

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

ADRIANE LARA ALVES SILVA

**CONSEQUÊNCIAS DA MOROSIDADE DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO
SUS: uma revisão de literatura.**

Sete Lagoas/MG
2025

ADRIANE LARA ALVES SILVA

**CONSEQUÊNCIAS DA MOROSIDADE DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO
SUS: uma revisão de literatura.**

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Peixoto da Motta.

Sete Lagoas/MG
2025



ADRIANE LARA ALVES SILVA

CONSEQUÊNCIAS DA MOROSIDADE DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO SUS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

A banca examinadora abaixo-assinada aprova o presente trabalho de conclusão de curso como parte dos requisitos para conclusão do curso de Graduação em "Odontologia" da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE.

Aprovado em 03 de julho de 2025.

Prof. Dr. Thiago Peixoto da Motta
Orientador(a)
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Profa. Msc. Diana Gaudereto Carvalho de Freitas
Faculdade Sete Lagoas – FACSETE

Sete Lagoas, 03 de julho de 2025.

Rua Itália Pontelo, 40, 50 e 86 - Chácara do Paiva
Sete Lagoas - MG - CEP 35700-170 - Tel. (31) 3773-3268
facsete.edu.br

📧 @facsete
📧 @facseteposgraduacao
📍 Facsete



RESUMO

A cárie dentária é uma das doenças mais comuns que afetam a saúde bucal, caracterizada pela destruição gradual dos tecidos dentários por um processo de desmineralização. Este processo evolutivo, se não tratado, pode atingir a polpa dentária, exigindo a realização de um tratamento endodôntico, para evitar a possível perda do elemento dentário. Neste contexto, quando a cárie está em processo de evolução é essencial um atendimento rápido para evitar o agravamento dessa condição. No entanto, o acesso ao tratamento endodôntico no Sistema Único de Saúde (SUS), é dificultado pela alta demanda e pela carência de recursos, o que resulta em longos períodos de espera. Essa demora no atendimento odontológico do SUS pode trazer consequências graves para os pacientes. Dessa maneira, a espera prolongada permite que a progressão da cárie acarrete o aumento do risco de dor, infecções e, assim, afete a saúde geral do paciente. Em casos mais críticos, a demora no tratamento pode levar à perda do dente. Diante desse cenário, este trabalho busca investigar as causas e implicações da morosidade no tratamento endodôntico oferecido pelo SUS, além de ressaltar as consequências que a espera do tratamento pode gerar. O estudo foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura em bases de dados como PubMed, Lilacs, Scielo e Google Scholar, selecionando artigos e dissertações publicados nos últimos dez anos que abordam o acesso ao tratamento endodôntico e os desafios da saúde pública no Brasil. Foram considerados estudos que discutem as limitações de estrutura e gestão do SUS que impactam o tratamento endodôntico e, dessa forma, identificadas as consequências que a espera pode causar na vida dos indivíduos.

Palavras-chaves: cárie dentária; doenças da polpa dentária; sistema único de saúde; pesquisa sobre serviços de saúde; atenção secundária à saúde.

ABSTRACT

Dental caries is one of the most common diseases affecting oral health, characterized by the gradual destruction of dental tissues through a process of demineralization. If left untreated, this evolving process can reach the dental pulp, necessitating endodontic treatment to prevent the possible loss of the tooth. In this context, when caries are in the process of progression, prompt treatment is essential to avoid worsening the condition. However, access to endodontic treatment within the Brazilian Unified Health System (SUS) is often hindered by high demand and a lack of resources, resulting in long waiting periods. This delay in dental care through SUS can have serious consequences for patients. Prolonged waiting times allow the progression of caries to increase the risk of pain, abscesses, and infections, thus affecting the patient's overall health. In more critical cases, delays in treatment can lead to tooth loss, impacting chewing, speech, and the individual's self-esteem, as well as creating financial burdens, since more complex and costly interventions become necessary to address these cases. Against this backdrop, this dissertation aims to investigate the causes and implications of the delays in endodontic treatment provided by SUS, as well as highlight the consequences that waiting for treatment can generate. The study was developed based on a literature review in databases such as PubMed, Lilacs, Scielo and Google Scholar, selecting articles and dissertations published in the last ten years that address access to endodontic treatment and the challenges of public health in Brazil. Studies that discuss the limitations of the structure and management of the SUS that impact endodontic treatment were considered, and thus, the consequences that waiting can cause in the lives of individuals were identified.

