

## Acesso ao tratamento odontológico no SUS: Revisão sistemática e metáanálise

Access to dental treatment in the SUS: Systematic review and meta-analysis

Acceso al tratamiento odontológico en el SUS: Revisión sistemática y metanálisis

Recebido: 23/04/2024 | Revisado: 03/05/2024 | Aceitado: 05/05/2024 | Publicado: 07/05/2024

**Luiza Guimarães Rafael**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4971-8548>  
Centro Universitário de Viçosa, Brasil  
E-mail: [luizaguimaraes142@gmail.com](mailto:luizaguimaraes142@gmail.com)

**Gabriele Lopes Moreira**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9020-6820>  
Centro Universitário de Viçosa, Brasil  
E-mail: [gabrielelopesm25@gmail.com](mailto:gabrielelopesm25@gmail.com)

**Renata Maria Colodette**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2976-881X>  
Centro Universitário de Viçosa, Brasil  
Email: [renatacolodette@univicosacom.br](mailto:renatacolodette@univicosacom.br)

### Resumo

**Objetivo.** Analisar, por meio de uma revisão sistemática, a prevalência do acesso aos serviços odontológicos nas Unidades Básicas de Saúde brasileiras. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática e uma metáanálise. Selecionouse estudos publicados entre janeiro de 2002 e setembro de 2023 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE (via PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Scopus. A estratégia de busca foi prevalência E acesso aos serviços de saúde E serviços de saúde bucal E brasil. (DeCS e Palavras) ou prevalence AND health services accessibility AND dental health services AND brazil. O desfecho primário foi a prevalência de acesso aos serviços de Saúde Bucal na APS com seu respectivo Intervalo de Confiança de 95%. Foi utilizado o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com uma significância de ( $p < 0,10$ ) para avaliar a heterogeneidade. **Resultados.** A prevalência agrupada de acesso aos serviços de saúde bucal entre indivíduos investigados foi de 34% (IC95%: 0,17 - 0,51). A heterogeneidade entre os estudos foi substancial, demonstrada pelo teste Q ( $p < 0,001$ ) e pela estatística I<sup>2</sup> (I<sup>2</sup> = 99,94%). **Conclusão:** O presente estudo demonstra uma prevalência de 34% de acesso aos serviços odontológicos e fatores como renda, dieta, nível de escolaridade e disponibilidade do serviço, estão fortemente ligados a obtenção de tratamentos odontológicos, tendo um impacto direto na qualidade de vida das pessoas.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde; Prevalência; Serviços de saúde bucal; Brasil.

### Abstract

**Goal.** To analyze, through a systematic review, the prevalence of access to dental services in Brazilian Basic Health Units. **Methods:** A systematic review and meta-analysis were carried out. Studies published between January 2002 and September 2023 were selected in the databases Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), MEDLINE (via PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Scopus. The search strategy was prevalence AND access to health services AND oral health services AND Brazil. (DeCS and Words) or prevalence AND health services accessibility AND dental health services AND brazil. The primary outcome was the prevalence of access to Oral Health services in PHC with its respective 95% Confidence Interval. The chi-square test ( $\chi^2$ ) was used, with a significance of ( $p < 0.10$ ) to assess heterogeneity. **Results.** The pooled prevalence of access to oral health services among individuals investigated was 34% (95%CI: 0.17 - 0.51). The heterogeneity between studies was substantial, demonstrated by the Q test ( $p < 0.001$ ) and the I<sup>2</sup> statistic (I<sup>2</sup> = 99.94%). **Conclusion:** The present study demonstrates a 34% prevalence of access to dental services and factors such as income, diet, education level and service availability are strongly linked to obtaining dental treatments, having a direct impact on people's quality of life.

**Keywords:** Access to health services; Prevalence; Oral health services; Brazil.

### Resumen

**Meta.** Analizar, a través de una revisión sistemática, la prevalencia del acceso a servicios odontológicos en Unidades Básicas de Salud brasileñas. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática y un metanálisis. Se seleccionaron estudios publicados entre enero de 2002 y septiembre de 2023 en las bases de datos Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), MEDLINE (vía PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Scopus.

La estrategia de búsqueda fue prevalencia AND acceso a servicios de salud AND servicios de salud bucal AND Brasil. (DeCS y Palabras) o prevalencia Y accesibilidad de los servicios de salud Y servicios de salud dental Y brasil. El resultado primario fue la prevalencia del acceso a los servicios de Salud Bucal en la APS con su respectivo Intervalo de Confianza del 95%. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ), con una significación de ( $p < 0,10$ ) para evaluar la heterogeneidad. Resultados. La prevalencia agrupada de acceso a servicios de salud bucal entre los individuos investigados fue del 34% (IC95%: 0,17 - 0,51). La heterogeneidad entre los estudios fue sustancial, como lo demuestran la prueba Q ( $p < 0,001$ ) y el estadístico I<sup>2</sup> (I<sup>2</sup> = 99,94%). Conclusión: El presente estudio demuestra una prevalencia del 34% de acceso a servicios odontológicos, factores como ingreso, dieta, nivel educativo y disponibilidad de servicios están fuertemente vinculados con la obtención de tratamientos odontológicos, teniendo un impacto directo en la calidad de vida humana.

**Palabras clave:** Acceso a servicios de salud; Predominio; Servicios de salud bucal; Brasil.

## 1. Introdução

Em 1990, o Brasil implementou o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei Orgânica da Saúde 8.080 (Brasil, 1990). Essa legislação estabeleceu os princípios e diretrizes fundamentais para o funcionamento do SUS, que incluem a universalidade, igualdade, integralidade, participação da comunidade e descentralização político-administrativa (Carvalho *et al.*, 2012).

