

## **Influência das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal: uma *scoping review***

**Influence of socioeconomic conditions on access to oral health services: a scoping review**

**Influencia de las condiciones socioeconómicas en el acceso a los servicios de salud bucal: una  
*scoping review***

Recebido: 03/05/2022 | Revisado: 12/05/2022 | Aceito: 18/05/2022 | Publicado: 23/05/2022

### **Raisa Giulia Ferreira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9730-0381>  
Universidade do Oeste Paulista, Brasil  
E-mail: [raisagiuliaferreira@hotmail.com](mailto:raisagiuliaferreira@hotmail.com)

### **Mariana Esperendi Bastianini**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0366-852X>  
Universidade do Oeste Paulista, Brasil  
E-mail: [marianaesperendi@gmail.com](mailto:marianaesperendi@gmail.com)

### **Juliane Avansini Marsicano**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8213-1754>  
Universidade do Oeste Paulista, Brasil  
E-mail: [juavansini@yahoo.com.br](mailto:juavansini@yahoo.com.br)

### **Rosana Leal do Prado**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5897-2799>  
Universidade do Oeste Paulista, Brasil  
E-mail: [rosanahb@yahoo.com.br](mailto:rosanahb@yahoo.com.br)

### **Resumo**

Os objetivos deste estudo foram avaliar a disponibilidade de evidências científicas que relacionam as condições socioeconômicas com o acesso aos serviços de saúde bucal, verificar teorias que explicam esta relação e identificar lacunas referentes a elas. A busca dos artigos foi realizada nas bases Embase, Lilacs, PubMed/MEDLINE, Scielo, Web of Science e Open Grey e foi realizada uma análise da teoria presente em cada um dos artigos selecionados. Um total de 277 artigos foram identificados sendo 9 incluídos nesta revisão. Apenas dois tipos de teorias foram utilizadas nestes estudos: a teoria segundo Andersen, que é voltada para a influência dos fatores individuais, principalmente a autopercepção de saúde sobre o acesso aos serviços de saúde e a teoria segundo Penchansky & Thomas, que atribui ao conceito a relação entre a oferta de serviços e os indivíduos. Concluímos que existe uma tendência de ampliação do conceito de acesso aos serviços de saúde, incorporando a ele a utilização destes serviços.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Odontologia em Saúde Pública; Acesso aos Serviços de Saúde; Saúde Pública; Fatores Socioeconômicos; Ensino em Saúde.

### **Abstract**

The aims of the study were to assess the availability of scientific evidence that correlates socioeconomic conditions with access to oral health services, to verify theories that explain this relationship and to identify gaps regarding them. The search for the articles was carried out in the Embase, Lilacs, PubMed / MEDLINE, Scielo, Web of Science and Open Gray databases and an analysis of the theory present in each of the selected articles was carried out. A total of 277 articles were identified, 9 of which were included in this review. Only two types of theories were used in these studies: the theory according to Andersen, which is focused on the influence of individual factors, mainly the self-perception of health on access to health services and the theory according to Penchansky & Thomas, which attributes the concept to relationship between service provision and individuals. We conclude that there is a tendency to expand the concept of access to health services, incorporating the use of these services.

**Keywords:** Oral Health; Public Health Dentistry; Health Services Accessibility; Public Health; Socioeconomic Factors; Health Teaching.

### **Resumen**

Los objetivos de este estudio fueron evaluar la disponibilidad de evidencia científica que vincula las condiciones socioeconómicas con el acceso a los servicios de salud bucal, verificar las teorías que explican esta relación e identificar las lagunas en las mismas. La búsqueda de artículos se realizó en Embase, Lilacs, PubMed/MEDLINE, Scielo, Web of Science y Open Gray y se realizó un análisis de la teoría presente en cada uno de los artículos seleccionados. Se identificaron un total de 277 artículos, 9 de los cuales se incluyeron en esta revisión. En estos

estudios sólo se utilizaron dos tipos de teorías: la teoría según Andersen, que se centra en la influencia de factores individuales, principalmente la autopercepción de salud sobre el acceso a los servicios de salud, y la teoría según Penchansky & Thomas, que atribuye al concepto la relación entre la prestación del servicio y los individuos. Concluimos que existe una tendencia a ampliar el concepto de acceso a los servicios de salud, incorporando al mismo el uso de estos servicios.

