalos não incluem o valor nulo, confirmando a significância das desigualdades em desfavor dos grupos com menor escolaridade. De forma oposta, o seguro de saúde com cobertura dentária manteve um índice positivo, com intervalo inteiramente acima de zero, evidenciando a sua maior concentração entre os indivíduos mais escolarizados.

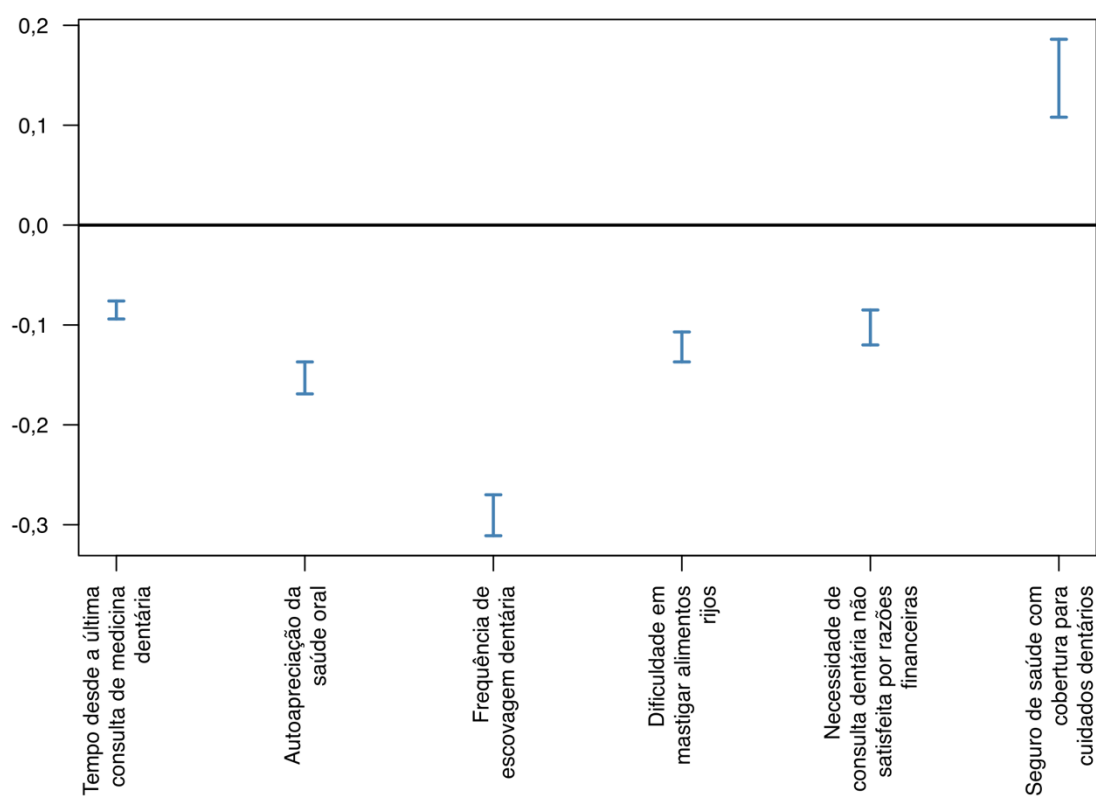


Figura 4 - Intervalos de confiança a 95% das variáveis de acesso e resultados em saúde oral

3.6. Motivações e barreiras no acesso aos cuidados dentários

Nesta secção, analisa-se a relação entre o nível de escolaridade e as razões apontadas pelos indivíduos para a realização ou não realização de consultas de medicina dentária, conforme ilustrado nas Figuras 5 e 6.

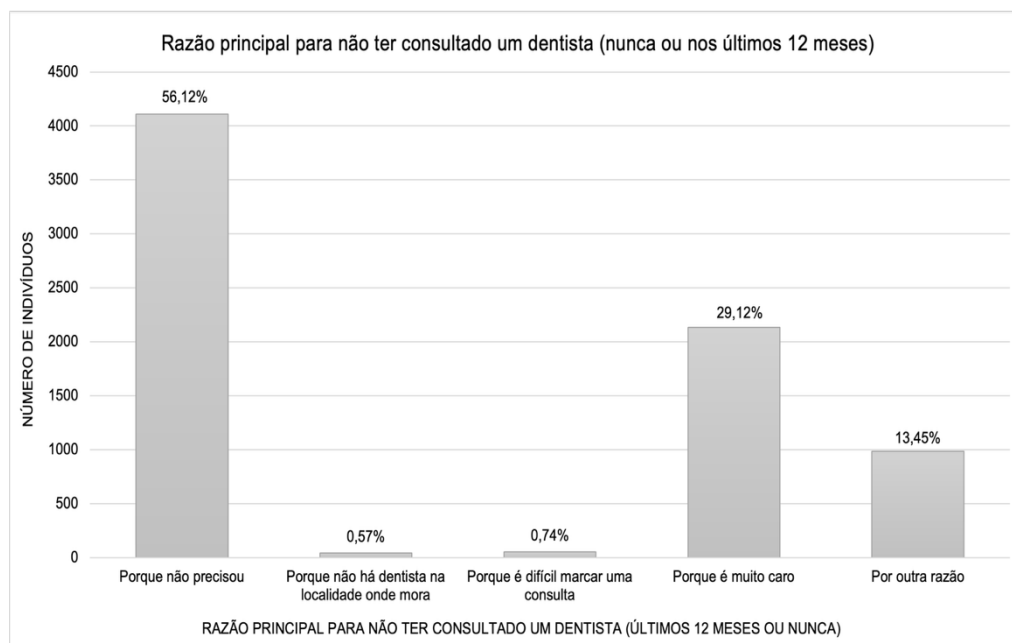


Figura 5: Razão para não consultar um dentista (nunca ou nos últimos 12 meses)

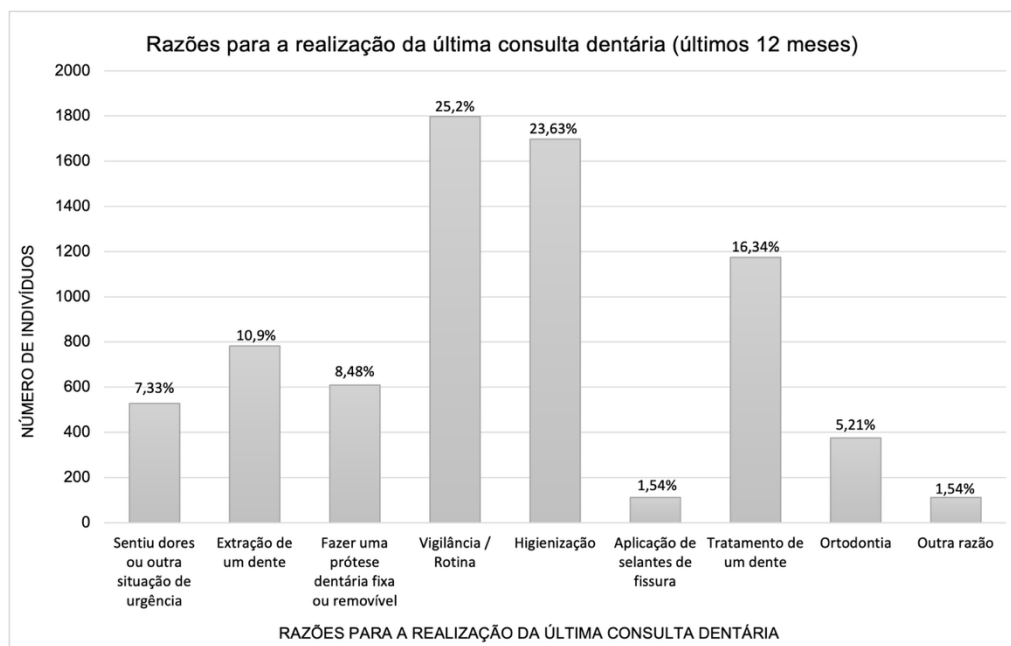


Figura 6: Razão da última consulta dentária (últimos 12 meses)