No ano de 1994, com o intuito de fortalecer o SUS, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde da Família (PSF) (Brasil, 1994), que posteriormente consolidou-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2006). A intenção do MS era reestruturar a Atenção Primária à Saúde (APS) no sistema público de saúde, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população, e a equipe deveria ser composta, inicialmente, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 1994).

Por muito tempo, a área da odontologia foi negligenciada pelas políticas públicas de saúde. A demora na busca por atendimento, juntamente com a escassez de serviços odontológicos disponíveis, resultava no predomínio de extração dentária como principal opção oferecida pela rede pública. Isso perpetuava a percepção da Odontologia como uma prática mutiladora, com o cirurgião-dentista restrito à atuação clínica. O acesso dos cidadãos brasileiros aos serviços odontológicos era extremamente difícil e limitado (Brasil, 2004). Tal fato pode ser comprovado pelo resultado da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), de 1998, apontou que, até aquele ano, quase 30 milhões de brasileiros nunca tinham tido acesso à serviços odontológicos (Lourenço *et al.*, 2009).

Para reverter esse cenário, o MS incorporou, por intermédio da Portaria 1.444 de 2000, as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF. O objetivo era reorganizar o modelo de atenção odontológica, promover ações de promoção a saúde bucal - por meio de medidas individuais e coletivas - e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde bucal (Brasil, 2000). No ano seguinte, a inserção das ESB foi regulamentada pela portaria 267, de 6 de março de 2001 (Brasil, 2001).

Dados tem mostrado que após a implantação das ESB na ESF, os índices de acesso da população aos serviços odontológicos vêm melhorando, e o percentual de brasileiros que nunca tiveram acesso a consulta odontológica declinaram de 18,7% em 1998, para 15,9% em 2003, e posteriormente para 11,7% em 2008 (Brasil, 2016). E mais recentemente, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) apurou que em 2019, entre os brasileiros que não possuíam um plano de saúde, cerca de 15,3 milhões (8,4%) relatam nunca terem ido ao dentista (Minami, 2019).

Considerando que o Brasil é um país continental, estudos vem demonstrando ainda que há diferenças com relação a prevalência do acesso aos serviços de saúde bucal entre as capitais (Peres *et al.*, 2012) e as regiões brasileiras (Fagundes *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a integração da ESB na ESF permitiu suprir algumas demandas e possibilitou uma melhoria no acesso de pacientes aos serviços de saúde (Spezzia, 2022). Contudo, apesar desse avanço no quadro epidemiológico, ainda há desafios

a serem enfrentados, em termos de acesso, falta de recursos, restrição na oferta de serviço e a influência de fatores socioeconômicos e demográficos (Assis & Jesus, 2012).

Tal fato é de extrema relevância para o cenário da saúde pública brasileira, pois estudos sobre o impacto da condição de saúde oral têm mostrado que problemas bucais têm um efeito negativo na qualidade de vida das pessoas que sofrem com essas questões (Leão & Slade, 1997; Cidade; Varela, 1998; Dini et al., 2003).

Com base nessas considerações, torna-se necessário e de extrema relevância, um estudo atualizado com o objetivo de analisar de analisar por meio de uma revisão sistemática, a prevalência do acesso aos serviços de saúde bucal na atenção primária brasileira

## 2. Metodologia

Uma revisão sistemática com metanálise foi realizada para investigar a prevalência do acesso aos serviços públicos odontológicos no Brasil.

De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (Houassis, 2011), acesso é definido como: “ato de ingressar, entrada, ingresso, possibilidade de chegar, aproximação, chegada e possibilidade de alcançar algo”. Ao estabelecer uma comunicação dessa descrição aos serviços de saúde, pode ser compreendida com o cuidado e intervenção que estão acessíveis para atender os usuários de acordo com suas necessidades (Jcaho, 1993).

Esta pesquisa foi realizada seguindo as recomendações do método PRISMA (Galvão et al., 2015).

Nesta revisão foram incluídos estudos originais que relatam a prevalência e/ou incidência de acesso aos serviços de saúde bucal na população em geral, na atenção primária à saúde, englobando estudos com ESB e equipes tradicionais (onde não há ESB inseridas na ESF) no Brasil, no período de 2002 a 2023. Estudos que relataram o número de indivíduos que tiveram acesso aos serviços de saúde bucal, juntamente com o número total de pessoas investigadas também foram incluídos, e a prevalência calculada.

Foram excluídos estudos com as seguintes características: estudos com coleta de dados anterior a 2002, estudos realizados com dados secundários, estudos do tipo caso-controle e série temporal, acesso à serviços odontológicos especializados (CEO), revisão de literatura, cartas e editoriais, estudo teórico, tese, dissertação e acesso de grupos específicos.

As buscas pelos artigos foram realizadas nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) (<http://lilacs.bvsalud.org/>), MEDLINE (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>), Scientific Electronic Library Online (SciELO) (<http://www.scielo.br/>), e Scopus.

A seguinte estratégia de busca foi utilizada para LILACS, MEDLINE e Scopus: (prevalence) AND (health services accessibility) AND (dental health services) AND (brazil); e para SciELOS: (prevalência) E (acesso aos serviços de saúde) E (serviços de saúde bucal) E (brasil).

O período de busca compreendeu os anos de 2002 – data da inserção das ESB na ESF – até setembro de 2023. Os artigos selecionados foram da língua portuguesa e inglesa.

A seleção dos artigos foi realizada por duas pesquisadoras, seguindo três etapas.

Na primeira etapa, houve uma revisão dos artigos para exclusão de duplicatas.