**Palabras clave:** Salud Bucal; Odontología en Salud Pública; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Salud Pública; Factores Socioeconómicos; Enseñanza en Salud.

## 1. Introdução

O acesso aos serviços de saúde é um conceito complexo e conceituado por diferentes autores, que de uma maneira geral, pode ser definido como a facilidade ou não, dos indivíduos usufruírem dos serviços oferecidos por um sistema. Devido a complexidade do acesso e a dificuldade em conhecer seu conceito, muitos são os empecilhos para colocá-lo em prática, de forma a garantir um acesso universal e equânime para a população (Monteiro et al., 2016).

O acesso é requisito básico para se obter assistência odontológica e primordial para auxiliar na redução do risco e da prevalência de cárie dentária e suas consequências, uma vez que, é a partir dele que dentro do sistema de saúde o indivíduo poderá receber orientações de promoção e prevenção de saúde e atendimento clínico. Portanto, visto que a cárie dentária não se resume somente aos fatores biológicos e nutricionais (Verlinden et al., 2019) e o acesso não diz respeito apenas às características de oferta dos serviços, é imprescindível considerar a atuação dos determinantes sociais sobre os desfechos de saúde, sendo importante uma abordagem multidimensional fundamentada na interação destes fatores (Fisher-Owens et al., 2007).

Dentre os determinantes sociais de saúde que impactam tanto na cárie dentária, como no acesso aos serviços de saúde, os fatores socioeconômicos e geográficos se destacam. O status socioeconômico de uma família possui influência na experiência de cárie (Kramer et al., 2018), podendo afetar o nível educacional e o estilo de vida de famílias, suas condições de higiene e moradia e sobretudo, o acesso aos serviços de saúde, principalmente relacionado ao custo dos tratamentos odontológicos. Além disso, a distribuição geográfica dos recursos e da prestação dos serviços, se não ocorrer de forma descentralizada e focada nos principais problemas de uma determinada população, atua como barreira para o alcance de um acesso efetivo (Maltz & Silva, 2001; Bastos LF et al., 2019).

O desenvolvimento de ações em saúde bucal por meio das políticas públicas que garantem acesso universal aos serviços de saúde bucal e melhoram a qualidade da assistência, são de suma importância para diminuir as desigualdades relacionadas ao uso dos serviços odontológicos e garantir a equidade, como pode-se observar em alguns países (Bastos LF et al., 2019).

Nesse contexto, apesar de tentativas de melhoria, o acesso aos serviços públicos de saúde ainda é seletivo, focado e excludente (Bastos LF et al., 2019), remetendo a uma falha em garantir o acesso universal e equitativo (Bastos TF et al., 2019). Portanto, conhecer os conceitos acerca do acesso e compreender sua relação com os fatores socioeconômicos se faz relevante para a gestão, servindo como alicerce para a estruturação de novas estratégias para melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde bucal que são oferecidos à comunidade.

Por isso, os objetivos desta *scoping review* foram avaliar a disponibilidade de evidências científicas que relacionam as condições socioeconômicas com o acesso aos serviços de saúde bucal, verificar teorias que explicam esta relação e identificar lacunas existentes referentes a elas.

## 2. Metodologia

Assim como na revisão sistemática, a *scoping review* requer passos criteriosos para ser desenvolvida, portanto, este estudo seguirá o guia descrito por Peters et al., 2015.

### **Questão do estudo**

Como requisito primário para a realização desta pesquisa e desenvolvimento da *scoping review*, o primeiro passo foi formular a questão do estudo, a fim de identificar o foco principal da pesquisa, sendo: “Quais modelos teóricos estão sendo utilizados para explicar a relação da condição socioeconômica com o acesso aos serviços de saúde bucal?”.

### **Estratégia de busca**

A busca dos artigos científicos foi realizada por dois revisores independentes em três etapas. Inicialmente foi realizada uma busca limitada no PubMed/MEDLINE, fazendo a leitura dos títulos e resumos, a fim de verificar a existência de trabalhos na literatura que tratem da relação da condição socioeconômica com o acesso aos serviços de saúde bucal. A partir disso, foram definidas as palavras-chave devidamente indexadas.