No grupo de indivíduos que não consultaram um dentista nos últimos 12 meses ou nunca o fizeram (Figura 5), a razão mais frequentemente referida foi “porque não precisou” (56,1%). No entanto, entre aqueles que reportaram necessidade não satisfeita, destaca-se a barreira económica “porque é muito caro”, apontada por 29,1% dos inquiridos. Outras limitações, como “não haver dentista na localidade onde mora” (0,57%) ou “ser difícil marcar uma consulta” (0,74%), surgiram em proporções muito inferiores, o que sugere que, no contexto português, os obstáculos económicos continuam a representar o principal entrave à utilização dos serviços de saúde oral. A categoria “por outra razão” agregou 13,5% das respostas, indicando a existência de motivos diversos não especificados.

A análise do cruzamento destas razões com o nível de escolaridade revelou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2(4) = 42,472$; $p < 0,001$), evidenciando a influência da posição socioeconómica na experiência de acesso aos cuidados dentários. Observou-se que indivíduos com escolaridade mais baixa reportaram com maior frequência barreiras de acesso (31,7%), enquanto aqueles com escolaridade mais elevada referiram maioritariamente que não sentiram necessidade de consultar (60,8%) ou indicaram outras razões (19,1%). Estes resultados sustentam a ideia de que as barreiras económicas e organizacionais se fazem sentir com maior intensidade nos grupos mais desfavorecidos, perpetuando padrões de desigualdade no acesso.

No que se refere aos indivíduos que consultaram um dentista no último ano (Figura 6), os resultados apontam para uma distribuição relativamente equilibrada entre razões preventivas e curativas. Os principais motivos foram “vigilância/rotina” (25,2%) e “higienização” (23,6%), ambos associados a práticas de manutenção da saúde oral. Ainda assim, uma proporção expressiva reportou razões de natureza curativa ou reabilitadora, como “tratamento de um dente” (16,3%), “extração de um dente” (10,9%) ou “fazer uma prótese dentária” (8,5%), sugerindo que muitos utentes apenas acedem aos cuidados quando já enfrentam situações de doença ou perda funcional.

O teste do qui-quadrado aplicado a esta distribuição também demonstrou associação estatisticamente significativa entre o tipo de motivo e o nível de escolaridade ($\chi^2(4) = 247,046$; $p < 0,001$), com uma tendência linear igualmente significativa ($p < 0,001$). Verificou-se que, entre os indivíduos com escolaridade baixa, predominam motivos curativos (56,9%), enquanto entre os mais escolarizados se destacam razões preventivas (61,9%). Estes resultados evidenciam um gradiente social claro, onde o tipo de cuidado dentário utilizado reflete desigualdades estruturais no acesso à prevenção e à manutenção da saúde oral.

4. Discussão

Este estudo pretendeu contribuir para a atualização da evidência empírica sobre as desigualdades sociais em saúde oral em Portugal, destacando como o nível de escolaridade está associado de forma marcante ao acesso e aos resultados nesta área. Em todos os indicadores de resultado em saúde oral analisados: autoavaliação da saúde oral, dificuldade em mastigar alimentos rijos e frequência de escovagem dentária, verificou-se uma maior concentração de piores condições de saúde oral entre os indivíduos com menor nível de escolaridade.

O acesso aos cuidados dentários revelou padrões semelhantes, com uma maior prevalência de ausência de consulta recente e de necessidades não satisfeitas por dificuldades financeiras entre os grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos. Entretanto, a análise da posse de seguro de saúde com cobertura para cuidados dentários evidenciou um padrão inverso, sendo este um recurso mais prevalente entre os indivíduos com maior nível de escolaridade, o que mais uma vez demonstra maiores dificuldades no acesso para os grupos socioeconómicos mais baixos.

Os IC calculados neste estudo evidenciaram a distribuição desigual dos indicadores em função do nível socioeconómico. Valores negativos demonstraram que as necessidades e limitações em saúde oral se concentraram sobretudo entre os indivíduos com menor nível de escolaridade, enquanto valores positivos refletiram uma maior prevalência entre os grupos mais favorecidos. A magnitude dos valores observados permitiu ainda identificar a intensidade das desigualdades. Os intervalos de confiança associados reforçaram a fiabilidade destas estimativas, confirmando a consistência do gradiente educacional identificado.

Relativamente à autoperceção da saúde oral, o IC negativo (-0,1528) observado neste estudo demonstra uma maior prevalência de avaliações negativas entre os indivíduos com menor nível de escolaridade. Este é um dado fundamental para a compreensão geral da saúde oral, pois, mais do que refletir o estado clínico isolado, integra fatores psicológicos, funcionais e sociais, constituindo um marcador importante da qualidade de vida e do bem-estar. Além disso, nas últimas décadas registou-se o aumento de medidas concebidas para quantificar esses resultados. Tais medidas, inicialmente designadas como indicadores subjetivos de saúde oral, são hoje mais frequentemente denominadas como medidas de qualidade de vida relacionada à saúde oral. A evolução deste conceito baseia-se na premissa de que os impactos funcionais e psicossociais captados por essas medidas afetam, de forma direta, a qualidade de vida dos indivíduos.³⁸

Estes resultados estão alinhados com a literatura internacional, que destaca as desigualdades sociais na percepção da saúde oral como um reflexo dos determinantes sociais mais amplos. A OMS reconhece que as doenças orais e a percepção do seu impacto partilham determinantes sociais com outras condições crônicas, sendo as populações socialmente vulneráveis desproporcionalmente afetadas.³⁹ Um estudo realizado por Pattussi et al. em 2001, no Brasil, já evidenciava a forte associação entre baixos níveis de escolaridade e uma percepção mais negativa da saúde oral, evidência que tem sido reforçada por estudos mais recentes em diferentes contextos.⁴⁰

Em Portugal, embora existam ainda poucos estudos nacionais com esta abordagem, investigações como a de Carvalho et al., numa população urbana portuguesa, evidenciam tendências semelhantes, com percepções negativas da saúde oral mais prevalentes entre indivíduos com maiores dificuldades socioeconómicas.⁴¹ Resultados convergentes foram observados também num estudo realizado em 2016 com população idosa em Lisboa, onde a autopercepção da saúde oral refletiu marcadamente desigualdades sociais. Estas iniquidades podem ser explicadas por diversos fatores, incluindo um menor acesso a cuidados preventivos e a itens de higiene oral, diferenças na literacia em saúde oral e experiências acumuladas de desvantagem socioeconómica, que influenciam tanto o estado objetivo da saúde oral como a percepção subjetiva que dela resulta.⁴²

