



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Luiza Chagas Pires

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Revisão Integrativa**

Florianópolis 2020

Luiza Chagas Pires

**ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Revisão Integrativa**

Trabalho de conclusão de Residência submetido ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência.

Orientador: Prof. Dra. Renata Goulart Castro

Coorientador: Me. Pierre Guedes de Araujo

Florianópolis 2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pires, Luiza Chagas

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA :
Revisão Integrativa / Luiza Chagas Pires ; orientador,
Renata Goulart Castro, coorientador, Pierre Guedes De
Araujo, 2020.

56 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Curso de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família,
Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1.Saúde da Família. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4.
Serviços de Saúde Bucal. 5. Atenção Primária à Saúde. 6.
Assistência Odontológica. I. Castro, Renata Goulart. II. De
Araujo, Pierre Guedes. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família.
IV. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

As 9:20 horas do dia 19 de fevereiro do ano de 2020, no Auditório da Pós-Graduação, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, compareceram para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), requisito obrigatório para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família a

Residente: Luiza Chagas Pires
tendo o TCR o título: Acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica: revisão integrativa

Constituíram a Banca Examinadora as/os professoras/es abaixo assinados. Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado aprovado (aprovado ou reprovado), com nota 9,5. O acadêmico(a): () NÃO solicitou Embargo; (X) Solicitou Embargo, período máximo de 1 ano, pelo seguinte motivo:

- () declaração emitida pela Secretária de Inovação (SINOVA)
- (X) previsão de publicação em livro ou periódico
- () manifestação do (a) autor (a) ou do (a) orientador (a). Justificativa:

Eu, Denata Paulant Castro (Presidente da Banca), lavrei a presente ata que segue assinada por mim, pelos demais membros da Banca Examinadora.

Denata Paulant Castro
Nome do(a) Orientador(a)

Denata Paulant Castro
Assinatura

Pierre Mendes de Araújo
Nome do(a) Co-orientador(a)

Pierre Mendes de Araújo
Assinatura

Isisara Que Martins
Nome do(a) Examinador(a)

Isisara Que Martins
Assinatura

Daniela Demos Carcereri
Nome do(a) Examinador(a)

Daniela Demos Carcereri
Assinatura

Este trabalho é dedicado aos amigos e colegas, que me incentivaram todos os dias e ofereceram apoio nos momentos críticos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar forças para não desanimar e vencer os momentos difíceis durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais e irmã, que apesar da distância, foram minha fortaleza e meus conselheiros durante todo esse processo.

Aos meus preceptores Valeska e Carlos, que acompanharam diferentes momentos dessa trajetória e contribuíram para meu crescimento profissional. Se hoje me sinto mais segura, foi pelos ensinamentos que tive ao longo desse processo.

A professora Renata e ao Pierre, pelo suporte no pouco tempo que lhes coube, pelas correções e ensinamentos e terem desempenhado tal função com dedicação e carinho.

A Universidade Federal de Santa Catarina e professores da REMULTISF pela oportunidade de fazer o curso que tanto contribuiu para a minha formação profissional.

Aos amigos, que deram apoio e compreenderam o meu afastamento ao longo destes dois anos.

Aos meus colegas e amigos de residência, que fizeram o caminho para chegar até aqui mais leve e feliz.

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

O que me preocupa não é o grito dos maus. É o silêncio dos bons.

Martin Luther King

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo conhecer o estado atual de conhecimento acerca do acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica por meio de uma revisão integrativa da literatura. Para tal foi realizada pesquisa nas bases de dados PUBMED, LILACS e BBO, por meio de estruturação de estratégia de busca com os núcleos temáticos: “Acesso aos Serviços de Saúde”, “Sistema Único de Saúde” e “Saúde Bucal”, e análise da literatura levantada respondendo ao questionamento: Qual o estado atual de conhecimento acerca do acesso aos serviços de saúde bucal na Atenção Básica? A busca foi realizada em dezembro de 2019, seguindo os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos e gerando uma amostra final de dezesseis artigos. A partir da leitura dos artigos selecionados foram levantadas três dimensões na abordagem do acesso: Organização do serviço; Educação Permanente e continuada e Entendimento da Saúde bucal como direito. O acesso aos serviços de saúde bucal depende do equilíbrio entre oferta e demanda.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Serviços de Saúde Bucal. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: Analyze, through an integrative review, the published scientific evidence related to access of oral health services. Methodology: The PUBMED, LILACS and BBO databases were used, using the following descriptors: "Access to Health Services", "Unified Health System" and "Oral Health". The analysis of the literature surveyed answer the question: What is the current state of knowledge about access to oral health services in Primary Care? The search was carried out in December 2019, by online access to the databases, following the pre-established inclusion and exclusion criteria and generating a final sample of sixteen articles. Results: From the sixteen selected articles three major dimensions were raised in the approach to access: Service organization; Permanent and continuing education and understanding of oral health as a right. Conclusion: The access to oral health services depends on the balance between supply and demand.

Keywords: Health Services Accessibility. Dental Health Services. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica à Saúde
CD	Cirurgião Dentista
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene dental
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	RECOMENDAÇÕES DE USO	13
1.2	OBJETIVOS	13
1.2.1	Objetivo Geral	13
1.2.2	Objetivos Específicos	13
2	DESENVOLVIMENTO	14
2.1	MARCO CONCEITUAL	14
2.1.1	Atenção Primária à Saúde.....	14
2.1.2	Acesso e Acessibilidade.....	15
2.1.3	Acesso aos serviços de saúde bucal.....	17
3	MÉTODO	19
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
4.1	ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	31
4.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA	35
4.3	SAÚDE COMO DIREITO	36
5	CONCLUSÃO	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
7	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE A – Protocolo para elaboração de estratégia de busca	47

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (AB) representa a primeira forma de acesso aos serviços de saúde para a maioria da população. Acolher essa demanda nas unidades básicas de saúde (UBS) tem sido uma atividade trabalhosa e complexa (GIOVANELLA, 2012). As dificuldades de acesso nos serviços de AB são influenciadas por restrições de recursos financeiros e humanos, gerando limitações no alcance da equidade (VIACAVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2018).

É consenso que a expansão da AB via Estratégia de saúde da família (ESF) ampliou o acesso à saúde (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003), especialmente entre aqueles com menores níveis de renda e escolaridade (SENNA; COHEN, 2002). Entretanto, a dificuldade de acesso da maioria da população aos serviços ofertados continua sendo um desafio na prática odontológica. Em 1998 foi divulgada a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), onde foi constatado que 29,6 milhões de brasileiros nunca haviam ido ao dentista (VIACAVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2018). Para mudar esse quadro, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente que visa a ampliação do acesso da população às ações das equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2004).

Visando a ampliação do acesso foram propostas duas formas de inserção transversal da saúde bucal nos diferentes programas integrais de saúde: 1) por linhas de cuidado; e, 2) por condição de vida. A primeira prevê o reconhecimento de especificidades próprias da idade, podendo ser trabalhada como saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso. Já a proposta de atenção por condição de vida compreende a saúde da mulher, saúde do trabalhador, portadores de necessidades especiais, hipertensos, diabéticos, dentre outras (BRASIL, 2004). Albuquerque et al. (2014) aponta que o agendamento é um item importante neste processo.

Alguns estudos demonstram que o tempo de espera entre uma consulta e outra, o medo da consulta odontológica, bem como a percepção de baixa interferência dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida interferem no aumento da taxa de absentismo as consultas odontológicas (ASSIS; JESUS, 2012; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Sistemas Nacionais de saúde, como os do Canadá e Inglaterra, adotaram nos últimos anos o modelo chamado de acesso aberto ou avançado na APS que organiza a marcação de consultas no mesmo dia aos seus usuários (DONABEDIAN, 2003) buscando evitar longas esperas para atendimento médico, diminuir o número de faltas às consultas médicas e aumentar o número de atendimentos médicos da população (SOUZA; VILAR; ROCHA, 2008).

Na literatura científica pode-se observar estudos acerca do acesso aos serviços de saúde em relação ao trabalho médico e de enfermagem, mas pouco tem sido publicado sobre o assunto na área de saúde bucal (BRASIL, 2007; MURRAY, 2005). O objetivo do presente trabalho é realizar uma revisão integrativa com o objetivo de conhecer o estado atual de conhecimento acerca do acesso aos serviços de saúde bucal na Rede Pública do SUS.

1.1 RECOMENDAÇÕES DE USO

A revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta no campo da saúde para sintetizar as pesquisas sobre determinado assunto e assegurar prática assistencial baseada em evidências científicas.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Conhecer o estado atual de conhecimento acerca do acesso aos serviços de saúde bucal na Rede Pública do SUS.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Compreender os fatores que dificultam e potencializam o acesso à saúde bucal na Rede Pública do SUS;
- Descrever como se dá o acesso dos usuários aos serviços de assistência odontológica Rede Pública do SUS;

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 MARCO CONCEITUAL

2.1.1 Atenção Básica à Saúde

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS) em Alma-Ata organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabeleceu como meta prioritária a redução das desigualdades no acesso da população aos cuidados primários de saúde, devendo ser garantido universalmente. Concomitante a isto, no final da década de 1970, ocorreu no Brasil a expansão do movimento da Reforma Sanitária culminando na defesa de uma mudança de enfoque biológico dos problemas de saúde para uma histórico-estrutural que considerava a determinação dos aspectos socioeconômicos e políticos na distribuição desigual das doenças. Nessa abordagem, assegurou-se a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, “almejando” a democratização do acesso à saúde.

No Brasil, em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, o acesso à saúde, por meio de um Sistema Único Saúde (SUS), passou a ser um direito social (VIACAVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2018). Nesse sentido o impasse vivenciado com a concretização de um sistema universal de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Dois anos após, o SUS foi regulamentado pelas Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990). A Lei 8.080/1990 instituiu os princípios e diretrizes do SUS: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990). A Lei 8.142, entre outras providências, dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, prevendo as Conferências e os Conselhos de Saúde, ratificando a defesa da participação social proposta pela Reforma Sanitária (BRASIL, 1990; VIACAVA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2018). Foram redefinidas as responsabilidades e competências de cada nível de governo e atribuí-se aos municípios papel central na gestão do sistema local de saúde (SENNA; COHEN, 2002).