Na próxima etapa foi feita a busca através das palavras-chave e seus termos *MeSH*, nas bases de dados selecionadas: Embase, Lilacs, PubMed/MEDLINE, Scielo e Web of Science, sendo que os termos de busca foram construídos especificamente para cada uma destas. A terceira busca foi realizada na base Open Grey com as mesmas palavras-chave pré-determinadas, com o intuito de identificar estudos não publicados incluindo teses, capítulos de livros e resumos de eventos científicos.

### **Seleção dos artigos**

Para a seleção dos artigos de relevância para a revisão, foram adotados critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos estudos escritos em Português, Inglês e Espanhol e publicados entre os anos de 1990 e 2020 e excluídos aqueles publicados em quaisquer outros idiomas, que não se enquadraram no período definido ou que não estabeleceram a relação entre condição socioeconômica e acesso aos serviços de saúde bucal.

### **Tabela de dados**

Os estudos selecionados por cada um dos revisores foram comparados para identificar a ocorrência de discrepâncias. Quando ocorreram, houve uma discussão para chegar a um consenso de qual manuscrito deveria ser incluído definitivamente baseado nos critérios de inclusão e na questão do estudo.

A partir disso, todos os manuscritos foram lidos na íntegra e um quadro foi construído com o objetivo de registrar as características dos estudos incluídos e informações relevantes para a revisão. Neste quadro estão contidas as seguintes informações: nomes dos autores, ano de publicação do manuscrito, país de origem, objetivo do estudo, população de estudo e amostra (se aplicável), metodologia, tipo de intervenção e comparação (se aplicável), conceito, duração da intervenção (se aplicável), método de mensuração dos desfechos e achados que tem relação com a pergunta da atual revisão.

### **Apresentação dos resultados**

Os resultados foram descritos em ordem cronológica e contém o país de origem e o método de pesquisa de cada manuscrito, ressaltando os conceitos e teorias adotados em cada um e os resultados relacionados com a pergunta desta *scoping review*.

### **Análise dos resultados**

Foi realizada uma análise da teoria presente em cada estudo, sendo que esta esteve de acordo com a questão desta revisão. Desta forma, foram verificados eventos como a menção direta teoria, o conceito no qual ela está inserida e como ela é aplicada no objetivo e nas demais variáveis do estudo. Essas informações foram extraídas e os artigos foram distribuídos em

seis categorias pré-definidas, observadas no estudo de Singh et al., 2015: “menção direta da teoria”, quando o autor declara a teoria que está sendo usada no seu manuscrito, ela está presente em todo o texto do artigo e é testada diretamente; “presença de algumas bases conceituais”, o autor declara o uso da teoria, ela está presente em todo o texto do artigo, mas não testa nenhuma hipótese; “construção teórica”, onde o autor construiu uma teoria baseada em outra pré-existente e somente testa a sua nova teoria; “uso indireto”, nesse caso, o estudo não menciona o uso explícito da teoria, ela não é encontrada em nenhuma parte do texto, mas direciona sua discussão para uma teoria social; “*post-hoc*”, onde o autor faz o uso retrospectivo da teoria, para explicar os resultados ou estimular uma discussão e; “nenhuma teoria”, nessa classificação, o autor não faz o uso de nenhum tipo de base teórica. Artigos que avaliam mais de uma teoria foram classificados de acordo com aquela que apresenta o maior uso durante o texto e as análises.

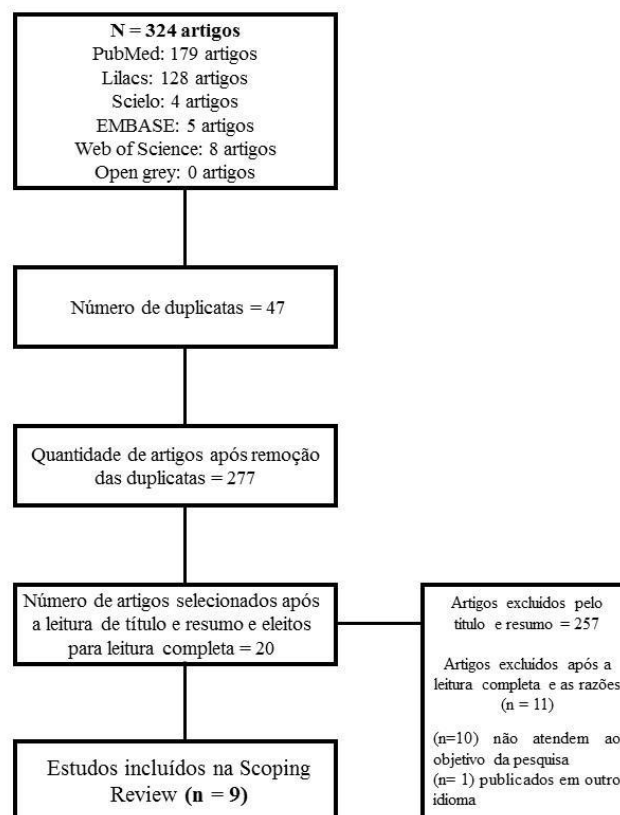
A partir de cada teoria foram verificados os desfechos: influência negativa das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal e falta influência da situação socioeconômica sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.