Na segunda etapa, as duas pesquisadoras analisaram, individualmente, os títulos e os resumos dos estudos. Excluiu-se os estudos que de acordo com os critérios de exclusão estabelecidos. Em caso de discordância entre as duas pesquisadoras, uma terceira pesquisadora decidiu sobre a inclusão ou exclusão dos estudos. Havendo insuficiência de dados, o texto na íntegra foi avaliado na etapa seguinte.

Na terceira etapa, os artigos selecionados na etapa anterior foram recuperados para leitura na íntegra. Selecionou-se os estudos que contemplaram os critérios de inclusão da pesquisa.

Para a extração dos dados dos textos na íntegra foi criado um protocolo que foi executado por duas pesquisadoras. As discordâncias foram decididas por consenso entre as duas, e persistindo a discordância, uma terceira pesquisadora ajudaria na definição.

Após seleção dos artigos para compor a revisão sistemática, foram coletados e categorizados os seguintes dados: título, ano de publicação, local de estudo, ano em que os dados dos estudos foram coletados, o delineamento do estudo, amostra, fontes de dados, número de indivíduos que tiveram acesso aos serviços de saúde bucal, e conceito de acesso e método utilizado para determinar o acesso aos serviços de saúde.

Após a extração dos dados, foi realizada uma revisão dos estudos selecionados para assegurar que não houvesse repetição dos mesmos dados em mais de uma publicação. No caso de estudos que não apresentaram todas as informações necessárias na extração, os autores foram contatados ao menos duas vezes para esclarecimentos. O programa START, versão 3.0.3 BETA foi utilizada para o gerenciamento das referências.

A qualidade metodológica dos estudos selecionados foi avaliada com base nos critérios de avaliação da ferramenta Joanna Briggs Institute (Aromataris e Munn, 2020), específica para estudos de coorte e estudos transversais. Os resultados foram mensurados em porcentagem, atribuindo-se a cada item do checklist uma pontuação, da seguinte forma: 1 ponto para “SIM”, 0,5 ponto para “NÃO CLARO” e 0 para “NÃO”. Estudos de boa qualidade foram aqueles que pontuaram acima de 75% (Sousa *et al.*, 2017).

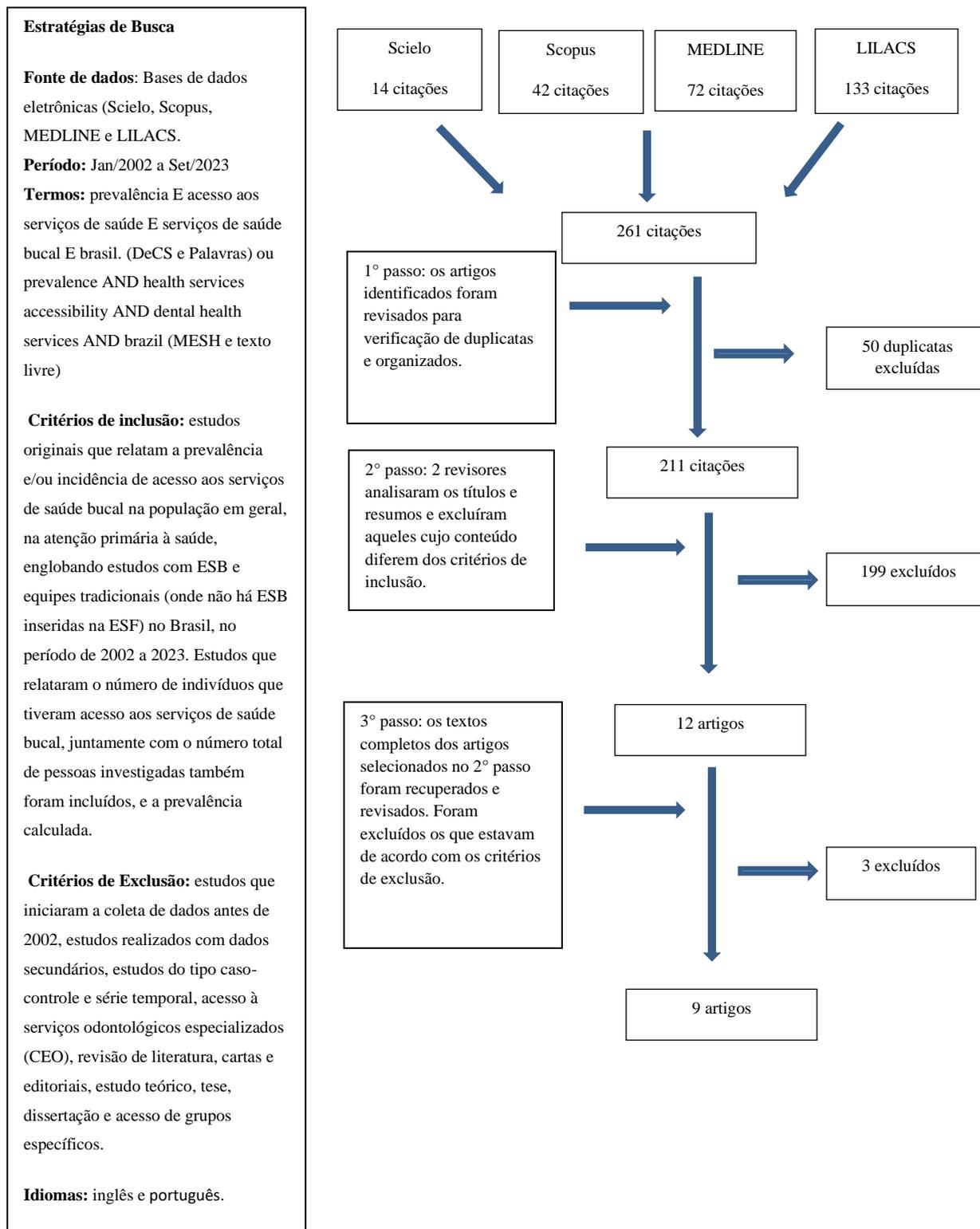
O desfecho primário foi a prevalência de acesso aos serviços de Saúde Bucal na APS com seu respectivo Intervalo de Confiança de 95%. As medidas sumárias de prevalência para a população total foram estimadas. Também foram estimadas as medidas pelos seguintes subgrupos: ano de publicação do estudo, delineamento, local da pesquisa, tamanho da amostra, qualidade dos estudos, conceito de acesso e método utilizado para determinar o acesso aos serviços de saúde.