2.1.2 Acesso aos serviços de saúde

A AB é considerada a porta de entrada aos serviços de saúde e deve ser de fácil acesso à população (STARFIELD, 2006). O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional principalmente no contexto de crise econômica que se instalou na última década, demarcando a existência de barreiras aos usuários para obtenção do atendimento, filas e tempo de espera, inadequação física do serviço, distância e horário de funcionamento, tratamento recebido pelos usuários, dificuldades no atendimento a demanda espontânea, ausência de priorização de situações de risco, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas e possibilidade de agendamento prévio de consultas. Estes são descritos como elementos que dificultam o acesso e causam insatisfação dos usuários com a atenção a saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

A análise sobre acesso aos serviços de saúde pode ser vista de diferentes olhares e demonstra o nível de diversidade e complexidade do tema, considerando que: “acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde”. Seu significado varia entre autores e conjunturas, encontrando-se na literatura, tanto autores que utilizam o termo acesso e acessibilidade e seus sinônimos, como outros que fazem distinção de significados (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Starfield (2006) discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços (NORMAN; TESSER, 2015).

Neste trabalho adotamos o conceito de acesso de Donabedian (2003) que trata o acesso e acessibilidade com significados semelhantes. Dizem respeito à capacidade de obtenção de cuidados de saúde, quando necessário, de modo fácil e conveniente. Em um estudo sobre a acessibilidade dividiu-a em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. A segunda diz

respeito a todas as características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços. Na dimensão sócio-organizacional de acessibilidade, evidencia a importância da adequação dos profissionais de saúde e dos recursos tecnológicos utilizados frente às necessidades dos usuários. Assim, não basta a existência dos serviços, mas o seu uso tanto no início como na continuidade do cuidado. Ou seja, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção (DONABEDIAN, 2003).

Apesar da ampliação da rede básica de saúde ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, verificou-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento e demanda. Desta forma, mantém-se o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas, devido à limitação da assistência integral (SOUZA; VILAR; ROCHA, 2008).

Nos anos 90 no departamento de atenção primária do Kaiser Permanente (Califórnia) foi criado um modelo chamado acesso avançado como o objetivo de reduzir a lista de espera por consulta e a necessidade de contratação de mais médicos, o desafio era “Realizar o trabalho de hoje, hoje! ”. As consultas eram organizadas para o mesmo dia em que o usuário procurava o atendimento, buscando intervir para a redução do agendamento em longo prazo e diminuir o tempo de espera para a consulta médica (MURRAY, 2005).

Este sistema utilizado até os dias de hoje procura equilibrar a oferta em relação à demanda, adequando às práticas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), além de planos de contingência para circunstâncias incomuns que são apresentadas no cotidiano dos serviços de saúde (ASSIS; JESUS, 2012).

O acesso avançado parece ser o mais promissor ao conseguir equilibrar capacidade e demanda, reduzindo simultaneamente o tempo de espera. Entretanto, não é possível pretender modificar o sistema de agendamento se não há estrutura disponível para sustentá-lo. É preferível iniciar pelas pequenas mudanças e incluir a população na discussão, uma vez que a preferência orienta a demanda (STARFIELD, 2002).

Em 2004 o governo britânico determinou que a população passasse a ter seu acesso a um profissional médico da APS em no máximo 48 horas e a qualquer outro profissional da APS, geralmente uma enfermeira da equipe, em 24 horas. Embora definir acesso seja uma tarefa difícil, principalmente o que seja um alto grau de acessibilidade aos serviços, do ponto de vista dos indivíduos, um bom acesso é aquele em que o usuário consegue o cuidado quando dele necessita (NORMAN; TESSER, 2015).

2.1.3 Acesso aos serviços de saúde bucal

A compreensão dos fatores que inibem ou potencializam o acesso à saúde bucal permite o monitoramento e o gerenciamento do sistema de saúde para impulsionar mudanças comportamentais e melhores resultados das ações oferecidas pelos serviços e sistemas de saúde. No Brasil, os sistemas de informação são utilizados como fonte de dados para avaliação em saúde bucal. Entretanto, esses sistemas são frágeis no que diz respeito à qualidade da informação. Outro problema é que a avaliação em saúde bucal se concentra na avaliação da qualidade da atenção básica e dos processos de trabalho das eSB e não considera fatores externos, que são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população e a fatores demográficos. Contudo, a análise do acesso, oferta e uso de serviços de saúde necessita ser complementada com avaliações sobre a qualidade do cuidado ofertado. O que demanda a abordagem de outras dimensões do desempenho do sistema de saúde, como adequação, continuidade, aceitabilidade, efetividade, além de ciência, segurança e respeito aos direitos do paciente (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2017).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada em 1998 obteve o resultado de que quase 30 milhões de pessoas nunca tinham ido ao dentista, e a partir dela houve importante estruturação da política pública que disponibiliza os serviços de saúde bucal no país. Como destaque, a Portaria GM/MS no1444, de 28 de dezembro de 2000, instituiu a inserção das eSB na Estratégia de Saúde da Família. Logo em seguida, foi regulamentada a Portaria GM/MS no267, de 6 de março de 2001, com o objetivo de melhorar os índices epidemiológicos e ampliar o acesso da população e a utilização de serviços de saúde bucal (MIOTTO; SANTOS; FARIAS, 2016).

A Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004) tem em suas diretrizes ações e serviços para um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade a fim de construir uma prática resolutiva. Frisando que é imprescindível conhecer as pessoas de cada território, entendendo suas condições de vida e suas concepções de saúde. Os indicadores são limitados para avaliar a qualidade dos processos de implantação e existem outras metodologias para explicar os resultados de um programa. Ressalta-se as mudanças de um modelo assistencial (odontológico) no contexto político, organização de serviços, capacitação e envolvimento de equipe (PEREIRA *et al.*, 2012).

A principal variável normativa fazia a distinção de eSB – modalidade I (sem TSB), e modalidade II (com TSB) –, condicionando as transferências federais aos municípios (piso de atenção básica variável da saúde bucal). A eSB pode ser composta por um CD e um ASB (modalidade I). Acrescendo-se um TSB, a equipe passa a ser de modalidade II. No início, o incentivo federal aos municípios interessados foi limitado a uma eSB para cada duas eSF. Somente com a Portaria GM n.º 673/2003 que o financiamento foi autorizado na proporção de uma para uma considerando o teto máximo de transferência correspondente ao número de equipes de saúde da família (AGUIAR; FRAZÃO, 2016). Foram implantadas na ESF, de dezembro de 2002 a abril de 2010, 19.488 equipes de saúde bucal que atuam em 4.753 municípios, atingindo 71% de cobertura de toda a população brasileira (PEREIRA *et al.*, 2012).

Porém, em setembro de 2019, após a publicação da PNAB de 2017 (BRASIL, 2017), foi lançada a Portaria n.º 2.539 que prevê que conforme as necessidades de cada município as eSB poderão ter carga horária diferenciada, nos seguintes termos: Modalidade I-20h, onde a eSB é composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% da população adscrita para uma eSF; ou Modalidade I-30h, onde a eSB é composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% da população adscrita para uma eSF (BRASIL, 2019).

A tríade promoção, prevenção e acesso ao cuidado deve ser a base da AB/ESF. As diretrizes estruturam o acesso ao cuidado sem descuidar da prevenção/promoção, mudando na organização dos serviços da AB (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2017). A assistência odontológica tem um compromisso com o individual, sem envolver práticas de atenção à saúde bucal, abarcando práticas de saúde em outros espaços para além da boca (BOTAZZO, 1992).

Em uma pesquisa sobre a utilização de serviços de saúde no SUS, nos anos de 2003 e 2008, foi identificado que os serviços odontológicos no SUS correspondia a apenas um terço das consultas realizadas. Ou seja, mesmo com cobertura universal e ampliação dos serviços odontológicos no SUS, os serviços privados e conveniados correspondiam pela maior parte da assistência odontológica aos brasileiros (SILVA *et al.*, 2011). Em âmbito mundial e também no Brasil, a assistência odontológica é ofertada

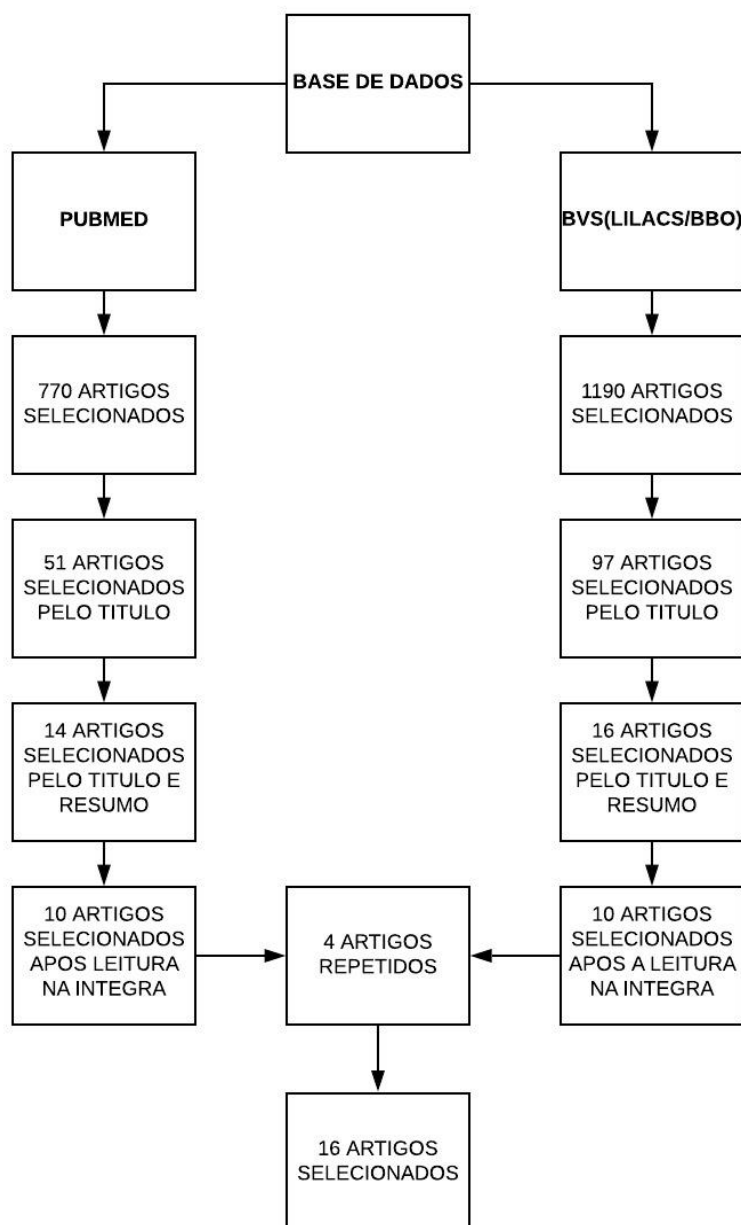
predominantemente no mercado de prestação de serviços de saúde sob os princípios do modelo liberal-privatista (CHAVES, 2012).