### 3. Resultados

#### Resultados da busca dos artigos

Com base na estratégia de busca elaborada para o estudo, foram identificados os títulos potencialmente relevantes dentre as bases de dados selecionadas, como exemplificado no Fluxograma 1.

**Fluxograma 1.** Resultados da seleção dos artigos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

#### Síntese das características encontradas nos estudos

A maioria dos estudos examinou as barreiras e facilitadores à utilização de serviços de saúde bucal, sendo a

desigualdade socioeconômica definida como fator predisponente de grande relevância ao acesso em saúde (Onyejaka et al., 2016; Verma et al., 2012; Locker et al., 2011; Lupi-Pegurier et al., 2011; Kim et al., 2017; Baldani et al., 2011; Thompson et al., 2014). Apenas dois apresentavam objetivos diferentes, Bastos et al., 2019 avaliou a desigualdade de renda nas práticas de higiene, nas condições bucais e no uso de serviços odontológicos, enquanto Wamala et al., 2006 focou especificamente nos efeitos da desvantagem socioeconômica no acesso a serviços odontológicos e na saúde bucal.

Cinco estudos abordaram países desenvolvidos, com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) sendo Suécia (Wamala et al., 2006), Canadá (Locker et al., 2011; Thompson et al., 2014), Coreia do Sul (Kim et al., 2017) e França (Lupi-Pegurier et al., 2011). Dois pertencem ao Brasil (Bastos et al., 2019; Baldani et al., 2011) e os outros dois, a Nigéria (Onyejaka et al., 2016) e Índia (Verma et al., 2012). Sendo que as unidades geográficas variaram em nível municipal e nacional.

Os estudos selecionados abrangeram diferentes grupos populacionais com idades variando de zero a mais de 60 anos. Todos os selecionados foram estudos transversais, com dois destes realizando uma análise multinível (Lupi-Pegurier et al., 2011; Wamala et al., 2006), enquanto os demais avaliam as variáveis através de correlações. Os dados foram obtidos através de questionários em cinco estudos (Onyejaka et al., 2016; Verma et al., 2012; Baldani et al., 2011; Thompson et al., 2014; Locker et al., 2011), nos quais apenas um foi realizado via telefone (Locker et al., 2011). Além disso, quatro estudos utilizaram dados provenientes de outros levantamentos de saúde (Bastos et al., 2019; Lupi-Pegurier et al., 2011; Wamala et al., 2006; Kim et al., 2017).

### ***Teorias encontradas nos estudos***

De acordo com os conceitos de acesso à saúde, oito estudos traziam a teoria de Andersen (1995). Os fatores predisponentes incluíam características sociodemográficas sendo a maioria avaliada através da idade e sexo. Os fatores facilitadores, envolviam na maioria dos estudos a renda, escolaridade, plano ou seguro e status de emprego. Por fim, a necessidade em saúde foi avaliada pelos estudos através das variáveis de necessidade em saúde propriamente dita, presença de problemas bucais, condições bucais autorreferidas e auto avaliação da saúde bucal. Apenas o estudo de Onyejaka et al., 2016 foi classificado segundo Penchansky e Thomas (1981), de acordo com os conceitos de acesso à saúde, principalmente por determinar como conceitos chave a capacidade de compra dos serviços pelos indivíduos e aceitabilidade dos serviços que são ofertados.