Keywords: dental caries; dental pulp diseases; unified health system; health services research; secondary care.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo geral:	10
2.2. Objetivos específicos:	10
3. METODOLOGIA	11
3.1. Definição da Questão de Pesquisa.....	11
3.2. Seleção das Bases de Dados.....	11
3.3. Definição e Seleção dos Descritores.....	11
3.4. Estratégia de Busca.....	12
3.5. Critérios de Inclusão e Exclusão	12
3.6. Triagem e Seleção dos Estudos	12
3.7. Extração de Dados.....	13
3.8. Análise e Síntese Crítica dos Resultados	13
3.9. Considerações Éticas	13
4. REFERENCIAL TEÓRICO	14
4.1. Políticas públicas macrodeterminantes.....	14
4.2. Promoção de saúde	15
4.3. Prevenção de agravos	16
4.4. Cárie diagnosticada: Acesso ao serviço.....	16
4.5. Cárie dentária não tratada	18
4.6. Demanda no atendimento endodôntico no SUS	19
4.7. Impacto na qualidade de vida	21
5. DISCUSSÃO	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	26

1. INTRODUÇÃO

A cárie dentária é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo, com 2,3 bilhões de pessoas tendo lesões de cárie não tratadas na dentição permanente (Giacaman et al., 2022) e que apresenta impacto direto na qualidade de vida da população e na saúde pública global. Definida como uma patologia multifatorial, a cárie dentária resulta da interação entre o biofilme dentário e uma dieta rica em açúcares, sendo fortemente influenciada por hábitos de higiene bucal, fatores genéticos e contextos sociais e culturais (Batista et al., 2020; Sampaio et al., 2021).

O desenvolvimento da cárie dentária inicia-se com uma desmineralização progressiva do esmalte e da dentina, provocada pela ação de bactérias presentes no biofilme dental. Essas bactérias metabolizam carboidratos da dieta, produzindo ácidos que reduzem o pH local e levam à desmineralização dos tecidos dentais. Esse processo, se não interrompido, resulta na formação de cavidades na superfície do dente (Sanz et al., 2017; Feijó e Iwasaki, 2014). À medida que a lesão avança sem controle, a infecção pode atingir o tecido pulpar e o periodonto, causando dor, infecções e, em casos graves, a perda do dente (Magalhães et al., 2019).

O curso natural da cárie dentária, quando não tratado, pode levar a complicações graves. Com o avanço da lesão cariosa, o processo de infecção atinge a polpa dentária, resultando em inflamação e dor intensa, condições que geralmente requerem intervenção endodôntica. Esse tipo de tratamento é vital para preservar a estrutura dentária, evitar a progressão da infecção para os tecidos periapicais e impedir que o quadro evolua para abscessos e até mesmo para infecções sistêmicas, que trazem riscos sérios à saúde do paciente (Magalhães et al., 2019).

No entanto, os altos custos desse tratamento e a necessidade de equipamentos especializados tornam o acesso à endodontia restrito para uma parcela significativa da população, especialmente em países onde a assistência odontológica pública é limitada. Para a população de baixa renda, que depende exclusivamente de sistemas públicos de saúde para cuidados odontológicos, a falta de atendimento especializado adequado agrava ainda mais o quadro, perpetuando uma condição de dor e

sofrimento, além de contribuir para a perda precoce dos dentes (Magalhães et al., 2019; Alves et al., 2024).

No Brasil, o SUS desempenha um papel fundamental ao oferecer atendimento odontológico gratuito e acessível à população, buscando reduzir as desigualdades no acesso a tratamentos de saúde bucal. Criado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica nº 8080/90, o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e tem como princípio fundamental a universalidade da atenção à saúde, garantindo que todos os brasileiros possam ter acesso a serviços de saúde, incluindo os de odontologia (Alves et al., 2024).

A incorporação da odontologia no SUS ocorreu formalmente em 2004 com a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, conhecida como Programa Brasil Sorridente, que visou ampliar o acesso aos cuidados preventivos e curativos, com especial atenção a grupos vulneráveis, como crianças, idosos e gestantes. A incorporação da assistência odontológica nas equipes de Saúde da Família e a criação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) representam um avanço significativo, mas a oferta de tratamentos complexos, como o endodôntico, ainda enfrenta dificuldades consideráveis devido à carência de infraestrutura e profissionais qualificados em muitas regiões do país (Alves et al., 2024).

As dificuldades no atendimento endodôntico no SUS decorrem principalmente da falta de recursos financeiros, da insuficiência de materiais e equipamentos adequados e da escassez de profissionais especializados, o que resulta em longos tempos de espera para o tratamento. A morosidade no atendimento endodôntico tem impactos profundos tanto na saúde bucal quanto na qualidade de vida dos indivíduos. A demora no atendimento pode agravar as lesões cáries, levando à perda de dentes e a condições de saúde bucal ainda mais debilitantes, além de causar sofrimento físico e psicológico, afetando aspectos funcionais, estéticos e sociais. No âmbito coletivo, a falta de acesso ao tratamento endodôntico no SUS amplia as desigualdades sociais em saúde bucal, reforçando o ciclo de exclusão e a vulnerabilidade da população de baixa renda (Kruschewsky; Freire, 2024).