Evidência mais recente confirma a persistência destas desigualdades. Santos et al. (2024), utilizando dados do Epidemiology of Chronic Diseases Cohort Study, analisaram a saúde oral da população idosa portuguesa, avaliando indicadores como a necessidade de tratamento protético, a frequência de escovagem e o motivo da última consulta dentária. Os resultados mostraram que indivíduos com menor escolaridade, menor percepção de rendimento e menos consultas no setor privado apresentavam maior probabilidade de necessitar de próteses dentárias, de escovar os dentes com menor frequência e de terem a extração como último procedimento realizado. Por exemplo, participantes com 5 a 9 anos de escolaridade revelaram menor probabilidade de necessitar de tratamento protético em comparação com aqueles com ≤ 4 anos (OR = 0,47; IC 95 %: 0,26 - 0,85), enquanto os que tinham ≥ 10 anos de escolaridade apresentaram mais de três vezes a probabilidade de escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia relativamente aos menos escolarizados.⁴³

Os achados de Santos et al. convergem com os resultados do presente estudo, que também identificou influência da escolaridade na saúde oral. De forma consistente, verificou-se que os indivíduos com menor escolaridade apresentaram indicadores mais desfavoráveis, nomeadamente pior autopercepção do estado de saúde oral, maiores dificuldades de mastigação e menor frequência de escovagem. Em contrapartida, a população com níveis

educativos mais elevados mostrou comportamentos de higiene oral mais favoráveis e maior propensão para consultas preventivas. Esta convergência entre diferentes fontes de dados sublinha a relevância da estratificação socioeconómica como determinante estruturante da saúde oral em Portugal e reforça a necessidade de políticas públicas que reduzam estas disparidades persistentes.⁴³

No presente estudo, observou-se um IC negativo acentuado para a frequência inadequada de escovagem dentária (-0,2904), destacando que este comportamento de risco é significativamente mais prevalente entre os indivíduos com menor nível de escolaridade. A frequência da escovagem dentária constitui um dos comportamentos de autocuidado mais relevantes na prevenção das doenças orais e na promoção da saúde geral. A OMS recomenda a escovagem dos dentes pelo menos duas vezes por dia com dentífrico fluoretado como medida essencial para a manutenção da saúde oral.³⁷

A revisão sistemática realizada em 2018 por Reda et al., reforça esta perspetiva, demonstrando que as desigualdades socioeconómicas não se limitam à utilização dos serviços dentários, mas estendem-se de forma consistente aos comportamentos preventivos, incluindo a frequência de escovagem dentária.⁴⁴ Estes padrões são igualmente observados em Portugal.

Dados do primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015), conduzido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, revelaram que a adesão às recomendações de escovagem da DGS é superior entre as mulheres e entre os indivíduos com nível de escolaridade mais elevado. O estudo indicou ainda que esta adesão é mais frequente entre residentes de áreas urbanas, evidenciando que os comportamentos preventivos em saúde oral permanecem influenciados pelos determinantes sociais.⁴⁵ Estes resultados demonstram a importância de reforçar intervenções que promovam a literacia em saúde oral e de criar ambientes e políticas que favoreçam comportamentos de higiene oral equitativos e sustentáveis.

Nesta análise, o IC negativo de -0,1221 indicou que a dificuldade funcional em mastigar alimentos rijos se encontra desproporcionalmente concentrada entre os indivíduos com menor nível de escolaridade, sinalizando uma desigualdade significativa na função mastigatória. Esta dificuldade reflete as consequências da ausência de cuidados preventivos, da progressão das doenças orais e da substituição inadequada ou inexistente dos dentes perdidos, fatores que comprometem a eficiência mastigatória, a absorção de nutrientes e a qualidade de vida.

Em Portugal, estima-se que cerca de 48,6% dos adultos na região Norte sofram de periodontite e que mais de 70% da população tenha perdido pelo menos um dente permanente. Para além de comprometer diretamente a função mastigatória, a ausência dentária afeta significativamente a socialização e o desempenho profissional, uma vez que esses indivíduos frequentemente relatam constrangimento ao sorrir, dificuldades na fala e sentimentos de isolamento social.^{46, 47}

Na dimensão do acesso aos cuidados de medicina dentária, a variável “tempo desde a última consulta dentária” constitui um indicador essencial para analisar a utilização efetiva dos serviços. A DGS recomenda que a população adulta realize pelo menos uma consulta de medicina dentária por ano, tanto para avaliação como para cuidados preventivos.⁴⁸ Esta recomendação está alinhada com a literatura científica, a qual evidencia que a realização regular de consultas dentárias se associa a melhores resultados em saúde oral, incluindo menor incidência de cáries, menor perda dentária e melhor autoapreciação do estado da cavidade oral.⁴⁹

O acesso regular a consultas de medicina dentária contribui para a redução das desigualdades em saúde, sobretudo quando associado a políticas públicas abrangentes e sustentadas.⁵⁰ No entanto, os resultados do presente estudo demonstram a existência de desigualdades sociais neste domínio, uma vez que a ausência de consulta dentária recente está desproporcionalmente concentrada entre os indivíduos com menor nível de escolaridade, conforme refletido pelo IC negativo (-0,0850).

Apesar dos progressos registados nas últimas décadas, Portugal continua a apresentar níveis de utilização de consultas de medicina dentária abaixo da média da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Em países como a Dinamarca, onde os cuidados de saúde oral são amplamente abrangidos pelo sistema público, e os Países Baixos, onde a população adulta realiza, em média, 3,3 consultas dentárias por ano, o acesso revela-se mais equitativo e eficaz, impulsionado por políticas nacionais de promoção da saúde oral, como o programa “*Keep your Mouth Healthy*”. Em contraste, a realidade portuguesa continua marcada por limitações de acesso, fortemente condicionadas por fatores económicos.⁵¹ Apesar da existência de iniciativas como o cheque-dentista, a sua cobertura permanece restrita a grupos populacionais específicos, não garantindo acesso universal.¹¹ Esta estrutura contribui para a existência das desigualdades identificadas nesta análise, evidenciando a necessidade de políticas públicas mais inclusivas e abrangentes nessa área.

Para compreender melhor os padrões de utilização dos cuidados de saúde oral, é igualmente relevante analisar os motivos que levaram os indivíduos a procurar uma consulta dentária.

Os resultados mostraram que, embora uma proporção considerável tenha recorrido ao dentista por razões preventivas, uma parte substancial da população apenas procurou cuidados após o surgimento de sintomas, como dor ou situações de urgência, evidenciando um padrão de procura reativa. A análise estatística revelou uma associação significativa entre o nível de escolaridade e o tipo de motivo declarado para a última consulta dentária ($\chi^2(4) = 247,046$; $p < 0,001$), destacando a desigualdade no acesso e utilização dos cuidados. A procura reativa, já descrita na literatura como mais prevalente em contextos socioeconómicos desfavorecidos, reflete iniquidades persistentes não só no acesso regular aos serviços, mas também na adoção de comportamentos preventivos e na incorporação da saúde oral como parte da saúde geral.^{5, 40}

A variável relativa à necessidade de consulta dentária não satisfeita por motivos financeiros evidencia um dos aspetos mais críticos das desigualdades no acesso aos cuidados dentários. O IC obtido para esta variável foi negativo (-0,1026), refletindo que são sobretudo os indivíduos com menor escolaridade aqueles que, mesmo reconhecendo a necessidade de cuidados, não conseguiram aceder aos mesmos.