Após a análise da teoria presente nos artigos, três estudos mencionaram diretamente a teoria de Andersen (Baldani et al., 2011; Thompson et al., 2014; Locker et al., 2011). No entanto, enquanto os artigos de autoria de Baldani e Thompson indicam que a teoria foi testada como mediador, em Locker os objetivos e métodos não indicam claramente que a teoria foi testada como mediador. Dessa maneira, os dois primeiros títulos classificam-se como explicitamente baseado em teoria, ou seja, fazem menção direta da teoria sendo presente em todo o texto e testada diretamente. Já o terceiro, apresenta algumas bases conceituais já que o autor declara o uso da teoria, a mesma está presente em todo o texto do artigo, no entanto, não testa nenhuma hipótese. Os demais artigos selecionados são categorizados no uso da teoria construída, onde os autores construíram uma teoria baseada em outra pré-existente e somente testaram a sua nova teoria.

### ***Variáveis utilizadas e meios de avaliação do acesso aos serviços de saúde bucal.***

De maneira geral, podemos agrupar as variáveis utilizadas nos artigos em três grupos. O primeiro, corresponde a variáveis que relacionadas ao perfil socioeconômico, sendo as mais utilizadas: idade, sexo, renda, status de emprego e escolaridade. Com relação as condições bucais e a saúde bucal, as variáveis mais frequentes foram: condições bucais autorreferidas, presença de problemas bucais, necessidade em saúde e auto avaliação em saúde bucal. Já o uso dos serviços odontológicos foi avaliado, em sua maioria, pelo motivo da procura ou não procura do atendimento odontológico, o tempo da

última consulta (consulta realizada no último ano) e a respeito da forma de pagamento por esses serviços (plano ou seguro odontológico).

Todos demonstraram associação positiva da condição socioeconômica sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde bucal, exceto os estudos realizados por Verma et al., 2012 e Baldani et al., 2011 (Quadro 1).

**Quadro 1.** Resumo das características dos estudos selecionados para compor o corpo da pesquisa.

Ano	Autor(es)	Tipo de estudo	Conceito utilizado	Desfecho
2019	Bastos TF <i>et al.</i>	Transversal	Andersen	Influência negativa das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.
2017	Kim N <i>et al.</i>	Transversal	Andersen	Influência negativa das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.
2016	Onyejaka NK <i>et al.</i>	Transversal	Penchansky & Thomas	Influência negativa das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.
2014	Thompson B <i>et al.</i>	Transversal	Andersen	Influência negativa das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.
2012	Verma H <i>et al.</i>	Transversal	Andersen	Ausência de influência das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.
2011	Baldani MH <i>et al.</i>	Transversal	Andersen	Ausência de influência das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.
2011	Locker D <i>et al.</i>	Transversal	Andersen	Influência negativa das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.
2011	Lupi-Pegurier L <i>et al.</i>	Transversal	Andersen	Influência negativa das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.
2006	Wamala S <i>et al.</i>	Transversal	Andersen	Influência negativa das condições socioeconômicas sobre o acesso aos serviços de saúde bucal.

Fonte: Elaborado pelos autores.

#### 4. Discussão

O acesso aos serviços de saúde bucal representa o pleno equilíbrio entre a oferta de serviços e a potencial utilização por parte de seus usuários. Trata-se de um conceito complexo, que varia de enfoque e de denominação (acesso/acessibilidade) de acordo com o autor e tem se ampliado ao longo dos anos, tendendo a empregar o conceito baseado também nos resultados dos cuidados recebidos (Travassos & Martins, 2004). Na literatura, encontra-se algumas teorias provenientes de diferentes autores, que tentam explicar o conceito de acesso aos serviços de saúde. Dentre elas, podemos destacar a teoria segundo Donabedian (Donabedian, 1973), que utiliza o termo acessibilidade e atribui a sua falta ou não, exclusivamente, à fatores sócio-organizacionais e geográficos, excluindo os atributos individuais.

Também encontramos conceitos de acordo com Frenk (1985) e o Instituto de Medicina (IOM) dos Estados Unidos (Millman, 1993). O primeiro, utiliza do termo acessibilidade e enfoca na resistência e no poder de utilização da população, considerando que características da oferta e da população, sejam complementares. Para este autor, as necessidades e a busca pela saúde não compõem o conceito. Já, o IOM faz uso do termo acesso e estabelece que ele deve ser conceituado como o uso, no momento adequado, de serviços/tecnologias de reconhecida eficácia, para obtenção do melhor resultado possível. Além



desses, também temos os conceitos segundo Andersen e Penchansky & Thomas, que serão abordados em breve.