Assim, o presente trabalho teve como objetivos descrever as consequências da morosidade do tratamento endodôntico no Sistema Único de Saúde, analisar o

impacto dessa demora na qualidade de vida dos indivíduos, identificar as causas do agravamento da cárie dentária e investigar as razões que contribuem para a morosidade do tratamento endodôntico no sistema público. O estudo visou, portanto, contribuir para a compreensão dos desafios que ainda limitam o acesso da população aos cuidados endodônticos e para a proposição de alternativas que possam melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços odontológicos no SUS, promovendo uma assistência mais equânime e eficaz para todos os brasileiros.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

- Descrever as consequências da morosidade do tratamento endodôntico no Sistema Único de Saúde.

2.2. Objetivos específicos:

- Analisar o impacto gerado pelas consequências da morosidade na qualidade de vida dos indivíduos.
- Identificar as causas do agravamento da cárie dentária.
- Relatar as causas da morosidade do tratamento endodôntico.

3. METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho constituiu-se em uma revisão de literatura, cujo objetivo foi compreender as consequências do agravamento da cárie dentária e os impactos da morosidade no tratamento endodôntico fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, o processo metodológico incluiu etapas que garantiram a sistematicidade e a precisão do trabalho (Souza et al., 2010).

3.1. Definição da Questão de Pesquisa

Foi estabelecida a questão de pesquisa, a fim de orientar a seleção e análise dos estudos. Esta revisão buscou responder às seguintes questões:

- Quais são as principais consequências do agravamento da cárie dentária?
- Quais impactos a morosidade do tratamento endodôntico no SUS gera para a saúde bucal e a qualidade de vida dos pacientes?

3.2. Seleção das Bases de Dados

Para uma busca abrangente e rigorosa, foram utilizadas bases de dados reconhecidas pela qualidade e abrangência dos artigos indexados, como:

- **PubMed** (National Library of Medicine);
- **SCIELO** (Scientific Electronic Library Online);
- **LILACS** (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).
- **Google Scholar**.

Essas bases foram escolhidas pela relevância e quantidade de estudos disponíveis sobre saúde bucal, políticas de saúde pública e serviços de saúde, permitindo uma cobertura adequada do tema proposto.

3.3. Definição e Seleção dos Descritores

Com base na metodologia DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e em termos frequentemente utilizados na literatura odontológica, foram selecionados os descritores que mais se aproximam dos objetivos desta revisão. Os principais descritores incluem:

- “Quality of Life”;
- “Public health”;
- “Endodontics”;

3.4. Estratégia de Busca

A busca foi realizada utilizando os descritores selecionados combinados com o uso de operadores booleanos, como "AND", para aprimorar a busca e alcançar resultados mais específicos e relevantes aplicadas tanto de forma isolada quanto em conjunto. As estratégias incluíram o uso de filtros de busca avançada para restringir os resultados conforme os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. No Google Scholar foi utilizado o título: “Os impactos do tratamento endodôntico no SUS na qualidade de vida dos indivíduos” e selecionados os 100 (cem) primeiros artigos para leitura de título e resumo.

3.5. Critérios de Inclusão e Exclusão

Para garantir a relevância e a atualidade das informações, foram adotados critérios específicos:

- **Critérios de Inclusão:** Artigos publicados nos últimos dez anos (exceto em casos de estudos históricos ou extremamente relevantes); artigos em português e inglês; estudos que abordem diretamente as consequências da progressão da cárie e da morosidade no atendimento endodôntico; artigos que discorram sobre o atendimento odontológico no SUS.
- **Critérios de Exclusão:** Artigos publicados há mais de dez anos; estudos que não tratem diretamente do tema proposto; revisões duplicadas e relatos de caso com baixa relevância para a compreensão abrangente dos temas.

3.6. Triagem e Seleção dos Estudos

A triagem dos estudos foi realizada em duas fases. Na primeira, os títulos e resumos dos artigos foram avaliados para verificar a adequação aos critérios de inclusão. Na segunda fase, os artigos que passaram na triagem inicial foram lidos na íntegra para uma análise mais detalhada. A triagem foi realizada por dois revisores independentes (T.P.M. e A.L.A.S.) para assegurar objetividade e minimizar vieses. Para facilitar esse processo será utilizado o software RAYYAN.

3.7. Extração de Dados

Dos estudos selecionados, foram extraídos os seguintes dados:

- Autor, título, ano de publicação e base de dados;
- Metodologia utilizada e tipo de estudo;
- Principais achados e contribuições para o entendimento das consequências da cárie e da morosidade no tratamento endodôntico;
- Limitações apontadas pelos autores e oportunidades para futuras pesquisas.