3 MÉTODO

Para o desenvolvimento desta revisão integrativa, foram percorridas as seis etapas inerentes ao processo: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da síntese do conhecimento. A busca por produções foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bibliografia Brasileira de Odontologia (BBO), PUBMED a partir de estratégias de busca compostas pelos descritores, contemplados no Descritores em Ciências da Saúde – DeCs, e controlados: Acesso aos Serviços de Saúde, Sistema Único de Saúde e Saúde Bucal (Apêndice A). Foram incluídos, nesta busca, os artigos que tinham como tema central o acesso aos serviços odontológicos na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro, disponíveis eletronicamente na íntegra e publicados de janeiro de 2004 a dezembro de 2019. Os critérios de exclusão foram: artigos que não tivessem o Brasil como local de estudo, àqueles publicados a partir de 2004, ano de publicação da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004), revisões ou relato de caso, e trabalhos que não foram realizados na atenção primária/Atenção Básica. Foram excluídos ainda artigos cujo objeto de estudo fosse referente a uma faixa etária ou patologia específica. A busca foi realizada em dezembro de 2019, pelo acesso on-line às bases de dados, seguindo os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Para análise dos dados, foi construído, no programa Microsoft Office Excel 2010 para Windows, uma planilha de dados contendo os itens: título do artigo, revista de publicação, autores, ano de publicação, objetivo do estudo, tipo de estudo, principais resultados e conclusão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da aplicação das estratégias de busca, inicialmente foram levantados 1960 artigos, dos quais 770 na base PUBMED e 1190 na BVS. O fluxograma da seleção do estudo para a revisão segue no quadro abaixo.



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

O processo de leitura de títulos resultou na seleção de 148 publicações, sendo 51 na PUBMED e 97 na BVS. Passou-se então para a fase da leitura dos resumos, que resultou em 30 selecionados, 14 na PUBMED e 16 na BVS. Quatro destes trabalhos encontravam-se duplicados nas bases de dados. Ao final foram selecionados 16 artigos, que após a leitura na íntegra resultaram na organização de 3 dimensões temáticas na abordagem do acesso: organização do serviço; educação permanente e continuada e entendimento da saúde bucal como direito dos cidadãos.

Na sequência do texto encontra-se o quadro sinóptico elaborado com os itens analisados (Quadro 1).

Quadro 1: Distribuição dos artigos selecionados segundo o ano, periódico, e local de publicação, autores do trabalho, título, tipo de estudo, objetivo, resultados principais, conclusão.

ARTIGO	ANO	PERIÓDICO	LOCAL	AUTOR(ES)	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS PRINCIPAIS	CONCLUSÃO
A1	2012	Revista Panamericana de Salud Pública	Municípios da bacia hidrográfica do Rio Jequitinhonha – Minas Gerais, Brasil	Andréa Clemente Palmier Danielle Alves Andrade Ana Cristina Viana Campos Mauro Henrique Nogueira Guimarães Abreu Efigênia Ferreira Ferreira	Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida	Quantitativo	Avaliar a associação entre a proporção de exodontias, os indicadores socioeconômicos e a oferta de serviços odontológicos	Desigualdade na razão entre o número de habitantes e o número de cirurgiões-dentistas contratados pelo serviço público. Quanto à distribuição das ESBs, em 75% dos municípios existia 1 eSB para cada 6.507 habitantes. Os municípios onde a proporção de exodontias foi maior possuíam maiores desigualdades na distribuição de renda e menor cobertura da ESF	Os achados sugerem que as ESBs contribuíram para os resultados favoráveis dos indicadores

A2	2012 Saúde e Sociedade	São Paulo, Brasil	Marco Antonio Manfredini; Samuel Jorge Moysés; Luiz Roberto Augusto Noro; Paulo Capel Narvai	Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI	Quantitativo	Verificar a ocorrência e eventuais implicações da entrada da SB na agenda de prioridades políticas do governo federal e o vigoroso crescimento da assistência odontológica suplementar no âmbito dos serviços odontológicos públicos e privados	O serviço público foi o mais utilizado para as idades de 18 a 36 meses (5,5%), 5 anos (16,9%) e 12 anos (32,6%). Já na faixa etária de 15 a 19 anos, os serviços privados (37,5%) superam os serviços públicos (20,7%)	Constata-se precariedade no acesso ao serviço odontológico público, com reduzida oferta de serviços a adultos e idosos
A3	2019 Brazilian Oral Research	Porto Alegre – RS, Brasil	Lucelen Fontoura Bastos Fernando Neves Hugo Juliana Balbinot Hilgert Débora Deus Cardozo Alexandre Fávero Bulgarelli Camila Mello dos Santos	Acesso a serviços odontológicos e qualidade de vida relacionada à saúde bucal no contexto da atenção primária à saúde	Quantitativo	Avaliar a associação entre o acesso aos cuidados de SB por meio da APS e QVRS	Para os fatores de comportamento em saúde, o acesso ao serviço de SB na APS foi a única variável associada ao desfecho da QVRS.	Ficou evidente que houve maior impacto na qualidade de vida quando houve falta de acesso aos serviços de SB através da APS.

A4	2012 Epidemiologia e Serviços de Saúde	Pelotas – Rio Grande do Sul, Brasil	Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet; Aluísio J. D. Barros; Maria Beatriz Junqueira de Camargo; Andreia Morales Cascaes	Avaliação das necessidades de tratamento odontológico e da capacidade produtiva da rede de atenção básica em saúde bucal no município de Pelotas, estado do Rio Grande do Sul, Brasil, 2009	Quantitativo	Estimar as necessidades de tratamento de dentes permanentes na população com 15 anos de idade ou mais, além de comparar as necessidades estimadas com o potencial produtivo da Rede de Atenção Básica em SB	Para a resolução das necessidades de tratamento, seriam necessárias ao menos 682.533 consultas clínicas, o que representa mais de 14 vezes a produção anual registrada pelo município	O município oferece assistência, não atua na prevenção das doenças bucais tornando as necessidades de tratamento extremamente elevadas e de alto custo financeiro e de sofrimento gerado pelas doenças bucais.
A5	2012 Revista Brasileira em Promoção da Saúde	Pernambuco, Brasil	Italene Barros Viana de Lima Martelli Petrônio José Fernando Castim Pimentel	Análise do acesso aos serviços odontológicos através do indicador de primeira consulta odontológica programática em Pernambuco: estudo comparativo entre os anos 2001 e 2009	Quantitativo	Analisar o acesso da população ao atendimento odontológico individual nas eSB através da análise do indicador de primeira consulta odontológica. Verificar a existência de possíveis desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, segundo a região geográfica e região administrativa.	De 2001 para 2009 houve um crescimento de 881,82% no número de ESB. Em 2001, foi identificada uma média de 10,04% indicador de primeira consulta odontológica já em 2009 foi 16,87% revelando, com isso, um aumento de 59,51%.	Os índices de acesso, assegurados constitucionalmente, são relativamente baixos e indicam a necessidade de se repensar a prática e o processo de trabalho para a construção de um sistema que centre seu objetivo maior na ampliação do acesso e nas necessidades das comunidades.

A6	2014 Epidemiologia e Serviços de Saúde	Pernambuco, Italene Barros Viana; Rafael da Silveira Moreira; Petrônio José de Lima Martelli; André Luiz Sá de Oliveira; Ive da Silva Monteiro	Avaliação da qualidade da atenção à saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, Brasil, 2014	Quantitativo	Avaliar a qualidade da assistência em SB na APS	A falta de material e a manutenção deficiente dos equipamentos são barreiras ao acesso dos usuários ao serviço e causam impacto na prestação da primeira consulta odontológica.	A organização do processo de trabalho mostrou ser fator determinante no impacto sobre alguns indicadores de uso de serviços.
A7	2011 Revista Brasileira de Ciências da Saúde	Joao Pessoa –Paráiba, Brasil –Annie Caroline Braz Vieira de Melo; Cristiane Costa Braga; Franklin Delano Soares Forte	Acessibilidade ao Serviço de Saúde Bucal na Atenção Básica: Desvelando o Absenteísmo em uma Unidade de Saúde da Família de João Pessoa-PB	Quantitativo	Elucidar as razões que motivaram o não comparecimento dos usuários às consultas odontológicas agendadas na USF, investigar fatores que influenciem este comportamento. Investigar barreiras ao acesso ao atendimento clínico	O tempo de espera pela consulta agendada foi referido como maior ou igual a um mês (61,1%) e, com relação ao motivo da consulta, a necessidade de tratamento foi o mais citado. Destacam-se entre os motivos de falta o esquecimento e a desistência.	Deve-se repensar o sistema de agendamento utilizado, a fim de evitar desistências e reduzir o tempo de espera pela consulta.