Como descrito nos resultados, nota-se que a teoria de acesso aos serviços de saúde mais utilizada nos estudos que a associam com fatores socioeconômicos, é aquela desenvolvida por Andersen (1995). O grande destaque e o maior uso dessa teoria, se dá principalmente pela variável representada pela necessidade em saúde, autopercebida ou diagnosticada. Ela, influencia na busca dos indivíduos por cuidados em saúde e garante a representação do usuário potencial do serviço, que por sua vez, pode ou não ser oferecido adequadamente (Baldani et al., 2011).

No Brasil, segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, cerca de 10,15% da população entre adolescentes, adultos e idosos, nunca visitaram o dentista, o que representa mais de 20 milhões de pessoas. Além disso, 33,79% dessa população declararam estar satisfeitos com sua saúde bucal e 24,69% mostraram-se insatisfeitos ou muito insatisfeitos (Monteiro et al., 2016). Visto isso, leva-se em consideração que a falta de autopercepção de saúde bucal é um importante preditor de nunca ter visitado o dentista (Baldani et al., 2011).

A outra teoria encontrada nesta *scoping review* é descrita por Penchansky & Thomas (1981), que atribuem ao conceito de acesso, o grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde. Esses autores, englobam em seu modelo, cinco dimensões: disponibilidade, que está relacionada à quantidade e o tipo de serviço que é oferecido; acessibilidade, que envolve a distribuição geográfica dos serviços de acordo com os potenciais usuários; acolhimento, que diz respeito a organização do serviço para receber os usuários; capacidade de compra, que são as formas de financiamento do serviço e a capacidade dos indivíduos pagarem por eles; e aceitabilidade, entre profissionais e pacientes.

Ao considerar o acesso aos serviços de saúde bucal, deve-se levar em consideração as diferentes etapas da vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos) e como as variáveis podem se modificar conforme esta muda. Portanto, a utilização de um mesmo modelo teórico, pode apresentar diferentes desfechos de acordo com o enfoque do estudo relacionado a população de interesse.

Com a ampliação do conceito de acesso segundo Andersen (1995), no qual ele passa a empregar em seu modelo teorias de acesso efetivo e eficiente, que dependem dos fatores individuais e de fatores internos aos serviços de saúde, verificamos a necessidade em reconhecer a heterogeneidade dos motivos que implicam na dificuldade do acesso aos serviços de saúde (Travassos & Martins, 2004).

Uma das análises deste estudo foi a forma de utilização das teorias dentro de cada artigo. A maioria deles fizeram o uso da mesma teoria (Segundo Andersen), no entanto, observa-se uma diferença em sua utilização. A partir da análise qualitativa, pôde-se verificar que o uso de teoria construída, onde são detalhados os construtos, mas nem todos são analisados, foi o mais prevalente. Isso pode ser explicado pela dificuldade em testar e analisar todas as variáveis expostas pela teoria ou pela necessidade de empregar variáveis específicas na construção do estudo.

Os diferentes caminhos teóricos implicam diretamente nos desfechos, havendo uma tendência em mesclar acesso e utilização dos serviços de saúde, como pode-se observar nas teorias encontradas neste estudo. Dito isso, é importante que seja mantido em mente, a diferença entre o acesso e a utilização dos serviços de saúde, pois, embora o uso de serviços seja uma medida de acesso, não é explicado exclusivamente por ele. Acesso refere-se às características de oferta e potencial utilização por parte do indivíduo, levando em consideração sua autopercepção de saúde e outros fatores como geolocalização, transporte, renda, entre outros. Já, a utilização de serviços parte do pressuposto de que o acesso já existe e que o aparecimento de queixas de saúde, é o que gera demandas de utilização do sistema (Stopa et al., 2017). Além disso, essa mesclagem de ideias pode trazer limitações de avaliação, uma vez que serão necessárias análises multidimensionais.

Ao se constituir como uma *scoping review*, o presente estudo não pode elucidar nenhuma resposta concreta quanto a relação da condição socioeconômica com o acesso aos serviços de saúde bucal. No entanto, os achados nesses artigos sugerem que os fatores socioeconômicos, principalmente a baixa renda familiar, atuam como uma barreira, dificultando o acesso aos

serviços de saúde bucal.