Utilizou-se modelo de efeito randômico para realização da metanálise. A heterogeneidade foi investigada utilizando-se o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com uma significância de  $p < 0,10$ , sendo a magnitude apresentada pelo I-quadrado (I<sup>2</sup>) (Rodrigues; Ziegelmann, 2010). As análises foram realizadas utilizando o comando Metaprop do programa Stata (versão 11.0). Foi estabelecido um nível de significância de 5%. Por meio do teste de Egger (Sterne *et al.*, 2011) e inspeção visual do gráfico de funil, foram avaliada a existência do efeito de estudos pequenos (*small-study effect*).

### 3. Resultados

Na Figura 1 observa-se o processo de seleção dos estudos. Foram triados 261 artigos, sendo 50 excluídos por serem duplicatas e 199 a partir da leitura dos títulos e resumos. Na etapa seguinte foram revisados 12 artigos completos, dos quais 9 foram incluídos nesta revisão sistemática. Nenhum estudo foi incluído na análise após exame das listas de referências dos artigos revisados.

**Figura 1 - Fluxograma de Seleção do estudo.**



Fonte: Autoria própria.

Os estudos investigaram 67.389 indivíduos, e 28.440 tiveram acesso aos serviços de saúde bucal na APS. A população dos estudos variou de 139 indivíduos em Porto Alegre (Solano *et al.*; 2017) a 60.202 em um estudo de abrangência nacional – Pesquisa Nacional de Saúde (Bastos *et al.*; 2019).

Os dados para a identificação dos artigos selecionados para esta metanálise encontram-se no Quadro 1.

**Quadro 1** - Caraterização dos artigos selecionados para metanálise sobre acesso aos serviços de saúde bucal na APS no Brasil.

<b>Autor/ Ano</b>	<b>Ano da Coleta</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de estudo</b>	<b>Local</b>	<b>Amostra</b>	<b>Nº de acesso aos serviços de saúde bucal</b>	<b>Prevalência</b>
Baldani et al.; 2011	2007 e 2008	Investigar a presença de desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos por pessoas residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Ponta Grossa, Paraná, Brasil, e avaliar a situação individual determinantes a eles relacionados.	Transversal.	Ponta Grossa, PR	731	292	39,9%
Bastos et al.; 2019	2011 e 2013	Avaliar a associação entre o acesso aos cuidados de saúde bucal na APS e a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)	Transversal	Porto Alegre, RS	412	179	43,4%
Bastos et al.; 2019	2013	Avaliar a desigualdade de renda nas práticas de higiene bucal, no estado de saúde bucal e na utilização de serviços odontológicos na população adulta e idosa brasileira.	Transversal	Todo território brasileiro	60202	26672	44,3%
Freire et al.; 2020		Investigar as necessidades socioeconômicas, demográficas e de saúde que influenciam o acesso às ações de saúde bucal.	Transversal	Nordeste	609	280	46%
Madruga et al.; 2017	2008	Avaliar o acesso aos serviços de saúde bucal e fatores associados em áreas abrangidas pela Estratégia Saúde da Família	Transversal	Campina Grande, PB	716	384	53,6%
Monteiro et al.; 2016	2003	Analisar as diferenças socioeconômicas na utilização de serviços de saúde odontológica entre 2003 e 2008 em São Paulo e examinar as mudanças nessas associações desde a implementação do programa Brasil Sorridente em 2003.	Transversal	São Paulo, SP	1167	54	5,8%
Monteiro et al.; 2016	2008	Analisar as diferenças socioeconômicas na utilização de serviços de saúde odontológica entre 2003 e 2008 em São Paulo e examinar as mudanças nessas associações desde a implementação do programa Brasil Sorridente em 2003.	Transversal	Campina Grande, PB	2086	91	6,8%
Rocha et al.; 2008	2006	Avaliar os fatores associados ao acesso aos serviços de saúde bucal em Campina Grande, Paraíba, Brasil, comparando as áreas cobertas e não cobertas pelo Programa Saúde da Família	Transversal	Campina Grande, PB	827	472	57,1%
Solano et al.; 2017	2017	Analisar o acesso ao atendimento odontológico em Porto Alegre/RS, por meio da percepção do usuário dos serviços de saúde do SUS.	Transversal	Porto Alegre, RS	139	16	11,5%

Fonte: Autoria própria.