A8	2010 Ciência e saúde coletiva	Região Sul, Brasil	Deniz Faccin; Rafael Sebold; Daniela Lemos Carcereri	Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade	Qualitativo	Identificar e discutir fragilidades, potencialidades e estratégias para o aprimoramento das ações em SB, através da percepção de profissionais de saúde, na direção de um modelo que incorpore os pressupostos do processo de trabalho à luz da ESF	As eSB pesquisadas possuem população adscrita muito além do recomendado pelo MS. Em unidades com uma eSB para duas ESF, percebem-se maiores dificuldades na organização do processo de trabalho e no planejamento das ações de saúde. O excesso de população na área de abrangência afeta a organização do processo de trabalho, repercute na falta de acesso e no desgaste dos profissionais.	A partir da dificuldade de acesso, criam-se diferentes modelos de organização da demanda que priorizam determinados grupos, notadamente as crianças, e enfrentam desafios na incorporação de outras parcelas da população.
A9	2011 Revista Brasileira de Ciências da Saúde	Santa Cruz – Rio Grande do Norte, Brasil	Ricardo Dias Castro; Angelo Giuseppe Roncalli da Costa Oliveira; Iara Medeiros Araújo	Estudo da Acessibilidade Organizacional aos Serviços de Saúde Bucal de um Município de Pequeno Porte do Nordeste Brasileiro	Quantitativo	Avaliar se a população estaria com a garantia de acesso aos serviços de SB. E quais os fatores organizacionais dos serviços que poderiam estar influenciando na oferta dos serviços de SB no ano de 2006.	Os usuários relataram: dificuldade de agendamento; existência de filas; longa espera; falta de material ou equipamentos quebrados e falta de medicamentos. Longa espera para consultas de urgência; ausência de dentista; não é atendido sem marcar.	A acessibilidade aos serviços de SB desenvolvidos no município apresenta-se prejudicada, indicando a necessidade de reorganização do processo de trabalho desenvolvido.

A10	2009 Ciência e saúde coletiva	Minas Gerais, Brasil	Eloisio do Carmo LourençoI; Ana Cláudia Baladelli SilvaI; Marcelo de Castro Meneghin; Antonio Carlos Pereira	A inserção de equipes de Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais	Quantitativo e qualitativo	Buscou-se neste artigo identificar e analisar aspectos administrativos e operacionais das eSB no PSF	Em relação às visitas domiciliares executadas pelos CDs, 15,1% dos cirurgiões-dentistas nunca as realizavam por falta de tempo Em relação às ações desempenhadas pelo pessoal auxiliar (ACD e THD) nas ESB, cerca de 50% faziam visitas domiciliares e reuniões com a comunidade, 70,8% realizavam ações de prevenção e promoção de saúde,	A evolução quantitativa das eSB, possibilitando um maior acesso aos serviços de SB; Como pontos negativos, destaca-se a falta de capacitação das ESB, a demanda excessiva, a precarização das relações de trabalho com baixos salários e contratações instáveis e a falta de envolvimento entre eSB e eSF.
A11	2008 Caderno de Saúde Pública	Campina Grande - Paraíba, Brasil	Renata de Andrade Cardoso Pinto Rocha; Paulo Sávio Angeiras de Goes	Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil	Quantitativo	Identificar os fatores que interferem no acesso dos serviços de SB, comparando as áreas cobertas e não cobertas pela ESF	Dos usuários do serviço público, apenas 6,8% tiveram acesso ao dentista do PSF, enquanto que 27,7% usaram o serviço odontológico público de outros setores, como: centros de saúde, unidades básicas de saúde, faculdade de odontologia, hospital universitário.	Não existiu diferença no acesso aos serviços de SB de residentes em áreas cobertas e não cobertas pela ESF.

A12	2007	Caderno de Saúde Pública do Norte, Brasil	Rio Grande	Tatyana Maria Silva de Souza; Angelo Giuseppe Roncalli	Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial	Quantitativo e qualitativo	Avaliar a incorporação da SB no PSF, com base na análise de fatores capazes de interferir no processo de mudança dos modelos assistenciais em SB.	O município com maior proporção da população apresentou cobertura insatisfatória. Todas unidades apresentaram problemas físicos, como salas destinadas ao atendimento odontológico em condições precárias.	Os municípios que mais avançaram são aqueles que apresentam melhores condições de vida da população, o que pode ser reflexo de políticas públicas, dentre elas as de saúde, menos excludentes e mais integradas.
A13	2006	Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR	Umuarama – Paraná, Brasil	Fábio Luiz Mialhe; Clícia dos Santos Rodrigues de Oliveira; Débora Dias da Silva	Acesso e avaliação dos serviços de saúde bucal em uma localidade rural da região sul do Brasil	Quantitativo	Avaliar o acesso e a qualidade dos serviços de SB em moradores	O serviço público foi o mais procurado pela população (52%). A presença de dentes cariados cavitados e dor foram as condições que mais levaram a população a procurar o serviço odontológico (72%). Apenas uma pessoa relatou procurar o profissional para consulta de rotina/manutenção.	Concluiu-se que todas as pessoas entrevistadas tiveram acesso ao cirurgião dentista e que a principal via de acesso foi o SUS. Apesar de a maioria ter avaliado como bom o atendimento recebido, é importante atentar para o fato de que nem todos receberam informações sobre como evitar problemas de SB.

A14	2019 Ciência e saúde coletiva	Brasil	Matheus Neves; Jessye Melgarejo do Amaral Giordani; Fernando Neves Hugo	Atenção primária à Saúde Bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal	Quantitativo	Avaliar a associação entre aspectos contextuais sociodemográficos, indicadores do sistema de saúde dos municípios brasileiros e características do processo de trabalho e a realização de um rol de procedimentos odontológicos curativos pelas eSB avaliadas durante o primeiro ciclo do PMAQ-AB no Brasil.	As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores prevalências de procedimentos odontológicos curativos; em contrapartida, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores prevalências.	Está identificada a necessidade de mudança no modelo assistencial em SB. Buscar novos territórios conceituais e explorar práticas inovadoras são elementos indispensáveis, mas não suficientes para superar o paradigma hegemônico de atenção odontológica na atenção básica brasileira.
A15	2015 Caderno de Saúde Pública	Brasil	Gabriel Trevizan Corrêa; Roger Keller Celeste	Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011	Quantitativo	Descrever e analisar a associação entre a expansão de ESB/ESF por habitante e a diferença de taxas no uso de serviços odontológicos públicos nos municípios brasileiros entre 1999 e 2011.	A incorporação de eSB na ESF esteve associada a mais chances de aumentar taxas de uso de serviços.	A incorporação de eSB à ESF parece ser estratégia mais efetiva para o aumento de indicadores de utilização de serviços odontológicos.

A16	2012 Ciência e saúde coletiva	Diamantina - Minas Gerais, Brasil - Luciara Leão Viana Fonseca; Rosa Maria Quadros Nehmy; Joaquim Antônio César Mota	O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos	Qualitativo	Compreender as vivências e as expectativas de mulheres usuárias dos serviços odontológicos do SUS em relação à sua SB e a dos membros de sua família e sobre sua percepção em relação ao acesso aos dentistas dos serviços públicos.	Ainda não veem acesso a SB como direito. Identificam a escola como meio de acesso a informação e melhoria de cuidados e prevenção para seus filhos.	Conclui-se que a assistência à SB do SUS deve incorporar a dimensão estética do dente como um direito social.
-----	-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

4.1 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

A inserção das equipes de saúde bucal na ESF, proposta pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria 1.444 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000), bem como a Portaria 267 de março de 2001, que regulamentou e estabeleceu o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Primária, foram marcos para a transformação do modelo de atenção vigente no Brasil à época (BRASIL, 2001). Buscou-se a superação do modelo tradicional de atenção, centrado no alívio da dor e no trabalho exclusivamente clínico, para um modelo de vigilância à saúde que enfatiza a promoção da saúde e a prevenção das doenças (PIMENTEL, 2010). Este processo possibilitou a criação de um novo paradigma de planejamento e programação da AB e representou uma iniciativa de assistência pública, expandindo e reorganizando as atividades de saúde bucal de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (ZANETTI, 2000).

A importância da eSB nas unidades básicas de saúde para melhoria do acesso da população aos cuidados de saúde bucal foi verificada nos resultados dos estudos de A1, A5, A10 e A15. Demonstrou-se que, por essas equipes realizarem o diagnóstico da área adstrita, conseguiram realizar o planejamento das ações conforme a realidade local e, conseqüentemente, realizaram atividades considerando a equidade.

Entretanto, houve um estudo (A11) que não identificou a diferença no acesso aos serviços de saúde bucal de residentes em áreas cobertas e não cobertas pela ESF, apontando que, quando o processo de trabalho da eSB é utilizado, mesmo de maneira informal, os resultados são tão bons quanto nas equipes formais. A premissa contrária não é verdadeira. Quando se tem a adesão formal ao modelo de ESF – eSB, mas o processo de trabalho continua de maneira tradicional, centrado no alívio da dor e na prática clínica ambulatorial, as condições de acesso são piores (ROCHA; DE GOES, 2008). Fato que também apareceu em outros estudos que compararam o desempenho de indicadores de saúde bucal de áreas cobertas e não cobertas por ESF – eSB, pois mais decisivo que a adesão ao incentivo financeiro, é a decisão política do nível local em organizar o sistema de saúde tendo como fundamento a AB com território de atuação definido, com população adstrita, acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, com vínculo, corresponsabilização, e participação da comunidade. Ou seja, é possível um município adotar essas premissas sem aderir ao incentivo e obter bons resultados, mas a recíproca (aderir ao incentivo e não adotar essas diretrizes organizativas) não é

verdadeira. Por outro lado, o êxito de uma política pública está relacionado também às características dos trabalhadores que a implementam, bem como a articulação coerente entre um projeto de governo transformador, a alta capacidade de governo na condução do processo, e sua governabilidade (DE BARROS *et al.*, 2016).