Além da necessidade em saúde, fatores de risco à saúde bucal, localização geográfica, meios de transporte disponíveis, falta de políticas públicas que abrangem as necessidades populacionais e ofertas de serviços desde à atenção primária à terciária, são alguns dos fatores que podem levar à falta de acesso de saúde por parte de uma população, tendo todos como base principal, a presença da iniquidade social (Fonseca et al., 2017).

A dificuldade no acesso aos serviços odontológicos pela população de maior privação socioeconômica e a polarização de doenças bucais nesses grupos, ilustra claramente, a soberania das iniquidades sociais sobre os indivíduos (Teixeira et al., 2018). A oferta de planos exclusivamente odontológicos ou seguros sociais, surgem como medidas incoerentes para reduzir esse quadro, pois, o enfoque é quase que majoritariamente nos indivíduos com vínculo empregatício (Thompson et al, 2014).

Mesmo em países que ofertam esse tipo de serviço à população assalariada, a questão financeira representa uma barreira para a busca de atendimento odontológico. Isso pois, os seguros de saúde ou planos odontológicos não cobrem todos os procedimentos, tendo que muitas vezes, o usuário desembolsar em contrapartida, uma boa quantia para obter o tratamento necessário. Quando o indivíduo é de baixa renda, maior é a probabilidade dele se recusar a ofertar pelo serviço e dessa forma, não ter acesso ao atendimento odontológico (Thompson et al., 2014). Também, não se pode dizer que é uma medida que beneficiará a população vulnerável, uma vez que, a taxa de desemprego é alta nesta população (Miquilin et al., 2013). Dado os fatos citados anteriormente, nota-se um interesse privatista das empresas que fornecem estes serviços, sendo beneficiadas pelas medidas de austeridade que afetam o serviço público, colaborando para a permanência de modelos excludentes e desiguais (Rossi et al., 2019).

Esta *scoping review* foi realizada rigorosamente em todas as suas etapas, seguindo protocolos determinados para a elaboração deste tipo de estudo e metodologias específicas para realizar a análise dos artigos e a presença das teorias. No entanto, apresenta uma limitação referente à quantidade de estudos que abordam o impacto da condição socioeconômica sobre o acesso à serviços de saúde bucal.

## 5. Considerações Finais

Desta forma, concluímos que existe uma tendência de ampliação do conceito de acesso aos serviços de saúde, incorporando a ele a utilização destes serviços. Acreditamos que este não seja o caminho mais apropriado a se seguir, uma vez que, a dificuldade de acessar serviços de saúde bucal não está atrelada somente ao uso dos serviços, mas sim, à fatores individuais, contextuais e de oferta. Para isso, sugerimos que sejam reformulados ou construídos, modelos teóricos que incorporem as particularidades do acesso separadamente às características de utilização dos serviços de saúde.

Quanto à influência da condição socioeconômica no acesso ao serviço de saúde bucal, com base nos estudos incluídos nesta *scoping review*, sugere-se fortemente que a questão econômica, principalmente atrelada à renda familiar, é a principal barreira para o alcance do usuário aos serviços odontológicos. Entretanto, é necessário o desenvolvimento de novos estudos que visem analisar exclusivamente variáveis socioeconômicas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde bucal, utilizando metodologias apropriadas e variáveis de acesso que realmente se enquadrem ao seu conceito.

## Agradecimentos

Os autores agradecem a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – (Brasil) CAPES – Código de Financiamento 001.