3.8. Análise e Síntese Crítica dos Resultados

Os dados coletados foram analisados e sintetizados de forma crítica, com o objetivo de identificar padrões, contrastes e tendências sobre o impacto da morosidade do atendimento endodôntico no SUS. As informações foram organizadas em tópicos que abordem:

- Políticas públicas macrodeterminantes;
- Promoção de saúde;
- Prevenção de agravos;
- Cárie diagnosticada: Acesso ao serviço;
- Cárie dentária não tratada;
- Demanda do atendimento endodôntico no SUS;
- Impactos na qualidade de vida;

3.9. Considerações Éticas

Por se tratar de uma revisão de literatura, o estudo não envolveu coleta de dados primários e, portanto, não requereu submissão a um comitê de ética. Contudo, os princípios éticos da revisão foram respeitados, como a transparência, rigor metodológico e o reconhecimento das limitações.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Políticas públicas macrodeterminantes

No Brasil, o sistema nacional de saúde está estruturado em torno de um serviço público que provê assistência gratuita e universal a qualquer cidadão. A criação do SUS pela Constituição de 1988 representou mudança paradigmática na organização dos serviços de saúde no país (Tavares et al., 2024). Na década de 1990, foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF), direcionando a atenção por meio de equipes de saúde da família em áreas e subgrupos populacionais socialmente vulneráveis (Tavares et al., 2024).

A vigilância em saúde exerce papel fundamental na detecção e no acompanhamento das disparidades de saúde, sendo tarefa prioritária para a saúde pública. A vulnerabilidade familiar deve ser enfrentada pelo Estado brasileiro em todas as esferas, especialmente na área da saúde (Ribeiro e Ribeiro, 2024). No que se refere ao acesso gratuito à saúde bucal, pessoas de baixa renda dependem exclusivamente do SUS, uma vez que não dispõem de recursos para investir na qualidade de sua saúde (Ribeiro e Ribeiro, 2024). Dado que o Brasil apresenta desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos, é essencial conhecer as condições sociais associadas aos indicadores de atenção básica em saúde bucal, a fim de orientar políticas públicas voltadas à promoção da saúde e à equidade (Ribeiro e Ribeiro, 2024).

Segundo Ribeiro e Ribeiro (2024), a Política Nacional de Saúde Bucal, implementada oficialmente por meio do programa Brasil Sorridente em 2004, representou marco na promoção da saúde bucal. Integrado ao Plano Nacional de Saúde, o programa visou ampliar o acesso da população – sobretudo as camadas mais vulneráveis – aos serviços odontológicos gratuitos. A inclusão de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a reorganização das ações de atenção primária contribuíram para a expansão da rede de atendimento e a melhoria dos indicadores de saúde bucal no país. Essas medidas reforçam o papel das políticas públicas como instrumentos essenciais para promover equidade, garantindo acesso a cuidados preventivos e curativos. A melhora dos hábitos de higiene e a valorização da saúde bucal pela população são reflexos desse processo; porém, desafios

estruturais persistem, exigindo fortalecimento contínuo das políticas para assegurar o direito à saúde a todos os brasileiros.

4.2. Promoção de saúde

Atualmente, as práticas de prevenção estão inseridas em um movimento mais amplo de promoção da saúde, que inclui ações sociais e políticas voltadas a melhores condições de vida e escolhas mais saudáveis, refletindo-se em qualidade de vida (Ribeiro e Ribeiro, 2024). Conforme ressaltam Ribeiro e Ribeiro (2024), políticas sociais devem ser amplas e integradas, garantindo direitos básicos como alimentação saudável, emprego, moradia, saneamento, segurança, cultura, acesso à ciência, à tecnologia, à educação e ao lazer, criando ambiente propício à promoção da saúde. Para estruturar um sistema de saúde de qualidade, com cobertura abrangente e impacto real na vida da população – especialmente daqueles em situação de vulnerabilidade – é essencial a participação ativa, coerente e responsável de todos os atores do SUS. Nesse sentido, profissionais de saúde, gestores, prestadores de serviços e usuários devem estar articulados e cumprir seus papéis para alcançar as metas propostas.

Nesse contexto, Ribeiro e Ribeiro (2024) apontam que a promoção da saúde bucal depende da adequação das práticas às realidades locais, da integração entre profissionais de saúde e da atuação constante junto à comunidade. Destacam que ações preventivas são cruciais, sobretudo em populações vulneráveis, que frequentemente não têm acesso à informação ou a cuidados adequados. Assim, a atuação dos agentes comunitários de saúde na atenção básica é essencial para disseminar práticas educativas e mitigar os efeitos da desinformação.