A organização da atenção à saúde bucal por ciclos de vida e linhas de cuidado (BRASIL, 2006) promoveu aumento no acesso das populações prioritárias aos cuidados de saúde bucal. Na década de 50, o grupo de escolares, por ser considerado mais vulnerável, era a única parcela da população assistida. A eSB utilizando as propostas de organização de seu processo de trabalho por linhas de cuidado e/ou por ciclos de vida amplia a população assistida, entretanto, esta forma de organização parece manter as dificuldades de acesso da população adulta em algumas regiões. Esta situação é discutida no artigo A2, que aponta as dificuldades da população adulta, principal força de trabalho nas cidades, em acessar os cuidados bucais (NARVAI, 2006).

A adoção de uma organização em blocos de prioridades, apesar de ampliar o acesso de uma maneira geral, manteve dificuldades no grupo da população adulta, que devido a suas especificidades acaba recorrendo aos atendimentos de urgência, muitas vezes mutiladores e pouco resolutivos (FONSECA *et al.*, 2014). A organização do acesso aos serviços públicos de Saúde Bucal ainda necessita de propostas para o enfrentamento das situações apresentadas, buscando-se o alcance dos princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade.

O longo tempo de espera para a consulta odontológica é um outro fator levantado nos artigos A7 e A9. O aumento na demanda por atendimento de urgência e no número de consultas perdidas, tanto por esquecimento como por desistência, são apontados como consequência desta situação (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010). Porém o atendimento dos usuários por meio da livre demanda nos serviços públicos nacionais traz à tona a tradição curativista. O agendamento do usuário deve ser utilizado concomitantemente, pois auxilia a otimização do serviço, diminuindo o número de usuários na espera e evita as filas nas unidades de saúde (MOIMAZ *et al.*, 2010). Quando os usuários não são atendidos em situações de urgências, percebe-se um inapropriado processo de trabalho que desrespeita o direito do usuário (BRASIL, 2006).

Os artigos A6 e A5 utilizam o indicador “primeira consulta odontológica” para avaliação do acesso ao cirurgião-dentista no serviço público de Atenção Básica. Na literatura esta situação é apresentada como limitada pois o uso deste indicador, muitas vezes incorpora os atendimentos de urgência realizados na primeira consulta

(PIMENTEL *et al.*, 2014), e não indica a resolutividade e continuidade do tratamento. De acordo com Rojas (2014) isoladamente este indicador mede o nível de acessibilidade ao tratamento odontológico, mas não reflete o grau de resolutividade da assistência.

Os trabalhos de A8, A12, A1 e A10 demonstraram que o crescimento da população, sem aumento proporcional do número de equipes de saúde bucal acarreta demanda excessiva e esgotamento dos cirurgiões-dentistas, o que prejudica o processo de trabalho da eSB e reflete no acesso a estes serviços.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017) estabelece que “independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de AB ou ESF, devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a ESF ou Atenção Básica a qual integra”. Porém o desequilíbrio na relação equipe/habitante (1eSB para 2 eSF) promove a realização de ações curativas, e dificulta a realização de estratégias de promoção da saúde e ações preventivas de agravos bucais. São muitas as atividades a serem realizadas por um único cirurgião-dentista que é responsável por um número grande de pessoas (CARVALHO *et al.*, 2004).

Em uma pesquisa sobre a oferta e demanda por serviços públicos de saúde foi enfatizado a oferta insatisfatória de serviços de saúde bucal no Brasil e da necessidade de pelo menos uma eSB para cada eSF (RODRIGUES; ASSIS, 2005). Entretanto, não se pode afirmar que a equiparação das equipes na proporção de 1:1 garanta a cobertura de todas as atividades atribuídas às ESB/cirurgiões-dentistas nas UBS. A realização destas e a sua efetivação nos territórios envolvem muitos fatores e esta complexidade dificulta a concretização em sua plenitude. A participação comunitária, ações de promoção e vigilância em saúde, ações diretas nos territórios são atividades que apresentam dificuldades (BALDANI *et al.*, 2005).

Um modelo de atenção à saúde voltado exclusivamente ao atendimento clínico acaba por acumular enormes necessidades de tratamento (A4). A alta ocorrência de necessidades curativas pode ser explicada pela falta de acesso em saúde bucal ao qual a população foi submetida ao longo da história e pela ausência de programação das ações (ZANETTI, 2000).

O estudo A10 levanta a questão da precarização das relações de trabalho com baixos salários, contratações instáveis, e contratações de por meio de indicação. Aponta que estas práticas são arriscadas para continuidade e integralidade do cuidado já que estes profissionais estão sujeitos a instabilidade político-partidária, realidade presente

em muitos municípios brasileiros (OPAS, 2002). Em uma pesquisa realizada com CD da ESF no Ceará, foram identificadas duas questões que preocupavam os profissionais a ponto de interferir em suas práticas: padrões salariais bastante defasados e a falta de vínculo empregatício com consequente desestímulo da dedicação dos profissionais (FACÓ *et al.*, 2005). A predominância da informalidade na vinculação e contratação dos profissionais da eSB que leva a instabilidade no emprego e a práticas clientelistas também foi observada em um estudo com objetivo de discutir a inclusão da saúde bucal na ESF, em cidades de uma microrregião do sudeste do Brasil (MATTOS *et al.*, 2014).

Em relação à carga horária, 40h semanais são consideradas positivas para favorecer o vínculo entre profissional e usuário, e potencializar a responsabilidade sanitária das equipes e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2004).

As modificações introduzidas na PNAB (BRASIL, 2017) apontam para direção contrária a priorização e qualificação de trabalhadores de todos os níveis de formação que compõem as ESF, do trabalho fundamentado no território; da integração entre prevenção, atenção e promoção da saúde; da organização de processos de trabalho mais democráticos e participativos, nos quais os trabalhadores possuem papel importante no planejamento das ações, na definição e discussão das metas e prioridades das equipes; da gestão pública do trabalho e dos serviços de AB; e da regularização dos vínculos contratuais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Outro ponto a ser salientado é abordado pelos estudos A6 e A9 que relatam a falta de materiais, presença de equipamentos quebrados e a falta de medicamentos como barreiras do acesso aos serviços. Em um estudo realizado na cidade de Fortaleza, a deficiência estrutural (falta de insumos, equipamentos danificados e pouco instrumentais) foi apresentada por quase metade dos CD como sendo a terceira principal dificuldade do processo de trabalho (MENDES; BANDEIRA; TAJRA, 2015). Atenção odontológica de qualidade requer a presença de equipamentos, instrumentais e insumos mínimos e adequados. A estrutura física do ambiente de trabalho influencia diretamente a produtividade e a eficiência dos dentistas (ROLANDER *et al.*, 2013).

4.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE E CONTINUADA

Pelo lado dos usuários, o estado ou necessidade de saúde é o principal determinante de uso dos serviços. A necessidade percebida, entendida como a identificação de um problema pelo usuário é o elemento mais importante da demanda, sobrepondo-se a outras considerações de ordem demográfica e social (BARATA, 2008).

Nesse sentido toda a equipe deve estar preparada para acolher as demandas dos usuários. Os estudos A10, A8 e A5 levantam a importância do CD possuir capacidade para trabalhar a ESB. O problema apontado é a reprodução da lógica da clínica particular no serviço público, com uma concepção de prática da odontologia de mercado, prestando assistência odontológica ao usuário com patologia, desconsiderando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que tem na eSB a possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo (BRASIL, 2004).

Um estudo revelou que a integração entre a eSB e a eSF ainda é um desafio para os profissionais, predominando o modelo biomédico. O desenvolvimento conjunto de ações, que demandam maior contato e engajamento, ainda é incipiente entre as equipes. A eSB está basicamente envolvida em consultas clínicas, não havendo espaço para atuar com o território, a família e a comunidade de forma integrada com a eSF (SCHERER; SCHERER; CHAVES, 2018).

Essa questão pode estar associada a cultura histórica e socialmente estabelecida nos consultórios privados, atuando com uma lógica técnica, o que justificaria esses profissionais terem dificuldade em trabalhar em equipe e incorporarem práticas vinculadas à atenção primária, como a realização de visitas domiciliares (GIUDICE; PEZZATO; BOTAZZO, 2013).

A inserção da saúde bucal na ESF começou a partir de 2001, com o propósito de dar continuidade ao foco centrado na família, na tentativa de diminuir os índices epidemiológicos dos agravos de saúde bucal no país e ampliar o acesso para toda a população. Vencendo sua formação tradicional de saber fragmentado representa um desafio para o trabalho multiprofissional. Quando esses profissionais possuem formação continuada no contexto da saúde coletiva e da família conseguem de forma mais descomplicada atuar em equipe (PADULA; AGUIAR-DA-SILVA, 2014).

Sendo assim, qualificar os profissionais em saúde bucal para o SUS, é essencial para superar os moldes de um ensino voltado para o curativismo e individualismo em odontologia, que não se orienta pela situação epidemiológica, social, cultural e econômica da população. Vencendo a fragmentação do ensino em saúde é possível potencializar a AB como porta de entrada preferencial do serviço, que coordena o cuidado do usuário, ao longo do tempo e de forma integral (SANTOS; HUGO, 2018). A formação dos profissionais não pode ser apenas técnica, precisa estar associada ao conhecimento das necessidades dos usuários (ANTUNES; NARVAI, 2010).

4.3 SAÚDE COMO DIREITO

Apesar da importância para a atenção à saúde bucal, uma parcela significativa da população brasileira ainda possui restrições ou não conseguem acessar os serviços públicos de saúde bucal, dos artigos analisados apenas o estudo A13 relatou que os pacientes não tiveram dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal. Ficou evidente no artigo A3 que falta de acesso aos serviços de saúde bucal afeta a qualidade de vida.