Este padrão é consistente com os dados internacionais mais recentes, que apontam para a existência de barreiras económicas, geográficas e organizacionais que continuam a limitar o acesso aos cuidados dentários, particularmente entre as populações em situação de maior vulnerabilidade. Segundo dados da OCDE, em 2023, cerca de 6% da população europeia que necessitava de cuidados dentários reportou necessidades não satisfeitas, proporção que ultrapassa os 12% entre pessoas em risco de pobreza.⁵¹ A OMS destaca que a não satisfação de necessidades reconhecidas em saúde oral compromete não apenas o bem-estar individual, mas também a equidade dos sistemas de saúde.³⁹

Este resultado é reforçado pelos dados descritivos, que mostram que, entre os indivíduos que não consultaram um dentista, o principal motivo referido foi o custo elevado dos cuidados. A barreira económica, também destacada pela OCDE como uma das principais causas de necessidades dentárias não satisfeitas, evidencia a persistência de desigualdades no acesso aos cuidados em saúde oral.⁵¹

A posse de seguro com cobertura para cuidados dentários foi a única variável a apresentar um IC positivo (0,1471), destacando que os indivíduos com maior escolaridade têm mais acesso a este tipo de proteção, um recurso que potencialmente aumenta a frequência e continuidade dos cuidados orais. A OCDE destaca que, em muitos países da Europa, a cobertura dentária para adultos depende de seguros voluntários, cujo acesso está condicionado por rendimento e literacia em saúde.⁵¹ Este padrão reforça que, sem uma

cobertura pública mais robusta, o seguro de saúde pode funcionar como fator de exclusão, em vez de instrumento de inclusão.

Os resultados deste estudo confirmam que a saúde oral em Portugal constitui uma das áreas clínicas onde as desigualdades sociais se manifestam de forma mais acentuada. A reduzida cobertura pública e a predominância da medicina dentária no setor privado limitam a efetividade do princípio da universalidade, condicionando a equidade no acesso. Organismos internacionais têm reiterado que as doenças orais permanecem negligenciadas nas políticas de saúde, apesar de afetarem quase metade da população mundial e de serem em grande parte preveníveis. A Federação Dentária Internacional destaca a necessidade de fortalecer os cuidados primários como estratégia chave para ampliar o acesso equitativo à saúde oral, reduzir barreiras estruturais e promover resultados sustentáveis.^{11, 12, 52, 53}

Já no início da década de 1990, Pereira analisou dados do INS de 1987 e evidenciou desigualdades significativas no acesso a cuidados, mesmo perante necessidades de saúde semelhantes. O estudo demonstrou que os indivíduos com menor rendimento apresentavam desvantagens claras no recurso a serviços médicos, introduzindo no contexto nacional o debate sobre a equidade horizontal. Posteriormente, outros trabalhos desenvolvidos reforçaram esta evidência. Nos anos 2000, Pereira também destacou que o rendimento constituía determinante central das desigualdades em saúde em Portugal, revelando padrões comparáveis ou superiores aos observados noutros países europeus.^{29, 54}

No mesmo sentido, Pereira e Pedro (2004) destacaram a influência conjugada de rendimento e escolaridade sobre o estado de saúde e a utilização de cuidados, evidenciando que a acumulação de desvantagens socioeconómicas se refletia em maior risco de doença e menor acesso. De forma complementar, Ribeiro et al (2013) analisaram especificamente as doenças cardiovasculares e confirmaram que estas seguem o mesmo gradiente social que a saúde oral, com maior prevalência entre indivíduos em situação socioeconómica mais desfavorável. Estes contributos ao longo dos anos são fundamentais para compreender que as desigualdades atualmente documentadas integram um padrão estrutural e persistente no sistema de saúde português.^{55, 56}

Furtado e Pereira (2010), no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, analisaram a equidade no acesso aos cuidados em Portugal e evidenciaram que, apesar das melhorias registadas desde a criação do SNS, persistem desigualdades significativas, sobretudo no acesso a cuidados especializados. O estudo destacou que os encargos diretos suportados pelos utentes continuam a constituir uma barreira determinante. De forma complementar, a revisão sistemática conduzida por Campos-Matos et al. (2016) confirmou a influência

persistente dos determinantes sociais da saúde no contexto português. Os autores mostraram que fatores como o nível de escolaridade se encontram consistentemente associados a melhores indicadores de saúde, maior utilização de cuidados preventivos e menor prevalência de doenças crónicas, indo de encontro com os resultados do presente estudo.^{57, 58}

A nível internacional, Van Doorslaer et al. (2006) analisaram 21 países desenvolvidos e demonstraram que, em todos os contextos, os indivíduos com maior rendimento apresentavam maior probabilidade de recorrer a consultas de especialidade, independentemente da necessidade. Em Portugal, estas desigualdades revelaram-se particularmente mais acentuadas, sinalizando um gradiente mais favorável aos grupos com maior rendimento do que na maioria dos países europeus. Este padrão é consistente com os achados nacionais e sugere que a equidade descrita pelo SNS não se traduz em igualdade real de acesso, sobretudo nas áreas em que a oferta pública é reduzida, como é o caso da saúde oral.^{53, 59}

A literatura portuguesa confirma que as desigualdades são mais intensas na saúde oral quando comparada com outras especialidades médicas. O estudo de Simões et al. (2008) mostrou que as consultas de clínica geral estavam mais concentradas nos grupos de menor rendimento, enquanto as consultas de medicina dentária se concentravam entre os mais favorecidos. Resultados semelhantes foram obtidos por Quintal e Antunes (2020), que reforçaram que a utilização de cuidados de especialidade, incluindo medicina dentária, permanece desigual e em vantagem para os indivíduos mais ricos. A análise de Lourenço e Barros (2017) acrescenta que a forte dependência do setor privado na prestação de cuidados de saúde oral constitui um obstáculo central à equidade, uma vez que os custos continuam a ser maioritariamente suportados diretamente pelos utentes, que muitas vezes acabam priorizando áreas consideradas mais urgentes ou limitantes.^{53, 60, 61}

Para além do acesso desigual aos cuidados, importa considerar que os comportamentos preventivos em saúde oral também são profundamente condicionados pelos determinantes sociais. Como salientam Petersen e Kwan (2011), fatores como o nível de escolaridade, o rendimento e a literacia em saúde influenciam diretamente hábitos essenciais, como a frequência da escovagem dentária e a procura por consultas de rotina. A desigualdade nestes comportamentos traduz-se numa acumulação de desvantagens ao longo do tempo, em que grupos socioeconomicamente mais vulneráveis apresentam maior risco de desenvolver problemas orais e menor capacidade de prevenir complicações futuras.⁶²

A literatura internacional também aponta nesta direção. Listl et al. (2012), ao utilizarem curvas e índices de concentração em países como Finlândia, Alemanha e Espanha, demonstraram que a frequência regular ao dentista é mais comum entre indivíduos de maior escolaridade e rendimento, confirmando o modelo de acumulação de risco. Este modelo sustenta que comportamentos de saúde adquiridos em fases precoces, como a procura preventiva de cuidados dentários, tendem a perpetuar-se ao longo da vida, contribuindo para a manutenção das desigualdades entre gerações. Países com contextos socioeconómicos mais favoráveis na infância apresentam menores níveis de desigualdade, o que reforça a necessidade de políticas que intervenham precocemente no ciclo de vida e considerem a literacia como base para evoluções consideráveis e consistentes.^{63, 64}