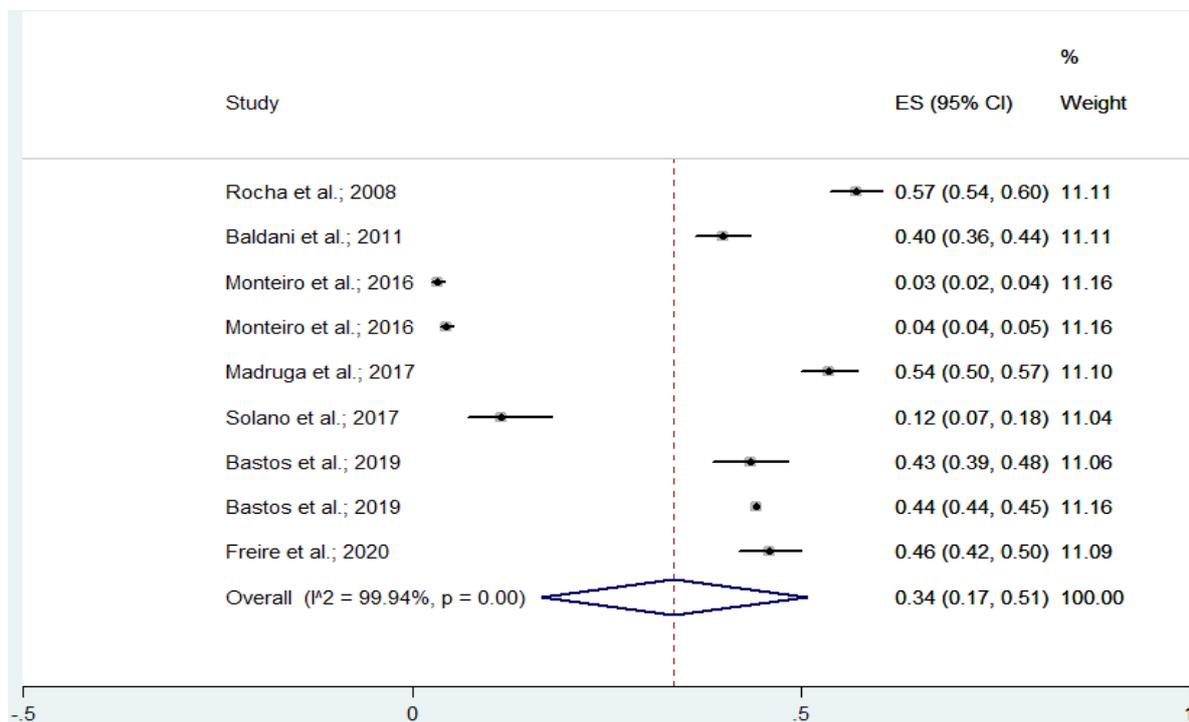
O Quadro 1, representa todos artigos utilizados no estudo, com as informações coletadas durante a pesquisa.

Em relação à população dos estudos, Rocha *et al.* (2008), Solano *et al.* (2017), e Bastos *et al.* (2019), investigaram indivíduos maiores de 18 anos. Monteiro *et al.* (2016), concentrou-se exclusivamente em adultos para a sua amostra. Baldani *et al.* (2011) e Madruga *et al.* (2017), incluíram participantes de todas as faixas etárias em sua amostra. Já Freire *et al.* (2020), incluíram em seu estudo indivíduos maiores de 06 anos.

Os estudos realizados por Rocha *et al.* (2008) e Madruga *et al.* (2017) destacaram-se por apresentar as maiores prevalências de acesso aos serviços de saúde bucal. E os realizados por Monteiro *et al.* (2016) e por Solano *et al.* (2017) apresentaram as menores prevalências de acesso.

A Figura 2 apresenta os resultados da metanálise.

**Figura 2** - Prevalência agrupada de acessos aos serviços de saúde bucal na APS do Brasil.

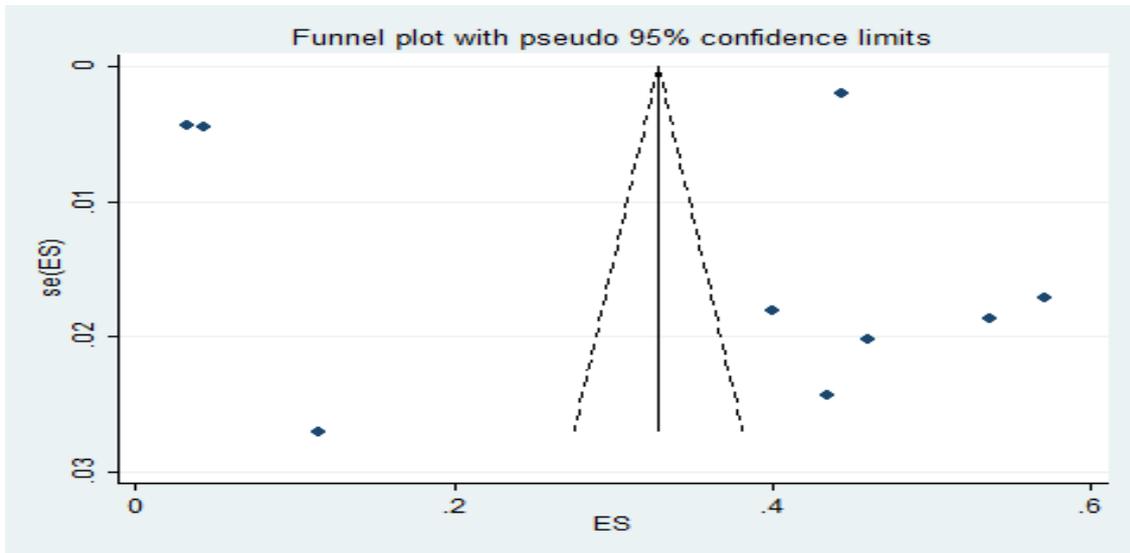


Fonte: Autoria própria.

Foi possível observar na Figura 2, que a prevalência agrupada de acesso aos serviços de saúde bucal entre indivíduos investigados foi 34% (IC95%: 0,17 - 0,51) no modelo randômico. Entre os estudos, a heterogeneidade foi substancial, demonstrada pelo teste Q ( $P < 0,001$ ) e pela estatística  $I^2$  ( $I^2 = 99,94\%$ ).