A Estratégia Saúde da Família deve priorizar ações preventivas, alinhando-se a pesquisas e avaliações que subsidiem o planejamento e o aprimoramento dos serviços. A ampliação da fluoretação da água e do atendimento odontológico na rede pública representa avanços importantes, porém insuficientes diante das desigualdades sociais no Brasil. É urgente que políticas públicas deixem o âmbito teórico para se concretizarem na prática, garantindo acesso equitativo aos serviços. Isso envolve não apenas atendimentos básicos, mas também tratamentos complexos, que influenciam diretamente a autoestima e a qualidade de vida das populações

vulneráveis. A insatisfação com a saúde bucal pode gerar impactos psicossociais relevantes, reforçando a necessidade de políticas direcionadas e de ações de busca ativa para identificar e atender famílias mais vulneráveis (Tavares et al., 2024; Ribeiro & Ribeiro, 2024; Chaves, 2016).

4.3. Prevenção de agravos

A prevenção envolve ações de detecção e controle das enfermidades, com foco na doença, nos mecanismos de ataque e nos possíveis impactos decorrentes. O planejamento dessas ações deve ser orientado pela realidade dos principais problemas e necessidades enfrentadas pela população. É fundamental que o serviço conte com profissionais capazes de planejar em conjunto e de utilizar linguagem clara e compartilhada pela equipe, visando ao trabalho colaborativo (Sousa et al., 2019).

Conforme Sousa et al. (2019), o trabalho integrado entre profissionais de saúde – pilar do Programa Saúde da Família – ainda enfrenta obstáculos, especialmente na incorporação da odontologia desde a implantação do programa. A ausência de atuação preventiva limita o alcance da saúde bucal, sobretudo no que se refere à promoção de hábitos saudáveis. É essencial incentivar Cirurgiões Dentistas a redirecionar suas práticas para a prevenção. Investir em educação continuada e em autoavaliações das ações realizadas pode contribuir para planejamentos mais eficazes, orientados à promoção da saúde.

Os objetivos da equipe de saúde bucal vão além dos procedimentos clínicos: é necessário comunicar-se com outras áreas para ampliar conhecimentos e assegurar atenção integral ao indivíduo, considerando fatores socioeconômicos e culturais que influenciam sua saúde. Para isso, o compartilhamento de saberes deve ocorrer entre todos os profissionais, de modo que a equipe de saúde bucal se integre plenamente à equipe multiprofissional nas unidades de saúde (Sousa et al., 2019).

4.4. Cárie diagnosticada: Acesso ao serviço

Entre as enfermidades bucais, a cárie dentária permanece como problema de saúde pública na população brasileira. Estudos sistemáticos para mensurar sua magnitude e severidade só surgiram após 1950, no contexto de programas

incrementais, seja para avaliar as estratégias da Fundação Serviço de Saúde Pública, seja para justificar intervenções em saúde bucal (Chaves, 2016).

Segundo Chaves (2016), nos últimos dez anos, pesquisadores brasileiros destacaram-se em estudos sobre a etiologia da cárie dentária, contabilizando mais de 9.000 publicações na ISI Web of Science. A maioria desses estudos concentra-se em crianças e adolescentes e evidencia que, apesar dos avanços no controle da cárie, persistem desigualdades em sua distribuição. A doença é mais prevalente em pessoas de baixa renda ou em situação de vulnerabilidade social, refletindo condições de vida, escolaridade e renda inferiores. Levantamentos nacionais também apontam desigualdades em função do tamanho populacional, do acesso à água fluoretada e da região do país.

Conforme Chaves (2016), a ampliação da cobertura dos serviços odontológicos no Brasil – resultante da descentralização do sistema de saúde e dos investimentos no setor, além do aumento da oferta de serviços privados – não foi suficiente para alterar significativamente o padrão do índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados). Persistem limitações no acesso, na efetividade dos serviços e no tipo de cuidado ofertado.

A incorporação da saúde bucal ao setor público ainda enfrenta desafios, apesar dos recursos investidos e das propostas de mudança no modelo assistencial. Fatores locais, como contexto político, organização dos serviços, capacitação das equipes e envolvimento no cuidado, precisam ser considerados para compreender melhor o funcionamento da atenção em saúde bucal. Embora ações populacionais tenham contribuído para a redução geral dos índices de cárie dentária, ainda não superam as desigualdades em saúde, pois não são plenamente acessíveis aos grupos mais vulneráveis (Chaves, 2016).

Portanto, mesmo com a ampliação da oferta e a proposta de reestruturação do modelo de atenção, o impacto no perfil epidemiológico da população permanece limitado. É essencial implementar estratégias direcionadas a grupos mais vulneráveis, baseadas em planejamento local, para garantir cobertura de qualidade e, de fato, melhorar os indicadores de saúde bucal no país (Chaves, 2016).

4.5. Cárie dentária não tratada

No Brasil, as práticas de saúde bucal foram historicamente centradas em aspectos curativos e no alívio da dor, contribuindo para a construção de uma odontologia mutiladora, de baixa cobertura e alto custo epidemiológico. Nesse contexto, muitos indivíduos perderam dentes em decorrência de lesões de cárie e dor dentária que poderiam ter sido tratadas por outros meios, sem recorrer à extração (Queiroz e Nascimento, 2017).