Por fim, estudos recentes reiteram a atualidade e importância destas questões. Fernandes et al (2025) concluíram numa revisão da literatura que, apesar da evolução do SNS e da expansão progressiva dos programas públicos de saúde, persistem barreiras estruturais e financeiras que limitam a equidade no acesso. A medicina dentária permanece uma das áreas em que as desigualdades são mais acentuadas, confirmando que a carga de necessidades continua concentrada nos grupos mais vulneráveis, enquanto o consumo efetivo de cuidados beneficia sobretudo os mais favorecidos. Em conjunto, estas evidências reforçam que, embora se tenham verificado progressos, a saúde oral permanece um domínio crítico na promoção da equidade em saúde em Portugal, exigindo políticas públicas sustentadas e intersectoriais que a integrem plenamente na agenda nacional de saúde.⁶⁵

4.1. Limitações e recomendações para estudos futuros

Apesar da relevância e abrangência do INS, este estudo apresenta limitações associadas ao uso de dados autorreportados, estando sujeito a possíveis vieses de memória e interpretação por parte dos participantes. Este tipo de viés é frequente em inquéritos populacionais, o que pode comprometer a precisão das respostas relacionadas, por exemplo, à utilização de serviços de saúde ou à autoperceção do estado de saúde oral. Para além da memória, fatores culturais ou a socialização em determinadas comunidades podem influenciar a forma como os indivíduos interpretam e respondem às questões, condicionando a comparabilidade entre diferentes grupos socioeconómicos.²⁵

Outro aspeto limitativo decorre da estrutura da fonte de dados utilizada, que não permite distinguir se as consultas dentárias ocorreram no setor público ou privado. Esta limitação impede uma análise mais detalhada das barreiras de acesso específicas a cada tipo de

serviço, nomeadamente no que se refere à distribuição dos recursos e à efetividade das políticas públicas de promoção da saúde oral.

Adicionalmente, não foi possível avaliar a qualidade dos cuidados recebidos, o que se apresenta como uma limitação a considerar, dado que a qualidade é um aspeto importante nas análises em saúde. Além disso, é importante referir que diferentes necessidades podem originar formas distintas de utilização dos serviços, dificultando a comparação direta entre grupos com perfis de saúde diversos. Neste sentido, torna-se pertinente destacar a ausência de atualizações recentes do INSEF, realizado pela última vez em 2015. Este inquérito, coordenado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, integra dados autorreferidos com medições objetivas obtidas através de exames físicos padronizados, permitindo uma caracterização mais precisa do estado de saúde da população. Este tipo de avaliação seria particularmente relevante para investigações futuras, nomeadamente no campo da saúde oral, ao reduzir potenciais vieses associados à perceção subjetiva da condição de saúde e à autodeclaração de sintomas ou comportamentos.^{33, 43, 66}

A escolha do grau de escolaridade como variável de ordenação justifica-se pelo facto de ser um dos indicadores de posição socioeconómica mais estáveis ao longo da vida, refletindo condições de origem e oportunidades acumuladas. Ao contrário de outras medidas, como o rendimento ou a ocupação, a escolaridade não está sujeita a grandes variações conjunturais e pode ser reportada com elevada fiabilidade em inquéritos populacionais. Além disso, apresenta forte associação com o conhecimento em saúde, os comportamentos preventivos e a capacidade de utilização dos serviços de saúde, influenciando de forma transversal os resultados em saúde oral.⁶⁷

Como limitação, reconhece-se que a escolaridade não capta integralmente todas as dimensões socioeconómicas, pelo que pode não refletir de forma completa desigualdades associadas a fatores como rendimento, emprego ou condições de habitação. Ainda assim, a sua utilização é amplamente recomendada em estudos populacionais de desigualdades em saúde, pela comparabilidade internacional e captação de gradientes sociais.⁶⁷

A análise apresenta ainda um ponto positivo adicional, que consiste na utilização de técnicas de padronização direta. Este procedimento contribuiu para reduzir potenciais enviesamentos associados às diferenças na estrutura demográfica da população, conferindo maior robustez e fiabilidade às comparações realizadas entre os diferentes grupos.²⁸

Ainda assim, a natureza transversal do inquérito não permite estabelecer relações de causalidade, restringindo a interpretação dos resultados ao nível associativo. Para aprofundar

o conhecimento sobre as desigualdades em saúde oral, recomenda-se que futuras investigações explorem análises longitudinais, que permitam acompanhar a evolução das condições de saúde ao longo do tempo, bem como considerem a inclusão de outros determinantes sociais, tais como o rendimento, o estatuto profissional e a localização geográfica.

Para além das curvas e IC, existem outros métodos utilizados na análise das desigualdades em saúde. Um exemplo é o *odds ratio*, amplamente aplicado em medicina e saúde pública, que compara a probabilidade de ocorrência de um determinado evento de saúde entre dois grupos. Trata-se de uma medida de cálculo simples e interpretação direta, particularmente útil quando se pretende avaliar diferenças marcadas entre categorias extremas. No entanto, apresenta limitações importantes: não considera a distribuição dos indivíduos entre os diferentes grupos populacionais e analisa apenas os extremos, o que pode levar a uma caracterização incompleta do gradiente social observado.^{68, 69}

O estudo de Ribeiro et al. (2013), recorreu ao *odds ratio* para investigar a associação entre doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal, evidenciando diferenças significativas entre os grupos mais e menos favorecidos. Outro método frequentemente utilizado é o Índice Relativo de Desigualdade (*Relative Index of Inequality* - RII), que recorre a técnicas de regressão (linear, logística, entre outras) para incorporar a ordenação hierárquica dos grupos socioeconómicos e avaliar a posição relativa de cada grupo na escala social. Este indicador foi usado por Perelman (2022) para analisar desigualdade nos fatores de risco associados à mortalidade por COVID-19. Embora mais abrangente do que o *odds ratio*, o RII mantém alguma sensibilidade à forma como as categorias são definidas e à suposição de linearidade na relação. Neste contexto, os IC apresentam a vantagem de considerar toda a população na análise, permitindo identificar a presença de desigualdades e, simultaneamente, medir a sua magnitude de forma consistente e comparável, independentemente do número ou dimensão dos grupos analisados.^{34, 56, 68, 69,70}

A aplicação de métodos avançados, como a decomposição dos IC, também pode revelar-se fundamental para identificar os fatores que mais contribuem para as disparidades observadas. Recomenda-se ainda que futuros estudos realizem análises mais detalhadas com os dados do INS, incluindo análises desagregadas por grupos etários, dado que a experiência de saúde oral pode diferir entre jovens, adultos e idosos. Estes desenvolvimentos futuros poderão fornecer uma base mais robusta para a formulação de políticas públicas orientadas para a equidade em saúde.^{71, 72}

Por fim, destaca-se que, apesar das limitações, o INS constitui uma amostra ampla e representativa da população portuguesa, o que representa um contributo relevante para o conhecimento e confere maior validade aos resultados obtidos. Trabalhos nacionais anteriores sobre o tema das disparidades socioeconómicas em saúde oral, não usaram amostras representativas do todo nacional. Adicionalmente, o INS é parte integrante do EHIS, permitindo assim comparações internacionais robustas.²⁵ Assim, o presente trabalho oferece um contributo para a compreensão das desigualdades em saúde oral em Portugal, ao evidenciar as desigualdades associadas à escolaridade e ao reforçar a necessidade de políticas que promovam um acesso mais equitativo aos cuidados, com vista à redução das desigualdades em saúde.