O SUS colaborou com o aumento do uso de serviços de saúde, melhorando o acesso da população. A ampliação da cobertura da AB, sustentada inicialmente pelo PSF e pela subsequente ESF levou a grandes progressos na área da saúde, embora ainda existam desafios (CASTRO et al., 2019). Por muito tempo poder consultar um CD foi um fator distintivo entre classes sociais, dados a esse respeito sugerem sutil alteração na primeira década do século XXI, indicando a necessidade de superação dessas desigualdades por meio de políticas públicas apropriadas (NARVAI, 2011).

A participação popular e o controle social no setor saúde constituem-se em mais um dos princípios fundamentais para a melhoria da qualidade de vida da sociedade, e necessitam de estímulo para a sua implementação (SCHERER; SCHERER, 2016). A apropriação dos temas da saúde bucal pelos espaços do controle social é um dos desafios para a implementação dos serviços de saúde bucal no SUS (PEZZATO; L'ABBATE; BOTAZZO, 2012).

Talvez seja a saúde bucal, dentro das condições de vida da população brasileira, uma das áreas que mais traduz as desigualdades em relação ao acesso aos serviços de saúde, é necessário dominar e entender a relação da doença com as condições sociais e econômicas da população para que se possa efetivamente promover saúde bucal. Promover saúde é uma estratégia complexa que implica a compreensão da relação do homem ou das populações com seus padrões de desenvolvimento, suas relações com seu ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida (SILVA; MACHADO; FERREIRA, 2015). Porém, em 2010, o Ministério da Saúde anunciou os primeiros resultados de um inquérito populacional que teve como resultado o declínio no valor do CPO-D. O crescimento da proporção do componente “obturado”, saiu de 4,2 para 7,1 (aumento de 69%), associado a uma queda para quase a metade do componente “extraído”. Esses valores indicam que, além de apresentar menor ataque por cárie

dentária, a população adulta brasileira está conseguindo acessar cuidados terapêuticos adequados (RONCALLI; CÔRTEZ; PERES, 2011).

O SUS tem pouco mais de 30 anos, e o Brasil Sorridente é recente, portanto apesar do acesso aos cuidados odontológicos serem vistos como um direito humano e social, o assunto ainda aparece de forma discreta na agenda de governo (PARRO; GUERRERO, 2016). Ampliar o acesso, a integralidade e garantir qualidade na prestação dos serviços de saúde bucal são o caminho para a redução da desigualdade no país (PALUDETTO *et al.*, 2014). Em 2019 foram analisados os efeitos da austeridade e da crise econômica do Brasil sobre o financiamento da saúde bucal. O financiamento federal apresentou tendência crescente de 2003 a 2010 e estável de 2011 a 2018 resultado das medidas de austeridade. O indicador “primeira consulta odontológica” foi utilizado para avaliar a oferta de serviços de AB e foi gradativo no primeiro período e decrescente nos sete anos posteriores. Enquanto isso, na contramão da crise financeira pública, as empresas privadas de planos exclusivamente odontológicos expandiram o mercado de 2,6 milhões de usuários no ano 2000 para 24,3 milhões em 2018, com lucro de mais de 240 milhões de reais. A austeridade fiscal apresentou forte influência sobre a utilização de serviços públicos odontológicos no Brasil, reduzindo o acesso da população ao setor público enquanto beneficia o mercado privado. Conservando um modelo excludente e reprodutor de desigualdades sociais também na saúde bucal (ROSSI *et al.*, 2019).

O artigo A14 enfatiza importantes diferenças entre as macrorregiões nacionais, sendo as regiões Sul e Sudeste as que possuem maiores prevalências de procedimentos odontológicos reabilitadores e as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores prevalências. O estudo acredita que as desigualdades econômicas das diferentes regiões do país afetem a condição de saúde bucal da população. Como medida para redução nas desigualdades a partir de 2005 as ações voltadas para a expansão da fluoretação de água se intensificaram e priorizaram as regiões Norte e Nordeste. Assim como houve uma crescente contratação de CD na rede pública de saúde dessas regiões (ANTUNES; NARVAI, 2010). Nesse sentido, é fundamental analisar o desenvolvimento da política de saúde bucal nos municípios, compreendendo o contexto político, cultural e social de sua implementação em cada local (DE BARROS *et al.*, 2016).

5 CONCLUSÃO

Foi possível por meio da leitura dos artigos selecionados entender que o acesso aos serviços de saúde bucal na AB é influenciado pelos diferentes modelos de atenção com eSB e sem eSB e que o acesso ocorre de diferentes formas como livre demanda, agendamentos ou agendamentos com priorização de grupos. Percebe-se a importância das eSB atuar de maneira abrangente nos determinantes sociais da saúde para que de fato a situação de SB das populações seja modificada. E que mais importante do que a forma de agendamento, é o equilíbrio da relação habitantes/eSB, pois a demanda excessiva dificulta acesso da população aos serviços de saúde bucal.

A capacitação dos CD para atuarem nas eSB permite que trabalhem de forma integrada aos demais membros da ESF desde as primeiras abordagens de acolhimento e planejamento das atividades de promoção de prevenção. A eSB que trabalha numa posição fragmentada do resto da eSF fica afastado da realidade do território e consequentemente não atende as demandas da população. O entendimento da saúde bucal como direito por parte da população se reflete na falta de pautas acerca do assunto em espaços de controle social como conselhos locais de saúde e conselhos municipais de saúde.

Nesse sentido, visando à consolidação dos princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade, destaca-se a importância de propostas para enfrentar as situações apresentadas na organização do trabalho, a educação permanente contínua dos trabalhadores da eSB para ação multiprofissional e interdisciplinar e o fortalecimento da participação popular nos espaços do setor saúde para que, de fato, ocorra ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal na AB.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas bases de dados consultadas para este trabalho não foram encontrados estudos acerca do acesso avançado em saúde bucal. Deve-se refletir sobre os riscos de implementar este modelo sem avaliar as diferenças econômicas, sociais e culturais entre os países e principalmente entre processos de trabalho distintos das áreas de Medicina/Enfermagem e Odontologia, sem conhecimento dos impactos que podem ser gerados na tríade promoção, prevenção e recuperação.

7 REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, n. , p.182-194, 2014.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 11, p.2865-2875, nov. 2012.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p.815-823, 2003.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; NARVAI, Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-365, 2010.

Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde./ Roberto Nogueira (coord.) - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Opas; 2002.

BARATA, Rita Barradas. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

BENDER, Anemarie da Silveira; MOLINA, Leandro Ribeiro; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, [s. l.], ano 2010, ed. 11(2), p. 56-65, junho 2010.

BALDANI, Márcia Helena, et al. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de saúde pública**, 2005, 21: 1026-1035.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica . Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92p.

BRASIL (ED.). **Política nacional de atenção Básica**. 3a ed ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 267/GM de 06 de março de 2001. **Diário Oficial da União**, 2001

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

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 28 dez. 1990 b.

BRASIL. Portaria GM/MS no 1.444 de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 28 dez. 2000.

BRASIL. Portaria GM/MS no 2.539 de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. **Diário Oficial da União**, 26 set. 2019.

BRASIL. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**: Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília/DF: Editora MS, 2011.

Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União** 2017.

BOTAZZO, Carlos. Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. **Saúde Atual**, São Paulo, v. 1, p. 14-23, 1992.

CARVALHO, Danusa Queiroz de, et al. A dinâmica da equipe de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Bol. saúde**, 2004, 18.1: 175-184.

CASTRO, Marcia C *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019.

CHAVES, Sonia Cristina. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. **Brazilian Oral Research**, v. 26, n. supl 1, p.71-80, 2012.

DE BARROS, Sandra Garrido et al. Atenção primária e saúde bucal. **Política de saúde bucal no Brasil**, p. 173-202, 2016.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

FACÓ, Elza Filgueiras *et al.* O cirurgião-dentista e o programa saúde da família na Microrregião II, Ceará, Brasil. **Revista Brasil Promoção de Saúde**, [s. l.], v. 18, n. 2, p. 70- 77, 2005.

FONSECA, Dirce Aparecida Valerio da et al. Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 269-278, 2014.

DA FONSECA, Emílio Prado; DA FONSECA, Suelen Garcia Oliveira; DE CASTRO MENEGHIM, Marcelo. Análise do acesso aos serviços odontológicos públicos no Brasil. **ABCS Health Sciences**, v. 42, n. 2, 2017.

GIOVANELLA, Lígia et al. (Ed.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Editora Fiocruz : Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, Rio de Janeiro, 2012.

GIUDICE, Ana Claudia M. Pimenta; PEZZATO, Luciane Maria; BOTAZZO, Carlos. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 37, p. 32-42, 2013.

BRASIL. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**: Ministério da Saúde. 3. ed. Brasília/DF: Editora MS, 2011.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista Saúde Pública**, ano 2006, n. 40, p. 141-147, 23 mar. 2006.

NARVAI, Paulo Capel. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. p. 21-34, 2011.

NORMAN, Armando Henrique; TESSER, Charles Dalcanale. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p.165-179, mar. 2015.

MENDES JÚNIOR, Francisco Ivan Rodrigues; BANDEIRA, Mary Anne Medeiros; TAJRA, Fábio Solon. Percepção dos profissionais quanto à pertinência dos indicadores de saúde bucal em uma metrópole do Nordeste brasileiro. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 147-158, 2015.

MIOTTO, Maria Helena Monteiro de Barros; SANTOS, Lívia Ribeiro; FARIAS, Cynthia Moura Louzada. Absenteísmo de usuários às consultas odontológicas em uma unidade de saúde da família. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 17, n. 4, p. 121-128, 2015.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1419-1440, 2010.

MURRAY, Mark. Answers to your questions about same-day scheduling. **Family Practice Management**, v. 12, n. 3, p. 59–64, mar. 2005.