Como reflexo de um modelo assistencial voltado ao alívio da dor, o levantamento epidemiológico em saúde bucal de 1986, realizado pelo Ministério da Saúde, evidenciou prática baseada em extrações em massa e modelo curativo-mutilador (Queiroz e Nascimento, 2017).

Segundo usuários do ESF, há diferentes motivos associados à perda dentária, sendo a dor o principal fator. O cuidado em saúde bucal revela práticas culturais que, muitas vezes, tornam-se a única alternativa para aliviar dor e sofrimento. A exodontia mostrou-se opção de tratamento culturalmente aceita pelos usuários, motivada por fatores socioeconômicos, para eliminar a dor dentária (Queiroz e Nascimento, 2017).

Observa-se, em pré-escolares e jovens, alto percentual de cárie não tratada, bem como significativa participação do componente “perdido” em adultos e idosos, com maior redução apenas nas faixas etárias de 15-19 e 35-44 anos entre 2002–2003 e 2010. Percentuais de cárie não tratada por faixas etárias de 5, 12 e 15-19 anos e participação do componente perdido (P) nas faixas de 35-44 e 65-74 anos aparecem nos levantamentos nacionais após 2000 (Chaves, 2016).

Tabela 1. Percentual de carie não tratada no CPOD. Percentual de dentes perdidos no CPOD.

Idade – Faixa etária	Percentual de cárie não tratada no CPOD (%)		Percentual de dentes perdidos no CPOD (%)	
	2002-2003	2010	2002-2003	2010
5 anos	82,1	80,2	2,9	2,5
12 anos	58,3	54,1	6,5	5,8
15-19 anos	42,1	35,8	14,4	8,9
35-44 anos	11,6	8,8	65,7	44,7
65-74 anos	4,2	1,9	92,9	91,9

Fonte: Brasil (2004a), Brasil (2011).

Embora a gravidade da cárie tenha diminuído, a alta proporção de cárie dentária não tratadas e de dentes perdidos ainda constitui grande desafio para a saúde pública. Essas condições exigem não apenas controle da doença, mas também reabilitação protética, especialmente diante da perda dentária — uma das piores consequências da cárie. A PNSB avançou ao reconhecer a importância da reabilitação por meio da criação e ampliação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios de Prótese Dentária, com investimentos expressivos entre 2003 e 2008 (Chaves, 2016).

4.6. Demanda no atendimento endodôntico no SUS

Quando a cárie progride e leva à cavitação, pode causar dor e desconforto intensos; se atingir a polpa dentária, ocasiona infecções. Com o comprometimento irreversível da polpa, torna-se necessário o tratamento endodôntico, cujo objetivo é inativar e remover microrganismos e seus metabólitos tóxicos, eliminando a inflamação (Merchan, 2022).

A endodontia é a especialidade odontológica dedicada à manutenção da polpa em estado de saúde e ao tratamento da cavidade pulpar. Os objetivos do tratamento das infecções do canal radicular incluem a inativação e remoção de microrganismos e seus metabólitos tóxicos para eliminar a inflamação, além de limpar e modelar os canais, minimizando a presença de bactérias e seus subprodutos (Merchan, 2022).

O tratamento endodôntico passou a ser regulamentado no SUS em 2004, por meio da Portaria nº 1.570, de 29 de julho, que definiu a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Nessa portaria, foram instituídos outros

atendimentos especializados no setor público — estomatologia, periodontia, cirurgia oral menor e atendimento a pacientes com necessidades especiais — regulamentando a integralidade da saúde bucal no SUS (Merchan, 2022).

O tratamento endodôntico é financiado exclusivamente por recursos públicos provenientes de impostos, incluindo o acesso à atenção em saúde bucal. Segundo dados do Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) –, entre dezembro de 2015 e dezembro de 2020, foram realizadas no Brasil 2.820.459 obturações endodônticas e retratamentos de dentes permanentes unirradiculares, birradiculares e com três ou mais raízes (Merchan, 2022).

Importa ressaltar que, conforme preconiza o SUS, pacientes encaminhados ao CEO são atendidos previamente na atenção básica, onde se realiza uma tomada radiográfica como parte do diagnóstico, acesso à câmara pulpar e aplicação de medicação intracanal, iniciando-se a inativação e remoção de microrganismos (Merchan, 2022).

Segundo Merchan (2022), alguns dentes – especialmente os molares, por terem duas ou três raízes – exigem tempo maior e mais sessões de tratamento, dependendo de cada caso. Assim, a demanda por atendimento acumula-se, estendendo o tempo de espera. Nesse contexto, reforça-se a necessidade de políticas públicas que estimulem não apenas o cumprimento de metas, mas também garantam, em caso de superação dessas metas, a ampliação dos recursos financeiros aos municípios, visando ampliar a oferta e reduzir a fila de espera e a demanda reprimida no setor público.