A Figura 3 vai indicar que há uma assimetria entre os estudos, sendo representada por um gráfico de funil.

**Figura 3** - Gráfico de funil: prevalência de acesso aos serviços de saúde bucal na APS do Brasil em cada estudo pelo desvio padrão dos estudos.



Fonte: Autoria própria.

A Figura 3 representa uma assimetria entre os estudos, demonstrando que a distribuição dos pontos se encontra fora do funil. Isto também foi confirmado no teste de Egger ( $p = 0,007$ ), o que pode ter acontecido devido ao fato de estudos com amostras pequenas, que provavelmente relataram baixas prevalências, não serem publicados.

#### 4. Discussão

De acordo com Solano e colaboradores (2017), a maioria dos usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) do SUS nos distritos analisados é composta por mulheres acima de 60 anos, autodeclaradas não-brancas e com ensino médio. Surpreendentemente, a maioria desses usuários relatou que a última consulta odontológica foi no sistema privado, apesar de serem usuários do SUS. Além disso, muitos desconheciam a existência de serviços odontológicos nas Unidades de Saúde que acessavam. Mesmo com esses serviços disponíveis na APS do SUS, a grande maioria buscava atendimento odontológico no setor privado quando necessário.

Nesse mesmo sentido, Freire e colaboradores (2020), também afirma em seu estudo que a maioria das pessoas que já passaram pelo dentista, utilizou serviços privados de saúde bucal ou contaram com planos de saúde. Além disso, a maior parte dos indivíduos nunca tiveram acesso a materiais educativos, aplicação de flúor, tampouco visitas da Equipe de Saúde Bucal ou dos Agentes Comunitários de Saúde para orientações de Saúde Bucal.

Por outro lado, o estudo realizado por Baldani e colaboradores (2011), ao questionar os indivíduos entrevistados por qual motivo não utilizavam os serviços públicos de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, a maioria relatou dificuldades para conseguirem vaga para atendimento, além de obstáculos com horário de funcionamento. A maior demanda de serviços odontológicos foi encontrada em grupos de pré escolares, com quase três vezes mais consultas que adultos e idosos. Essa "priorização" de grupos populacionais restritos remete à uma prática histórica no contexto do serviço público odontológico (Santiago; Werneck; Ferreira, 2009), com modelos assistências que priorizavam o tratamento de escolares (Nickel; Lima; Silva, 2008).

No estudo de Madruga e colaboradores (2017), a pesquisa envolveu 759 participantes, em sua maioria do sexo feminino (79,7%), com idades variando de 6 a 89 anos e uma média de 35 e 45 anos. A maioria apresentava baixa escolaridade e pertencia a famílias de baixa renda, dos quais 37,7% tinham renda individual de até 1 salário mínimo. Muitos participantes

expressaram insatisfação com a saúde bucal e a aparência dos dentes, sendo que 80% afirmaram ter experienciado dor de dente em algum momento de suas vidas. Ainda que a maioria tenha buscado recentemente serviços odontológicos bem avaliados, aproximadamente 6,3% nunca haviam visitado um dentista e 31,9% não tinham consultado nos últimos três anos. Além disso, um estudo feito por Bastos e colabores (2019), cerca de 56,6% de indivíduos relataram não terem sido atendidos no mesmo dia em que visitaram sua Unidade de Saúde para questões bucais.

Em um outro estudo, mulheres residentes em áreas urbanas, que não são beneficiárias de programas sociais, possuem renda familiar superior a 1 salário mínimo e têm mais de 7 anos de estudo, utilizaram mais frequentemente os serviços de saúde bucal da atenção básica. A extração dentária foi realizada em aproximadamente 31,96% dos pacientes, e esse procedimento esteve relacionado ao gênero masculino, ser beneficiário de programas sociais, ter mais de 35 anos e possuir até 7 anos de estudo. Além disso, receber auxílio social, ter mais de 35 anos e menor grau de escolaridade foram fatores independentemente associados à realização da exodontia (Soares *et al.*, 2013).

Foi examinada a abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em uma área específica, juntamente com as informações demográficas, socioeconômicas e de saúde bucal dos participantes. A maioria dos participantes residia em uma região desprovida de cobertura da ESF, mas tinham acesso a alguma unidade de saúde vinculada ao SUS. A amostra era predominantemente composta por indivíduos de baixa renda, com níveis educacionais reduzidos e a maioria possuía residência própria. Em relação à saúde bucal, mais da metade dos participantes mencionaram enfrentar problemas dentários e estavam insatisfeitos com a estética dos seus dentes. Ademais, a maioria enfrentava dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal públicos, optando por recorrer a consultas com dentistas particulares ou através de planos de saúde (Rocha *et al.*, 2008).

Outrossim, fatores como, dieta, desigualdades sociais, e disponibilidade de tratamento, estão fortemente ligadas ao acesso a serviços odontológicos e podem ser observadas ao realizar o exame clínico nos pacientes. A ida às consultas odontológicas por adultos e idosos, acontecem na medida que a renda aumenta, em busca de limpezas e revisões, diminuindo assim a busca por extrações (Bastos *et al.*, 2019).

Já o estudo conduzido por Junqueira e colaboradores (2012), apresenta a situação da saúde bucal em 2007, na cidade de São Paulo. O foco foi na análise da distribuição das demandas de saúde e dos recursos disponíveis em diversas áreas. A pesquisa também avaliou a infraestrutura física existente, especialmente o número de unidades de saúde que ofereciam atendimento odontológico e profissionais da equipe de saúde bucal. A análise estatística apontou associações positivas entre altas necessidades de assistência odontológica e dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal, assim como índices mais elevados de cáries e necessidade de extrações dentárias. Em contrapartida, locais com menores demandas de saúde apresentaram uma maior proporção de crianças livres de cáries dentárias.