MATTOS, Grazielle Christine Maciel, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014, 19: 373-382.

PADULA, Mirella Gonçalves Caldeira; AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique. Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: the challenge of interprofessional work. **Revista de Odontologia da Unesp**, Araraquara, v. 43, n. 1, p.52-60, jan. 2014

PALUDETTO JUNIOR, Moacir; SANTOS, Leonor Maria Pacheco; PEREIRA, Marcio Florentino; PUCCA JUNIOR, Gilberto Alfredo. Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal . Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011. **Revista Divulgação em Saúde para debate**, [s. l.], ed. 51, p. 86-104, out./ 2014.

PARRO, Yêda Maria; GUERRERO, André Vinicius Pires. O Direito humano ao sorriso: uma análise do arcabouço legislativo sobre a saúde bucal. **CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO**, v. 5, n. 2, p. 108-129, 2016.

PEREIRA, Carmen Regina dos Santos et al. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.449-462, mar. 2012.

PEZZATO, Luciane Maria; L'ABBATE, Solange; BOTAZZO, Carlos. Produção de micropolíticas no processo de trabalho em saúde bucal: uma abordagem socioanalítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 7, p. 2095-2104, 1 nov. 2012.

PIMENTEL, Fernando Castim. **A atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais**. 2010. Tese de Doutorado - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, [S. l.], 2010.

PIMENTEL, Fernando Castim et al. Análise dos indicadores de saúde bucal do Estado de Pernambuco: desempenho dos municípios segundo porte populacional, população cadastrada no sistema de informação da atenção básica e proporção na estratégia saúde da família. **Cad. saúde colet.,(Rio J.)**, v. 22, n. 1, 2014.

RODRIGUES, Ana Áurea Alécio de Oliveira; ASSIS, Marluce Maria de Araújo. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas - Bahia. **Rev. baiana saúde pública**, [s. l.], n. 2, ed. 29, p. 273-285, dez 2005.

ROJAS, Gabriela Christiel Soto. **INDICADORES DE SAÚDE BUCAL EM FUNÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA: ANÁLISE BASEADA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO**. Orientador: Antonio Carlos Pereira. 2014. Dissertação de Mestrado (Faculdade de Odontologia de Piracicaba) - Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2014.

RONCALLI, Angelo Giuseppe; CÔRTEZ, Maria Ilma de Souza; PERES, Karen Glazer. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. Saúde Pública: EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL E VIGILÂNCIA**, Rio de Janeiro, ano 2012, ed. 28, p. 58-68, 29 ago. 2011.

ROSSI, Thais Regis Aranha et al. Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p.4427-4436, dez. 2019.

ROCHA, Renata de Andrade Cardoso Pinto; GOES, Paulo Sávio Angeiras de. 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**, v. 24, p. 2871-2880, 2008.

Rolander B, Jonker D, Winkel J, Sandsjö L, Balogh I, Svensson E, Ekberg K. Working conditions, health and productivity among dentists in Swedish public dental care—a prospective study during a 5-year period of rationalisation. *Ergonomics* 2013; 56(9):1376-1386

SANTOS, Nathália Maria Lopes dos; HUGO, Fernando Neves. Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 4319-4329, 2018.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; CHAVES, Sônia Cristina Lima. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, n. 2, p.233-246, out. 2018.

SCHERER, Charleni Inês; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 98, 2016.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COHEN, Mirian Miranda. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.523-535, 2002.

SILVA, Janmille Valdivino da; MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; FERREIRA, Maria Angela Fernandes. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2539-2548, Aug. 2015.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; ROCHA, Nadja de Sá Pinto Dantas. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.100-110, 2008.

STARFIELD, Barbara. **ATENÇÃO PRIMÁRIA: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasil: UNESCO Brasil, 2002.

STARFIELD, Barbara. State of the Art in Research on Equity in Health. **Journal of Health Politics, Policy and Law**, v. 31, n. 1, p. 11–32, fev. 2006.

SILVA, Zilda Pereira da et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003-2008. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 3807-3816, 2011.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.190-198, 2004.

VIACAVA, Francisco; OLIVEIRA, Ricardo Antunes Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1751-1762, jun. 2018.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **Por um caminho sustentável para universalização da atenção básica**. UnB. Brasília, 2000.

APÊNDICE A – PROTOCOLO PARA ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE BUSCA

PROTOCOLO PARA ELABORAÇÃO DE ESTRATÉGIA DE BUSCA

Os campos destacados com o asterisco (*) são de preenchimento obrigatório. Em caso de não preenchimento, o protocolo será devolvido.

1 IDENTIFICAÇÃO *

Nome: Luiza Chagas Pires

E-mail: lpieresodonto@gmail.com

Curso: Residência Multiprofissional em Saúde da Família-UFSC

Fase/Ano: R2

1.1 Questão/problema de pesquisa *

Problema: Tem se sugerido a aplicabilidade do modelo de acesso avançado para os serviços odontológicos na AB como uma quebra de paradigma. Neste sentido, contradições como a insuficiência de estudos na área são pontuadas.

A literatura científica possui diversos trabalhos (seria importante citar alguns aqui) publicados em relação as formas de acesso na Atenção Primária a Saúde (APS) na área média e de enfermagem. Entretanto, esta temática parece ainda incipiente nos estudos relacionadas à Odontologia.

Questão: Quais são as publicações científicas sobre o acesso avançado em Odontologia? Os modelos usados pela medicina podem ser aplicados para área odontológica de maneira direta, sem adaptações referentes as diferenças sobre processo de trabalho e a realidade epidemiológica dos agravos bucais?

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA (GERAL E ESPECÍFICOS)*

Objetivos Geral:

Conhecer o estado atual de conhecimento acerca do acesso e acesso avançado em Odontologia.

Objetivos específicos:

- Levantar os aspectos conceituais do acesso em Odontologia e do acesso avançado;

- Descrever como se dá o acesso dos usuários aos serviços odontológicos do Sistema Único de Saúde;
- Discutir os aspectos positivos e fatores dificultadores da aplicação direta do modelo de acesso, atualmente utilizado na APS pela área da medicina e da enfermagem, na Odontologia.

2 ESTRATÉGIA DE BUSCA

2.1 Assuntos

Identifique os **principais assuntos** de sua pesquisa e os termos que os representam, informando-os no quadro a seguir.

Junto de cada assunto informe, também, os **sinônimos**, siglas, variações ortográficas, formas no singular/plural, etc. que poderão ser utilizadas na busca.

Inclua mais linhas se houver mais de quatro assuntos. A quantidade de assuntos pode variar de acordo com a pesquisa a ser realizada.

Nas Ciências da Saúde os assuntos (descritores) e os sinônimos são consultados no DeCS (<http://decs.bvs.br>) (português e espanhol) e no MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) (inglês).

	Assunto e sinônimos em português*	Assunto e sinônimos em espanhol	Assunto e sinônimos em inglês
Assunto 1*	Acesso aos Serviços de Saúde	Accesibilidad a los Servicios de Salud	Health Services Accessibility
Assunto 2	Sistema Único de Saúde	Sistema Único de Salud	Unified Health System
Assunto 3	Saúde Bucal	Salud Bucal	Oral Health
Assunto 4			

2.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indique os critérios para seleção dos resultados de busca.

Tipo de documento (artigos, teses, dissertações, etc.)	Artigos
Área geográfica	-
Período de tempo	ÚLTIMOS 10 ANOS
Idioma	INGLÊS, PORTUGUÊS, ESPANHOL
Outros	

2.3 BASES DE DADOS

Indique as bases de dados e demais fontes de informação que deseja utilizar em sua pesquisa.

Incluir	Bases de dados
x	SCOPUS (Multidisciplinar; abrangência mundial) Acesso: via Portal de Periódicos da CAPES
x	Web of Science (Multidisciplinar; abrangência mundial) Acesso: via Portal de Periódicos da CAPES
	SciELO (Multidisciplinar; inclui principalmente revistas latino-americanas, de Portugal e da Espanha) Acesso: https://www.scielo.org
	ERIC (Educação; abrangência mundial) Acesso: via Portal de Periódicos da CAPES
x	PubMed/MEDLINE (Ciências da Saúde; abrangência mundial) Acesso: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
x	LILACS (Literatura latino-americana e do caribe em Ciências da Saúde – via BVS) Acesso: via BVS http://bvsalud.org
	BDENF (Enfermagem; abrangência América Latina) Acesso: via BVS http://bvsalud.org
x	BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia) Acesso: via BVS http://bvsalud.org
	CINAHL (Enfermagem; abrangência mundial) Acesso: via Portal de Periódicos da CAPES

	<p>COCHRANE Library (Ciências da Saúde / Medicina baseada em evidências; abrangência mundial)</p> <p>Acesso: via Portal de Periódicos da CAPES</p>
	<p>SPORTDiscus (Educação Física / Medicina Esportiva; abrangência mundial)</p> <p>Acesso: via Portal de Periódicos da CAPES</p>
Incluir	Bases de dados
	<p>IndexPsi (Psicologia; abrangência nacional)</p> <p>Acesso: via BVS http://bvsalud.org</p>
	<p>PsycINFO (Psicologia; abrangência mundial)</p> <p>Acesso: via Portal de Periódicos da CAPES</p>
	<p>Banco de Teses da Capes (Teses e dissertações do Brasil)</p> <p>Acesso: via portal da BU/UFSC http://www.bu.ufsc.br/framebases.html</p>
	<p>Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) (Teses e dissertações do Brasil)</p> <p>Acesso: via portal da BU/UFSC http://www.bu.ufsc.br/framebases.html</p>
	<p>NDLTD (Teses e dissertações de abrangência mundial)</p> <p>Acesso: http://search.ndltd.org/</p>
	<p>Open Access Theses and Dissertations - OATD (Teses e dissertações; abrangência mundial)</p> <p>Acesso: https://oatd.org/</p>
	Outras (bases de dados, repositórios, bibliotecas digitais, ferramentas de busca, etc.). Especifique:

3 RESULTADOS DA BUSCA

A partir deste ponto o preenchimento do protocolo será feito durante o atendimento com o Bibliotecário.