Nesse cenário, a doença cárie, afeta grande parcela da população em muitos países. Um levantamento recente no Brasil aponta que, em crianças de 6 a 12 anos, em média quatro dentes são afetados pela cárie, e 68,5% delas necessitarão de tratamento endodôntico. Considerando-se que cerca de 70% da população depende do SUS e que há migração de pacientes de planos privados para o sistema público em razão das crises econômica e política, torna-se crucial aprimorar a eficiência do sistema de saúde, otimizando recursos e maximizando ganhos em saúde, pois os recursos tendem a ser escassos e a demanda, crescente (Merchan, 2022).

Em razão de se tratar de atendimento de referência (endodontia em CEOs), o paciente é encaminhado apenas para o tratamento especializado (endodontia) e, posteriormente, contra-referenciado à unidade básica de origem para restauração do mesmo dente e conclusão do tratamento odontológico necessário. Tratamentos realizados em sessão única apresentaram resultados positivos, sobretudo quanto à redução da dor pós-operatória e à finalização de encaminhamentos vindos das unidades básicas, diminuindo, assim, a demanda pelos serviços especializados (Merchan, 2022).

4.7. Impacto na qualidade de vida

Os indicadores sócio dentais mensuram em que medida as doenças bucais interferem no funcionamento desejável do indivíduo, abrangendo aspectos funcionais (como mastigar), psicológicos (humor, irritação) e sociais (frequentar a escola, trabalhar, cumprir obrigações familiares). Indicadores baseados em autopercepção e impactos odontológicos oferecem vantagens para o planejamento e a provisão de serviços odontológicos, fundamentando mudança de foco de aspectos puramente biológicos para dimensões psicológicas e sociais (Gottardo et al., 2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que doenças bucais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, gerando prejuízos individuais e coletivos. No contexto das definições contemporâneas de saúde, saúde bucal é entendida como dentição confortável e funcional, com aparência que permite ao indivíduo desempenhar suas funções sociais e atividades diárias sem transtornos físicos, psicológicos ou sociais (Gottardo et al., 2015).

A política atual de saúde bucal tem reduzido o componente P (perdidos) do índice CPOD ao incorporar especialidades na atenção secundária, como periodontia e endodontia, possibilitando manter o dente na cavidade oral após a doença, fato antes pouco alcançado. Entretanto, essa atenção secundária ainda não supre todas as necessidades da população, comprometendo, conseqüentemente, a qualidade de vida dos usuários. Além disso, é necessário reabilitar danos já existentes por meio da ampliação dos serviços de prótese, visando à melhoria da qualidade de vida (Gottardo et al., 2015).

A saúde bucal precária pode acarretar impactos psicológicos e emocionais, como distúrbios do sono, baixa autoestima, prejuízo na interação social e redução do rendimento escolar. A cárie não tratada relaciona-se a condições socioeconômicas desfavoráveis. Os efeitos adversos das doenças orais podem transcender a condição bucal, resultando em baixas projeções futuras de empregos, salários menores e visão reduzida de melhoria na condição social (Lima et al., 2025).

Em estudo de Lima et al. (2025), a cárie que acometeu incisivos superiores de um adolescente afetou seu bem-estar físico e emocional, interferindo no conforto ao se alimentar e na estética do sorriso, gerando vergonha ao frequentar ambientes sociais, inclusive a escola. Deformidades dentárias apresentam potencial destrutivo nos aspectos social e psicológico, prejudicando interações sociais, autoconfiança e qualidade de vida (Lima et al., 2025).

Os serviços de saúde bucal oferecidos pelo SUS têm sido cada vez mais utilizados, tanto pela necessidade financeira dos indivíduos quanto pela maior confiança na oferta dos procedimentos. O tratamento endodôntico é crucial para melhorar a qualidade de vida, reduzindo o edentulismo e auxiliando na manutenção da autoestima. Na rede de atenção especializada em odontologia do município em estudo, o tratamento endodôntico apresentou impacto positivo na qualidade de vida dos usuários, com avanços nos aspectos psicológico, físico, funcional e social (Carvalho e Duarte, 2021).

A odontologia tem modificado seus princípios, enfatizando a promoção da saúde em vez de focar apenas na intervenção restauradora. Assim, cabe ao cirurgião-dentista capacitar indivíduos a buscar qualidade de vida. Diversos estudos relatam a relação entre a condição oral dos pacientes e sua qualidade de vida (GOTTARDO et al., 2015).

5. DISCUSSÃO

A consolidação do SUS garantiu acesso universal e gratuito à saúde, incluindo cuidados odontológicos. Desde sua criação em 1988 e com o Programa Saúde da Família na década de 1990, as políticas públicas buscaram reduzir desigualdades sociais e regionais nos serviços de saúde, especialmente entre grupos vulneráveis. (Tavares et al., 2024). Nesse contexto, a vigilância em saúde desempenha papel crucial ao identificar e monitorar desigualdades, contribuindo para políticas públicas mais justas e alinhadas às necessidades da população. Contudo, apesar dos avanços, significativas desigualdades no acesso à odontologia ainda persistem no país (Ribeiro e Ribeiro, 2024).