4.2. Recomendações para a política de saúde pública

A redução das desigualdades em saúde oral deve constituir um ponto estratégico das políticas públicas de saúde, alinhado com os compromissos internacionais assumidos no âmbito dos ODS, nomeadamente o ODS 3 (Saúde de qualidade) e o ODS 10 (Redução das desigualdades).³ Os resultados deste estudo evidenciam disparidades socioeconómicas significativas no acesso e nos resultados em saúde oral, o que compromete o princípio da equidade e demonstra falhas estruturais na resposta do serviço de saúde português.

Nesse sentido, torna-se fundamental reforçar e expandir a oferta pública de cuidados de saúde oral, com particular foco nas populações mais vulneráveis. A integração de higienistas orais e médicos dentistas nos cuidados de saúde primários do SNS, de forma sistemática e equitativa entre regiões, é essencial para garantir proximidade, continuidade e acessibilidade aos cuidados. O alargamento da cobertura do PNPSO e o aumento do número de consultas participadas representam medidas concretas que podem contribuir para a redução de barreiras económicas e geográficas ao acesso.^{11, 12, 21}

A revisão do modelo atualmente em vigor do programa Cheque-Dentista deve igualmente ser considerada. Presentemente, o apoio à reabilitação com próteses dentárias está limitado aos beneficiários do Complemento Solidário para Idosos, com um montante máximo de 250 € atribuído a cada três anos, o que se revela frequentemente insuficiente face aos custos reais dos dispositivos protéticos em contexto clínico. Esta iniciativa corresponde a uma prestação social dirigida a pessoas com mais de 66 anos e baixos rendimentos, com o objetivo de reduzir a pobreza na população idosa. No entanto, adultos mais jovens, que também podem experienciar perda dentária com impacto na função e qualidade de vida, não estão abrangidos

por este tipo de apoio, permanecendo excluídos das atuais medidas de reabilitação oral.^{11, 12,}

73

A experiência internacional fornece exemplos relevantes que podem ser adaptados ao contexto português. O programa brasileiro “Brasil Sorridente”, criado em 2004 e integrado no Sistema Único de Saúde, constitui uma das políticas de saúde oral mais abrangentes a nível mundial. A iniciativa assenta em três pilares principais: a expansão da rede pública de cuidados primários através da criação de equipas de saúde oral inseridas na Estratégia de Saúde da Família, a oferta de cuidados especializados por meio dos Centros de Especialidades de Medicina Dentária e a reabilitação oral assegurada por uma vasta rede de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Esta estrutura garante cobertura em todas as regiões do país, articulando cuidados de base comunitária com serviços especializados e de referência.⁷⁴

Em termos de impacto, o “Brasil Sorridente” permitiu a realização de milhões de consultas preventivas e curativas, bem como a ampliação expressiva da reabilitação oral. Só em 2021 foram distribuídas cerca de 200 mil próteses dentárias, valor que se soma a uma trajetória de crescimento sustentado desde 2010, ano em que foram fornecidas aproximadamente 60 mil reabilitações. Para além da dimensão quantitativa, importa referir a sua orientação para a equidade. Ao disponibilizar cuidados gratuitos, o programa tem eliminado barreiras económicas que historicamente limitavam o acesso das populações mais pobres e rurais. Ao incluir a reabilitação oral como componente estruturante, reconheceu ainda a saúde oral como parte integrante da funcionalidade, da qualidade de vida e da inclusão social.⁷⁴

Na Europa, destacam-se os casos do Reino Unido e da Suécia, frequentemente apontados como exemplos de integração bem-sucedida da saúde oral nos sistemas nacionais de saúde. No Reino Unido, o *National Health Service* oferece cuidados dentários preventivos e de tratamento básico com copagamentos reduzidos e valores tabelados, organizados em faixas de custo acessíveis. Embora subsistam desafios, como listas de espera e pressão sobre os profissionais, o modelo busca garantir que a maioria da população tenha acesso a consultas de rotina e intervenções essenciais sem depender exclusivamente do setor privado. Esta política tem contribuído para uma maior regularidade no acompanhamento preventivo, aspetos que contrastam com a realidade portuguesa, onde o acesso público permanece limitado e fragmentado.^{53, 75}

Na Suécia, o sistema de saúde vai ainda mais longe na promoção da equidade. Todos os menores de 23 anos têm acesso gratuito a cuidados dentários, assegurados por serviços públicos e profissionais credenciados, o que favorece a criação de hábitos preventivos desde

a infância e a consolidação de comportamentos de saúde oral ao longo da vida. A partir da idade adulta, os cidadãos continuam a beneficiar de subsídios estatais que reduzem os custos das consultas e tratamentos, assegurando que o peso financeiro não recai exclusivamente sobre os utentes. Este modelo, baseado numa lógica de investimento em prevenção e continuidade de cuidados, permite atenuar as desigualdades socioeconómicas que tradicionalmente se refletem na saúde oral, ao mesmo tempo que reduz os encargos futuros com tratamentos mais complexos.^{53, 76}

Paralelamente, a promoção de comportamentos preventivos deve ser fortalecida. A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde já em 1986 reconhecia a importância de reorientar os serviços de saúde para a prevenção e de criar ambientes favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis. No contexto da saúde oral, estas orientações implicam garantir o acesso a produtos de higiene oral, promover a escovagem dentária adequada e incentivar consultas regulares desde a infância. Em Portugal, medidas como o PNPSO nas Escolas e o Cheque-Dentista representaram passos relevantes ao assegurar rastreios e tratamentos gratuitos a grupos prioritários. Contudo, a cobertura continua limitada e dependente da adesão dos prestadores privados, não contemplando uma parte significativa da população.^{12, 59, 77}

A operacionalização mais abrangente destas medidas poderia passar pela distribuição gratuita de itens de higiene oral em escolas, centros de saúde e centros de dia, bem como pelo reforço de programas educativos de proximidade. Tais estratégias, associadas a políticas de literacia em saúde ao longo do ciclo de vida, são fundamentais para reduzir desigualdades evitáveis e consolidar escolhas conscientes e autónomas.