## Referências

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10.
- Baldani, M. H., Mendes, Y. B. E., Lawder, J. A. C., Lara, A. P. I., Rodrigues, M. M. A. S., & Antunes, J. L. F. (2011). Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *Journal of Public Health Dentistry*, 71, 46-53.
- Bastos, L. F., Hugo, F. N., Hilgert, J. B., Cardozo, D. D., Bulgarelli, A. F., & dos Santos, C. M. (2019). Access to dental services and oral health-related quality of life in the context of primary health care. *Brazilian Oral Research*, 33, 1-9.
- Bastos, T. F., Medina, L. P. B., Sousa, N. F. S., Lima, M. G., Malta, D. C., & Barros, M. B. A. (2019). Income inequalities in oral health and access to dental services in the Brazilian population: National health survey, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22 (Suppl 2).
- Donabedian, A. (1973). Aspects of medical care administration. *Boston: Harvard University Press*.
- Fisher-Owens, S. A., Gansky, S. A., Platt, L. J., Weintraub, J. A., Soobader, M. J., Bramlett, M. D., et al. (2007). Influences on children's oral health: A conceptual model. *Pediatrics*, 120(3).
- Fonseca, E. P., Fonseca, S. G. O., & Meneghim, M. C. (2017) Analysis of public dental services access in Brazil. *ABCS Health Sciences*, 42(2), 85-92.
- Frenk, J. (1985). Concept and measurement of accessibility. *Salud Publica*, 27:438-453.
- Kim, N., Kim, C., & Shin, H. (2017). Inequality in unmet dental care needs among South Korean adults. *BMC Oral Health*, 17, 80-9.
- Kramer, A. C. A., Petzold, M., Hakeberg, M., & Östberg, A. L. (2018). Multiple socioeconomic factors and dental caries in Swedish children and adolescents. *Caries research*, 52(1-2), 42-50.
- Locker, D., Maggias, J., & Quiñonez, C. (2011) Income, dental insurance coverage, and financial barriers to dental care among Canadian adults. *Journal of Public Health Dentistry*, 71, 327-34.
- Lupi-Pegurier, L., Clerc-Urnes, I., Abu-Zaineh, M., Paraponaris, A., & Ventelou, B. (2011). Density of dental practitioners and access to dental care for the elderly: A multilevel analysis with a view on socio-economic inequality. *Health Policy*, 103, 160- 67.
- Maltz, M., & Silva, B. B. (2001). Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Revista de Saúde Publica*, 35(2), 170-6.
- Millman, M. (1993). Access to health care in America. *Washington DC: National Academy Press*.
- Miquilín, I. O. C., Marín-León, L., Monteiro, M. I., & Corrêa Filho, H. R. (2013). Inequalities in health services access and use among formal, informal, and unemployed workers, based on data from the Brazilian National Household Sample Survey, 2008. *Caderno de Saúde Pública*, 29(7), 1392-406.
- Monteiro, C. N., Beenackers, M. A., Goldbaum, M., Azevedo Barros, M. B., Gianini, R. J., Cesar, C. L. G., et al. (2016). Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-10.
- Onyejaka, N. K., Folayan, M. O., & Folaranmi, N. (2016). Barriers and facilitators of dental service utilization by children aged 8 to 11 years in Enugu State, Nigeria. *BMC Health Services Research*, 16, 93.
- Penchansky, D. B. A., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19, 127-40.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., BPharm, H. K., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C.B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13, 141-6.
- Rossi, T. R. A., Sobrinho, J. E. L., Chaves, S. C. L., & Martelli, P. J. L. (2019). Economic crisis, austerity and its effects on the financing of oral health and access to public and private services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(12), 4427-36.
- Singh, A., Harford, J., Watt, R. G., & Peres, M. A. (2015). The role of theories in explaining the association between social inequalities and population oral health: A scoping review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews Implementation Reports*, 13, 11.
- Stopa, S. R., Malta, D. C., Monteiro, C. N., Szwarcwald, C. L., Goldbaum, M., & Cesar, C. L. G. (2017). Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Revista de Saúde Publica*, 51(Supl 1), 3s.
- Teixeira, A. K. M., Roncalli, A. G., & Noro, L. R. A. (2018). Inequalities in dental care during the life course of young people: a cohort study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 249-58.
- Thompson, B., Cooney, P., Lawrence, H., Ravaghi, V., & Quiñonez, C. (2014). Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study. *Journal of Public Health Dentistry*, 74, 210-8.
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). A review of concepts in health services access and utilization. *Caderno de Saúde Pública*, 20(Suppl 2), 190-8.
- Verlinden, D. A., Reijneveld, S. A., Lanting, C. I., van Wouwe, J. P., & Schuller, A. A. (2019). Socio-economic inequality in oral health in childhood to young adulthood, despite full dental coverage. *European Journal of Oral Sciences*, 127(3), 248-53.
- Verma, H., Aggarwal, A. K., Rattan, V., & Mohanty, U. (2012). Access to public dental care facilities in Chandigarh. *Indian Journal of Dental Research*, 23, 121.
- Wamala, S., Merlo, J., & Boström, G. (2006). Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 1027-33.