Nesse mesmo contexto, estudo realizado por Descalça e colaboradores (2020), apontou que a maioria dos serviços de saúde bucal avaliados possuíam boa disponibilidade de equipamentos odontológicos, como cadeira odontológica, cuspidora, aspiração, luz cirúrgica, entre outros. No entanto, também apontam para deficiências em equipamentos essenciais para certos procedimentos, como a falta de aparelhos de raio X odontológico e equipamentos de esterilização em alguns serviços. Além disso, os materiais odontológicos pareciam estar amplamente disponíveis, mas havia carência de alguns insumos importantes, como amálgama em cápsulas, anestesia sem vasoconstritores e medicamentos intracanaís para polpa viva e com necrose. Os dados por macrorregião mostraram variações na disponibilidade de equipamentos e insumos, com destaque para a região Sul, apresentando as medianas mais altas.

Em uma pesquisa realizada por Neves e colaboradores (2019), cerca de 69,51% dos procedimentos odontológicos realizados foram de natureza curativa, incluindo restaurações, extrações e raspagens. As regiões Sul e Sudeste se destacaram por apresentarem as maiores taxas de realização desses procedimentos, assim como as cidades com mais de 500 mil habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) superior a 0,7 e cobertura odontológica de até 4 mil habitantes. A análise

comparativa demonstrou que a prevalência na região Sudeste foi 62%, superior à região Norte. Diversos fatores relacionados ao sistema de saúde e à equipe odontológica influenciaram diretamente a realização desses procedimentos, como a presença de equipamentos específicos e o tipo de equipe de saúde bucal. Uma análise mais aprofundada revelou que o atendimento, a continuidade do cuidado e a composição da equipe de saúde bucal estiveram associados a um maior número de procedimentos realizados. Esses dados demonstram que um dos objetivos da inserção Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), realizada pelo Ministério da Saúde (MS) através do decreto número 1.444, em 28 de dezembro de 2000 (Brasil, 2000), que era justamente contemplar serviços odontológicos para além da recuperação da saúde bucal, como a promoção e a prevenção da saúde (Lima et al., 2006) não foi alcançado.

Monteiro e colaboradores (2016), apontaram para um aumento na utilização de serviços odontológicos entre 2003 e 2008, incluindo todos os grupos socioeconômicos, porém as desigualdades na utilização persistiram. O financiamento dos serviços esteve relacionado ao padrão socioeconômico, com os grupos de menor renda mais atendidos pelo setor público. Houve uma diminuição significativa das dificuldades financeiras como motivo principal para não buscar atendimento odontológico nos grupos de menor renda. Por outro lado, a percepção de que os cuidados odontológicos não eram necessários, foi mais comum entre entrevistados de renda mais alta em ambos os anos.

Por fim, o resultado da metanálise dos artigos selecionados, que apontou a prevalência agrupada de acesso aos serviços de saúde bucal entre indivíduos investigados de apenas 34% (IC95%: 0,17 a 0,51) no modelo randômico, se contrapõe de modo preocupante, anos depois, aos objetivos da criação e inclusão de ESB na ESF, que visava prioritariamente ampliar o acesso da população brasileira aos serviços de saúde bucal e melhorar seus indicadores epidemiológicos (Farias & Sampaio, 2011; Baldani *et al.*, 2005).

## 5. Conclusão

De acordo com a revisão de literatura realizada, foi observada uma prevalência de 34% de acesso aos serviços públicos odontológicos. Além disso, fatores como renda, dieta, nível de escolaridade, idade, auto percepção da saúde bucal, condições demográficas e disponibilidade do serviço, contribuem com a dificuldade do acesso aos tratamentos de saúde bucal, impactando diretamente na qualidade de vida dos indivíduos. Dessa forma, é importante que haja políticas públicas e iniciativas privadas que levem em consideração essas variáveis para garantir um acesso equitativo e eficaz aos serviços de saúde bucal. Além disso, a conscientização e a educação sobre a importância da saúde bucal também desempenham um papel crucial.

## Referências

- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
- Assis, M. M. A., & Jesus, W. L. A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(3), 815-823.
- Baldani, M. H., et al. (2005). A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1026-1035.
- Baldani, M. H., et al. (2011). Desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos: estudo transversal em área de abrangência da Estratégia Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 272-283.
- Bastos, et al. (2019). Acesso a serviços odontológicos e qualidade de vida relacionada à saúde bucal no contexto da atenção primária à saúde. *Brazilian Oral Research*, 33.
- Bastos, et al. (2019). Desigualdades de renda na saúde bucal e no acesso aos serviços odontológicos na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 22. <https://www.scielo.br/rbepid/a/YgK6nFkY4XhZSGHqp7RCGQw/?lang=en>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1990). Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p.18055. Brasília (DF).

Brasil. Ministério da Saúde. (1994). *Programa Saúde da Família*. Brasília: COSAC.

Brasil. Ministério da Saúde. (2000). Portaria n° 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, n. 250-E, p.85.

Brasil. Ministério da Saúde. (2001). Portaria n°267, de 6 de março de 2001. Define as diretrizes e normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. *Diário Oficial da União*, n. 46-E, p.67-68.

Brasil. Ministério da Saúde. (2004). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília (DF). [https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes\\_da\\_politica\\_nacional\\_de\\_saude\\_bucal.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnsb/arquivos/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Portaria n° 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, 143(61), 71-76.

Brasil. Ministério da Saúde. *Departamento de Informática do SUS*. (2016). Indicadores de cobertura, 2016. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/f2102.def>.