Importa ainda destacar que o acesso, por si só, não assegura a efetividade dos cuidados. A avaliação sistemática da qualidade dos serviços prestados é uma componente indispensável para garantir intervenções eficazes, sustentáveis e centradas no utilizador. Tal como referido pela OCDE, os sistemas de saúde devem monitorizar a qualidade em paralelo com o acesso, de forma a assegurar a confiança da população e a eficiência na utilização dos recursos públicos.⁶⁶

Orientações internacionais recentes, como a Estratégia Global para a Saúde Oral 2023-2030 da OMS e a Declaração de Banguécoque de 2024, reforçam a necessidade de integrar a medicina dentária nos sistemas nacionais de saúde com enfoque na equidade, na prevenção e nos cuidados básicos de saúde. Estas recomendações devem ser internalizadas nas políticas públicas nacionais, assegurando que a saúde oral seja tratada como um direito da população e não como um privilégio.^{23, 78}

Para que as políticas de saúde oral respondam adequadamente às necessidades da população, é importante que sejam sustentadas por dados obtidos através de estudos que identifiquem as principais lacunas e permitam avaliar o impacto das intervenções. No entanto, a definição de estratégias nesta área continua a ser dificultada pelo subfinanciamento e pela escassez de informação atualizada sobre a saúde oral da população. Para além da melhoria na prestação de cuidados, é importante que as políticas públicas adotem uma perspetiva preventiva e longitudinal, com intervenções e recolha de informações ao longo do ciclo de vida, de forma a contribuir para a redução das desigualdades acumuladas.

Promover a equidade em saúde oral é, portanto, uma medida essencial, que contribui simultaneamente para a justiça social e para a sustentabilidade económica do sistema de saúde, ao reduzir a necessidade de tratamentos complexos e dispendiosos, prevenir a perda dentária precoce e melhorar o bem-estar geral da população.

5. Conclusão

Este estudo, com base numa amostra representativa da população portuguesa, confirmou a existência de desigualdades socioeconómicas significativas no acesso e nos resultados em saúde oral em Portugal. A utilização de curvas e índices de concentração padronizados por idade e sexo permitiu não só identificar a presença dessas desigualdades, mas também medir a sua magnitude, revelando um gradiente social bem definido. Indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos apresentaram, de forma consistente, piores indicadores de saúde oral. O ajustamento por idade e sexo permitiu controlar fatores de confundimento, reforçando a fiabilidade metodológica da análise e evidenciando que as disparidades observadas correspondem a iniquidades evitáveis, e não apenas a diferenças demográficas.

Estes resultados destacam que a existência de um Serviço Nacional de Saúde universal, ainda que essencial, não assegura, por si só, o cumprimento do princípio da equidade. As desigualdades observadas apontam para falhas na distribuição efetiva dos cuidados e revelam a influência persistente dos determinantes sociais sobre o estado de saúde oral da população. Estes achados refletem a intersecção entre vulnerabilidade social e insuficiência na resposta pública, traduzindo-se em impactos concretos na qualidade de vida, no bem-estar psicológico, na participação social e na funcionalidade nutricional dos indivíduos mais desfavorecidos.

Assim, reforça-se a importância de integrar a saúde oral nas políticas de saúde pública de forma transversal e estratégica. Não basta garantir a existência de serviços médicos dentários, é necessário assegurar que estes são acessíveis, adequados e distribuídos equitativamente, com enfoque particular nas populações em maior risco social. É necessário ainda, atuar sobre os determinantes sociais da saúde, nomeadamente através do reforço da literacia em saúde oral, da promoção de comportamentos preventivos e da redução de barreiras económicas ao acesso a cuidados de saúde oral.

Este estudo contribui para o conhecimento nacional sobre as desigualdades em saúde oral, ao disponibilizar dados que podem apoiar decisões políticas e técnicas. Ao evidenciar iniquidades persistentes num domínio frequentemente negligenciado, reforça-se a urgência de integrar a saúde oral nas estratégias de promoção da saúde e de redução das desigualdades em Portugal.

6. Referências Bibliográficas

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; 1946 [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity in health. Copenhagen: WHO; 1990.
3. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: UN; 2015 [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. Fair society, healthy lives: the Marmot review. London: The Marmot Review; 2010.
5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
6. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. Challenging inequities in health: from ethics to action. New York: Oxford University Press; 2001. p. 12-23. doi:10.1093/acprof:oso/9780195137408.003.0002
7. Portugal. Constituição da República Portuguesa. 7.^a revisão. Lisboa: Assembleia da República; 2005.
8. Portugal. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da República. 1990;195.
9. Portugal. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Criação do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República. 1979;215.
10. Portugal. Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde. Diário da República. 2019;169(I). Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
11. Serviço Nacional de Saúde. Saúde Oral [Internet]. Lisboa: SNS; [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/cidadao/saude-oral/>
12. Serviço Nacional de Saúde. Relatório Saúde Oral no SNS 2.0 [Internet]. Lisboa: SNS; 2023 [cited 2025 Jan 6]. Available from: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/07/DE_Relatorio_Saude-Oral.pdf
13. Furtado C, Pereira J. Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; [cited 2025 Jan 15].
14. World Health Organization. Draft global strategy on oral health. In: Seventy-fifth World Health Assembly, Geneva, 22–28 May 2022. Provisional agenda item 14.1 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Oct 30]. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add1-en.pdf

15. Carramolino-Cuéllar E, Tomás I, Jiménez-Soriano Y. Relationship between the oral cavity and cardiovascular diseases and metabolic syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014;19(3):e289-94. doi:10.4317/medoral.19563. PMID:24121926; PMCID:PMC4048119
16. FDI World Dental Federation. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. Geneva: FDI; 2022 [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/global-oral-health-status-report>
17. European Commission. Portugal: country health profile 2023. Health at a Glance [Internet]. Brussels: EC; 2023 [cited 2024 Dec 4]. Available from: https://health.ec.europa.eu/system/files/2024-01/2023_chp_pt_portuguese.pdf
18. European Health Interview Survey (EHIS). Unmet needs for health care: comparing approaches and results from international surveys [Internet]. Paris: OECD; 2020 [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf>
19. World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
20. World Health Organization. Social determinants of health [Internet]. Geneva: WHO; [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
21. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021–2030 [Internet]. Lisboa: DGS; 2021 [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://pns.dgs.pt/>
22. Direção-Geral da Saúde. PNS em Movimento [Internet]. Lisboa: DGS; [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://pns.dgs.pt/pns-em-movimento/>
23. World Health Organization. Oral health: achieving better oral health as part of the universal health coverage and noncommunicable disease agendas towards 2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/oral-health-achieving-better-oral-health-as-part-of-the-universal-health-coverage-and-noncommunicable-disease-agendas-towards-2030>
24. International Association for Dental Research. Global Oral Health Inequalities Research Agenda (IADR-GOHIRA®): a call to action [Internet]. Alexandria (VA): IADR; 2013 [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.iadr.org/iadr-gohira-call-action>
25. Instituto Nacional de Estatística, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2019 [Internet]. Lisboa: INE; 2020 [cited 2025 Apr 13]. Available from: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?att_display=n&att_download=y&look_parentBoui=441370700
26. Neto M, Santos J. A importância dos inquéritos de saúde para a produção de evidência científica. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2019.