Assunto #1

"Health Services Accessibility"[Mesh] OR "Health Services Accessibility " OR

"Availability of Health Services" OR "Health Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services" OR

"Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR

"Contraceptive Availability" OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud " OR "Acesso aos Serviços de Saúde " OR "Acessibilidade aos Serviços de Saúde" OR "Acesso aos Cuidados de Saúde" OR

"Disponibilidade de Serviços de Saúde " O

Assunto #2

"Unified Health System " OR "Sistema Único de Salud " OR "Sistema Único de Saúde " OR "SUS" OR

"Sistema Único de Saúde (SUS) "

Assunto #3

"Oral Health"[Mesh] OR "Oral Health " OR "Dental Clinics" OR "Salud Bucal " OR "Saúde Bucal "

Assunto #4

"Comparative Study" [Publication Type] "Comparative Study " OR "Comparative Studies" OR

"Estudio Comparativo " OR "Estudo Comparativo "OR

"Clinical Study" [Publication Type] OR "Clinical Study " OR

"Estudio Clínico " OR "Estudo Clínico " OR

Assunto #5

"Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care " OR "Primary Healthcare" OR
 "Primary Care" OR
 "Atención Primaria de Salud " OR "Atenção Primária à Saúde " OR "Atendimento
 Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção
 Básica" OR
 "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Primária" OR
 "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidados
 Primários" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR
 "Cuidados de Saúde Primários" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível
 de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR
 "Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Primeiro
 Nível de Cuidados "

Base de dados de acesso restrito/pago disponível no Portal de Periódicos da CAPES
 (<http://periodicos.capes.gov.br/>). Para acessá-la, utilize a opção "Buscar base", na lateral
 esquerda

TITLE-ABS-KEY (("Health Services Accessibility " OR "Availability of Health Services"
 OR
 "Health Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health
 Services" OR
 "Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR
 "Unified Health System " OR "Sistema Único de Saúde " OR
 "SUS" OR
 "Sistema Único de Saúde (SUS)" OR "Primary Health Care " OR
 "Primary Healthcare" OR "Primary Care")
 AND
 ("Oral Health " OR "Dental Clinics"))

Quantidade de resultados: 467

TITLE-ABS-KEY (("Health Services Accessibility " OR "Availability of Health Services" OR "Health Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services" OR "Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR "Unified Health System " OR "Sistema Único de Saúde " OR "SUS" OR "Sistema Único de Saúde (SUS)" OR "Primary Health Care " OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care") AND ("Oral Health " OR "Dental Clinics")) AND (LIMIT-TO (ACCESSTYPE(OA))) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT- TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT- TO (PUBYEAR , 2010)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))

TITLE-ABS-KEY (("Health Services Accessibility " OR "Availability of Health Services" OR "Health Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services" OR "Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR "Unified Health System " OR "Sistema Único de Saúde " OR "SUS" OR "Sistema Único de Saúde (SUS)" OR "Primary Health Care " OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care") AND ("Oral Health " OR "Dental Clinics")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR , 2019) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2018) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2017) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2016) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2015) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2014)) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2013) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2012) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2011) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2010) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2009)

) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2008) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2007) OR
 LIMIT-TO (PUBYEAR , 2006) OR LIMIT-TO (PUBYEAR , 2005) OR
 LIMIT-TO (PUBYEAR , 2004
)) AND (LIMIT-TO (ACCESSTYPE(OA)))

PUBMED

("Health Services Accessibility"[Mesh] OR "Health Services Accessibility " OR
 "Availability of Health Services" OR "Health Services Availability" OR
 "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services" OR
 "Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR
 "Unified Health System " OR "Sistema Único de Salud " OR "Sistema Único de Saúde "
 OR "SUS" OR
 "Sistema Único de Saúde (SUS)" OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health
 Care " OR
 "Primary Healthcare" OR "Primary Care")
 AND
 ("Oral Health"[Mesh] OR "Oral Health " OR "Dental Clinics")

Quantidade de resultados: 770

("Health Services Accessibility"[Mesh] OR "Health Services Accessibility "[All Fields]
 OR "Availability of Health Services"[All Fields] OR "Health Services Availability"[All
 Fields] OR
 "Access to Health Care"[All Fields] OR "Accessibility of Health Services"[All Fields]
 OR "Health Services Geographic Accessibility"[All Fields] OR "Program
 Accessibility"[All Fields] OR "Unified Health System "[All Fields] OR (Sistema[All
 Fields] AND Unico[All Fields] AND de Salud[Investigator]) OR "Sistema Unico de
 Saude "[All Fields] OR "SUS"[All Fields] OR "Sistema Unico de Saude (SUS)"[All
 Fields] OR "Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care "[All Fields] OR
 "Primary Healthcare"[All Fields] OR "Primary Care"[All Fields]) AND ("Oral

Health"[Mesh] OR "Oral Health "[All Fields] OR "Dental Clinics"[All Fields]) AND
 ("loattrfull text"[saúde bucal] AND "loattrfree full text"[saúde bucal]) AND
 "2009/11/15"[PDat]
 : "2019/11/12"[PDat] AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

WEB OF SCIENCE

("Health Services Accessibility " OR "Availability of Health Services" OR "Health
 Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services"
 OR
 "Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR
 "Unified Health System " OR "Sistema Único de Saúde " OR "SUS" OR
 "Sistema Único de Saúde (SUS)" OR "Primary Health Care " OR
 "Primary Healthcare" OR "Primary Care")
 AND
 ("Oral Health " OR "Dental Clinics")

Quantidade de resultados: 355

("Health Services Accessibility " OR "Availability of Health Services" OR "Health
 Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services"
 OR "HealthServices Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR "Unified
 Health System " OR "Sistema Único de Saúde " OR "SUS" OR "Sistema Único de Saúde
 (SUS)" OR "Primary Health Care " OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care") AND
 ("Oral Health " OR "Dental Clinics"))

Refinado por: ANOS DE PUBLICAÇÃO: (2019 OR 2011 OR 2018 OR 2010 OR 2017
 OR 2016 OR 2015 OR 2014 OR 2013 OR 2012) AND Acesso Aberto: (OPEN
 ACCESS) AND TIPOS DE DOCUMENTO: (ARTICLE)

("Health Services Accessibility " OR "Availability of Health Services" OR "Health
 Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services"

OR "Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR
 "Unified Health System " OR "Sistema Único de Saúde " OR "SUS" OR "Sistema Único
 de Saúde (SUS)" OR "Primary Health Care " OR "Primary Healthcare" OR "Primary
 Care") AND ("Oral Health " OR "Dental Clinics"))

Refinado por: ANOS DE PUBLICAÇÃO: (2019 OR 2011 OR 2018 OR 2010 OR 2017
 OR

2009 OR 2016 OR 2008 OR 2015 OR 2007 OR 2014 OR 2006 OR 2013 OR 2005 OR
 2012 OR 2004) AND TIPOS DE DOCUMENTO: (ARTICLE)

Tempo estipulado: Todos os anos. Índices: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S,
 CPCI- SSH, ESCI.

BVS

("Health Services Accessibility " OR "Availability of Health Services" OR "Health
 Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services"
 OR

"Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR
 "Contraceptive Availability" OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud " OR "Acesso
 aos Serviços de Saúde " OR

"Acessibilidade aos Serviços de Saúde" OR "Acesso aos Cuidados de Saúde" OR

"Disponibilidade de Serviços de Saúde " OR "Unified Health System " OR

"Sistema Único de Salud " OR "Sistema Único de Saúde " OR "SUS" OR

"Sistema Único de Saúde (SUS)" "Primary Health Care " OR "Primary Healthcare" OR

"Primary Care" OR

"Atención Primaria de Salud " OR "Atenção Primária à Saúde " OR "Atendimento

Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção
 Básica" OR

"Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Primária" OR

"Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidados

Primários" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR

"Cuidados de Saúde Primários" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível
 de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR

"Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Primeiro Nível de Cuidados")

AND

("Oral Health " OR "Dental Clinics" OR "Salud Bucal " OR "Saúde Bucal ")

("Health Services Accessibility " OR "Availability of Health Services" OR "Health Services Availability" OR "Access to Health Care" OR "Accessibility of Health Services" OR "Health Services Geographic Accessibility" OR "Program Accessibility" OR "Contraceptive Availability" OR "Accesibilidad a los Servicios de Salud " OR "Acesso aos Serviços de Saúde " OR "Acessibilidade aos Serviços de Saúde" OR "Acesso aos Cuidados de Saúde" OR "Disponibilidade de Serviços de Saúde " OR "Unified Health System " OR "Sistema Único de Salud " OR "Sistema Único de Saúde " OR "SUS" OR "Sistema Único de Saúde (SUS)" "Primary Health Care " OR "Primary Healthcare" OR "Primary Care" OR "Atención Primaria de Salud " OR "Atenção Primária à Saúde " OR "Atendimento Básico" OR "Atendimento Primário" OR "Atendimento Primário de Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica de Saúde" OR "Atenção Básica à Saúde" OR "Atenção Primária" OR "Atenção Primária de Saúde" OR "Atenção Primária em Saúde" OR "Cuidados Primários" OR "Cuidados Primários de Saúde" OR "Cuidados Primários à Saúde" OR "Cuidados de Saúde Primários" OR "Primeiro Nível de Assistência" OR "Primeiro Nível de Atendimento" OR "Primeiro Nível de Atenção" OR "Primeiro Nível de Atenção à Saúde" OR "Primeiro Nível de Cuidado" OR "Primeiro Nível de Cuidados") AND ("Oral Health " OR "Dental Clinics" OR "Salud Bucal " OR "Saúde Bucal ") AND (fulltext:("1") AND db:(("LILACS" OR "BBO") AND la:("pt" OR "es" OR "en")) AND (year_cluster:[2004 TO 2019])