Carvalho, J. de N., et al. (2012). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil: *Sistema de Saúde Brasileira: história e configuração atual* (2nd ed.). Rio de Janeiro, Fiocruz.

Descalça et al.(2020) Características estruturais dos serviços de saúde bucal na Atenção Primária Brasileira Assistência médica. *Brazilian Oral Research* v.35. <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/8536.pdf>.

Dini, E. L., McGrath, C., & Bedi, R. (2003). An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 20(1), 40-4.

Fagundes, et al. (2021). Socioeconomic inequalities in the use of dental services in Brazil: an analysis of the 2019 National Health Survey. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 24, e210004.

Farias, M. R., & Sampaio, J. J. C. (2011). Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 59(1), 109–115.

Freire et al. (2020) realizaram um estudo sobre o acesso às ações de saúde bucal segundo determinantes sociais e individuais. O artigo foi publicado na revista *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada* e está disponível em: <https://www.scielo.br/j/pboci/a/PHVp3yY9trKmbdtb554Rfpv/?format=pdf&lang=en>.

Galvão et al. (2015). Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação. PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–42.

Houaiss, A. (2011). *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*. Objetiva.

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. (2022). Mais de 15,3 milhões de brasileiros sem plano odontológico nunca foram ao dentista [*Comunicado de imprensa*]. <https://www.iess.org.br/press-release/mais-de-153-milhoes-de-brasileiros-sem-plano-odontologico-nunca-foram-ao-dentista>

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). (1993). *The Measurement Mandate: on the Road Performance Improvement in Health Care*. Chicago IL, *Department of Publications*.

Junqueira, et al. (2012). Saúde bucal e uso dos serviços odontológicos em função do Índice de Necessidades em Saúde: São Paulo, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(4). <https://www.scielo.br/j/csc/a/8qT6kdPM464hTjZKM8PdqjQ/?format=pdf&lang=pt>

Leão, A. T. T., Cidade, M. C., & Varela, J. R. (1998). Impactos da saúde periodontal na vida diária. *Rev Bras Odontol*, 55, 238-241.

Lima, C. M. G., Watanabe, M. G. C., & Palha, P. F. (2006). Atenção precoce à saúde bucal: tarefa da equipe de saúde da família. *Pediatria*, 28(3), 191-198.

Lourenço, E. C., Silva, A. C. B., Meneghin, M. de C., & Pereira, A. C. (2009). A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 1367-1377.

Madruga et al. (2017) Acesso aos Serviços de Saúde Bucal nas Áreas de Abrangência da Saúde da Família Strategy, Paraíba, Brazil. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 17 (1), 3006. <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/8595.pdf>

McGrath, C., & Bedi, R. (2004). A national study of the importance of oral health to life quality to inform scales of oral health related quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 813-818.

Minami, B. (2021). Texto para Discussão n° 81 – 2021. Perfil dos beneficiários de planos de saúde de assistência odontológica no Brasil: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. <https://www.iess.org.br/taxonomy/term/3136>

Monteiro, L., et al. (2016). Desigualdades socioeconômicas nos serviços de saúde odontológica em São Paulo, Brasil, 2003–2008. *Pesquisa de Serviços de Saúde BMC*, 16, 683.

Neves, et al. (2019). Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(5). <https://www.scielo.br/j/csc/a/bhf7HrChW3gg8SdkFpf793r/?format=pdf&lang=pt>

Nickel, D. A., Lima, F. G., & Silva, B. B. (2008). Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(2), 241-246.

Noronha, J. C. de, Lima, L. D. de, & Machado, C. V. (2012). Sistema Único de Saúde - SUS. In Políticas e Sistema de Saúde no Brasil: *Sistema de Saúde Brasileira: história e configuração atual* (2a ed.). Rio de Janeiro, Fiocruz.

- Peres, M. A., Iser, B. P. M., Boing, A. F., Yokota, R. T. de C., & Peres, K. G. (2012). Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cadernos de Saúde Pública*, 28, s90–s100.
- Rocha, et al. (2008). Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(12), 2871-2880.
- Rodrigues, C. L., & Ziegelman, P. K. (2010). Metanálise: um guia prático. *Revista HCPA*, 30(4), 436–447.
- Santiago, W. K., Werneck, M. A. F., & Ferreira, E. D. E. (2009). O Processo de inserção da Odontologia no PSF de Belo Horizonte/MG: um estudo qualitativo com base na visão da equipe de Coordenação de Saúde Bucal e cirurgiões dentistas do Programa Saúde da Família. *Arquivos de Odontologia*, 45(4), 211–219.
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-290.
- Soares et al. (2013). Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(6), 401–406.
- Solano, M. P., Bulgarelli, P. T., dos Santos, C. M., Mestriner, S. F., Mestriner Jr, W., Lago, L. P. de M., & Bulgarelli, A. F. (2017). Utilização de Serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária: Perspectivas dos usuários do SUS do Município do Sul do Brasil. *Revista Ciência Plural*, 3(3), 81–92.
- Sousa, F. I. M., Santos, E. J. F., Cunha, M., Ferreira, R. J., & Marques, A. A. (2017). Eficácia de consultas realizadas por enfermeiros em pessoas com artrite reumatóide: revisão sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(13), 147-156.
- Spezzia, S. (2022). A Estratégia de Saúde da Família: o papel da equipe de saúde bucal. *Cadernos UniFOA*, Volta Redonda (RJ), 17(48), 125-130.
- Sterne, J. A., Sutton, A. J., Ioannidis, J. P., Terrin, N., Jones, D. R., & Lau, J. (2011). Recommendations for examining and interpreting funnel plot asymmetry in meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*, 343, d4002.