27. UNESCO Institute for Statistics. International standard classification of education: ISCED 2011 [Internet]. Montreal: UNESCO; 2012 [cited 2025 Apr 13]. Available from: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>
28. Tavares R, Moraes CL. Comparações de coeficientes gerais de mortalidade: uma solução trivial para o problema da escolha da “população-tipo”. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 1994. (Série Estudos em Saúde Coletiva; 107).
29. Pereira J. Horizontal equity in the delivery of health care in Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 1992;10(3):35-46.
30. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(4):254-8.
31. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 2015;8(1):27106. doi:10.3402/gha.v8.27106
32. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F, editors. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993.
33. Pereira J. Equity, health and health care: an economic study with reference to Portugal [thesis]. York (UK): University of York, Department of Economics and Related Studies; 1995 Jan.
34. Regidor E. Measures of health inequalities: part 1. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(10):858-61. doi:10.1136/jech.2003.015347
35. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, DC: The World Bank; 2008. p. 92-102.
36. Kakwani NC, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference. *J Econom*. 1997;77(1):87-103.
37. Sobrinho C, Pereira J. Desigualdade em saúde relacionada com o rendimento em pessoas com 60 e mais anos em Portugal. In: 18ª Conferência Nacional de Economia da Saúde; 2023 Oct 12-13; Lisboa, Portugal.
38. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):401-11. doi:10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x
39. World Health Organization. Oral health [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
40. Pattussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian schoolchildren. *Soc Sci Med*. 2001;53(7):915-25. doi:10.1016/S0277-9536(00)00391-9

41. Carvalho JC, Silva A, Sequeira A. Autoavaliação da saúde oral e necessidades percebidas de tratamento numa população urbana portuguesa. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2016;57(1):15-22. doi:10.1016/j.rpemd.2015.11.004
42. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Autopercepção da saúde bucal em idosos de uma população urbana em Lisboa, Portugal. *Rev Saude Publica.* 2016;50:53. doi:10.1590/S1518-8787.2016050006311
43. Santos IC, De la Torre Canales G, Lopes DG, Mendes JJ, Polido M, Manso AC, et al. Socioeconomic inequalities in oral health among Portuguese older adults: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2024;24:21049. doi:10.1186/s12889-024-21049-9
44. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. *Am J Public Health.* 2018;108(2):e1-7. doi:10.2105/AJPH.2017.304180
45. Santos J, Antunes L, Namorado S, Kislaya I, Santos AJ, Rodrigues AP, et al. Oral hygiene habits in Portugal: results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontol Scand.* 2019;77(5):334-9. doi:10.1080/00016357.2018.1564839. PMID:30712422
46. Antunes A, Botelho J, Mendes JJ, Delgado AS, Machado V, Proença L. Geographical distribution of periodontitis risk and prevalence in Portugal using multivariable data mining and modeling. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(20):13634. doi:10.3390/ijerph192013634. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36294214/>
47. Melo PR, Marques S, Monteiro Silva O. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J.* 2017;67(3):139-47. doi:10.1111/idj.12273. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27981568/>
48. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 001/DSCS/DMD: Cuidados de saúde oral nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: DGS; 2005.
49. Thomson WM, Williams SM, Broadbent JM, Poulton R. Long-term dental visiting patterns and adult oral health. *J Dent Res.* 2010;89(3):307-11. doi:10.1177/0022034509356779. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20093674/>
50. Ghoneim A, Ebnahmady A, D'Souza V, Parbhakar KK, He H, Gerbig M, et al. The impact of dental care programs on healthcare system and societal outcomes: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1574. doi:10.1186/s12913-022-08912-7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36564768/>
51. Organisation for Economic Co-operation and Development, European Union. Health at a glance: Europe 2024 – state of health in the EU cycle. Paris: OECD Publishing; 2024. doi:10.1787/b3704e14-en
52. FDI World Dental Federation. Access to oral health through primary health care [White paper]. Geneva: FDI; 2023.

53. Lourenço A, Barros PP. Cuidados de saúde oral: universalização [Internet]. Lisboa: Ordem dos Médicos Dentistas; 2017 [cited 2025 Aug 10]. Available from: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/cuidados-saude-oral.pdf>
54. Pereira J. Income, health and inequality: Portuguese evidence and international comparisons. In: Abrasco, editor. O sujeito na saúde coletiva: anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2000; Salvador, Brasil. Salvador: Abrasco; 2000. p. 1-15.
55. Pereira J, Pedro J. Education, income and health inequalities in Portugal. *Appl Health Econ Health Policy*. 2004;3(Suppl):S52.
56. Ribeiro S, Furtado C, Pereira J. Associação entre as doenças cardiovasculares e o nível socioeconómico em Portugal. *Rev Port Cardiol*. 2013;32(11):847-54. doi:10.1016/j.repc.2013.04.010. PMID:24314856
57. Furtado C, Pereira J. Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Documento de Trabalho. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2010.
58. Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities: a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *Int J Equity Health*. 2016;15:26. doi:10.1186/s12939-016-0304-z
59. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X; OECD Health Equity Research Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*. 2006;174(2):177-83. doi:10.1503/cmaj.050584
60. Simões AP, Paquete AT, Araújo M. Equidade horizontal no acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2008;26(2):23-36.
61. Quintal C, Antunes M. Equity in usage of medical appointments in Portugal: in sickness and in health, in poverty and in wealth? *Acta Med Port*. 2020;33(2):93-100. doi:10.20344/amp.11891
62. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(6):481-7. doi:10.1111/j.1600-0528.2011.00623.x
63. Listl S, Moeller J, Manski R. Inequalities in dental attendance throughout the life-course. *J Dent Res*. 2012;91(7 Suppl):91S-7S. doi:10.1177/0022034512444059
64. Kuh D, Ben-Shlomo Y. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2004.
65. Fernandes J, Furtado C, Pereira J. Equidade no acesso aos cuidados de saúde em Portugal: o que sabemos? *Acta Med Port*. 2025;38(2):104-11. doi:10.20344/amp.21668
66. Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD reviews of health care quality: Portugal 2015 – raising standards [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015 [cited

- 2025 Jan 6]. Available from: <https://www.oecd.org/health/oecd-reviews-of-health-care-quality-portugal-2015-9789264225985-en.htm>
67. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):7-12.
 68. Mackenbach JP, Kunst AE. Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: an overview of available measures illustrated with two examples from Europe. *Soc Sci Med*. 1997;44(6):757-71.
 69. Szumilas M. Explaining odds ratios. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(3):227-9.
 70. Perelman J. Pandemia sindémica em Portugal: desigualdade social nos fatores de risco associados à mortalidade por COVID-19. *Acta Med Port*. 2022;35(6):433-9. doi:10.20344/amp.16031. Portuguese.
 71. Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N. On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam. *J Econom*. 2003;112(1):207-23.
 72. Furtado C. Equidade na utilização de medicamentos em Portugal [master's thesis]. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.
 73. Instituto da Segurança Social. Complemento Solidário para Idosos (CSI) [Internet]. Lisboa: ISS, I.P.; [cited 2025 Jun 9]. Available from: <https://www.seg-social.pt/complemento-solidario-para-idosos>
 74. Ministério da Saúde (BR). Brasil Sorridente [Internet]. Brasília: Governo Federal; 2022 [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente>
 75. Public Health England. Adult oral health: applying All Our Health [Internet]. London: GOV.UK; 2025 [cited 2025 Aug 12]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/adult-oral-health-applying-all-our-health/adult-oral-health-applying-all-our-health>
 76. Försäkringskassan. Dental care subsidy [Internet]. Stockholm: Swedish Social Insurance Agency; 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.forsakringskassan.se/english/dental-care-subsidy>
 77. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion; 1986 Nov 21; Ottawa, Canada. Geneva: WHO; 1986.
 78. World Health Organization. Bangkok Declaration on Oral Health: no health without oral health [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2025 Jun 22]. Available from: <https://www.who.int/news/item/30-11-2024-bangkok-declaration-on-oral-health>