A população de baixa renda frequentemente utiliza exclusivamente o sistema público para cuidados bucais, enfrentando desafios que vão desde a falta de infraestrutura nos serviços até dificuldades de informação e conscientização sobre medidas preventivas (Ribeiro e Ribeiro, 2024).

O surgimento da Política Nacional de Saúde Bucal, por meio do Programa Brasil Sorridente, representou avanço significativo no atendimento odontológico. A inserção de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família e a reorganização das ações na atenção básica produziram resultados positivos nos indicadores de saúde bucal, promovendo mudanças nos hábitos de higiene e fortalecendo a valorização do cuidado odontológico pela população (Ribeiro e Ribeiro, 2024).

Mesmo com esses avanços, promover a saúde bucal continua sendo desafio. A compreensão de que prevenção é fundamental nem sempre se materializa na prática dos serviços, sobretudo entre populações vulneráveis. A efetividade dessas ações depende, em grande parte, da articulação entre profissionais, gestores e usuários, criando ambiente favorável a abordagem integral e resolutiva da saúde (Ribeiro e Ribeiro, 2024).

É notória a prevalência de modelo assistencial centrado na cura, em detrimento da prevenção, evidenciando a necessidade de fortalecer equipes de saúde para atuação mais efetiva na atenção básica preventiva (Ribeiro e Ribeiro, 2024).

A cárie dentária embora evitáveis, continuam sendo problema de saúde pública, com incidência relacionada a renda, desigualdade educacional e acesso a serviços. Altos índices de cárie não tratada e consequente perda dentária evidenciam as diferenças estruturais ainda presentes no Brasil (Chaves, 2016).

Apesar dos esforços para ampliar o alcance dos serviços odontológicos e fortalecer a prevenção, o cenário ainda apresenta lacunas. Essas iniciativas não foram suficientes para superar diferenças históricas e regionais (Sousa et al., 2019).

Mesmo com a ampliação dos serviços, reduzir o índice CPOD nos grupos mais necessitados continua representando desafio. Práticas centradas na mutilação, como extrações dentárias, evidenciam a urgência de mudar abordagens odontológicas, com prevenção como prioridade (Chaves, 2016).

Se não tratada, a cárie pode evoluir para quadros mais graves, exigindo tratamentos especializados, como endodontia, que demandam mais recursos e tempo, sobrecarregando o sistema público de saúde. A regulamentação do tratamento endodôntico no SUS, com a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em 2004, buscou ampliar a oferta desses serviços, reforçando a integralidade do cuidado. Contudo, a elevada demanda por endodontia permanece desafio, em razão da complexidade do procedimento e da insuficiência de recursos públicos (Merchan, 2022).

Fatores como o tempo prolongado dos tratamentos e o aumento especializado pelos serviços públicos – motivado pela migração de pacientes de planos privados para o SUS, especialmente em períodos de crise – agravam a situação do sistema. Nesse contexto, ressalta-se a importância da atenção básica na triagem e no início do tratamento, contribuindo para reduzir doenças bucais e aliviar a pressão sobre serviços especializados (Merchan, 2022).

Além disso, é essencial compreender que problemas bucais não afetam apenas a saúde oral, mas também a qualidade de vida, impactando negativamente alimentação, sono, autoestima e relações sociais. O uso de indicadores socio-odontológicos que considerem aspectos psicossociais das doenças orais é fundamental para promover cuidado odontológico mais humano e eficaz. Portanto, é

imprescindível fortalecer políticas públicas focadas na prevenção e na ampliação do acesso a tratamentos na atenção básica, visando à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos acometidos por esses problemas (Gottardo et al., 2015).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS e as políticas públicas correlatas ampliaram significativamente o acesso a serviços odontológicos no Brasil, especialmente com a implantação do Programa Brasil Sorridente e dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que fortaleceram a oferta de cuidados especializados e a inserção da saúde bucal na atenção primária e secundária. No entanto, persistem desigualdades estruturais que comprometem a efetividade da atenção integral, sobretudo entre populações vulneráveis. A predominância de modelo curativo, voltado ao alívio imediato da dor, em detrimento de ações de promoção e prevenção, evidencia a necessidade de reorientar práticas odontológicas no SUS. Esse cenário é particularmente preocupante em endodontia, que enfrenta alta demanda por tratamentos especializados, demandando investimentos contínuos em infraestrutura, capacitação profissional e gestão eficiente. A promoção da saúde bucal é essencial para a qualidade de vida dos indivíduos e deve ser assegurada como direito universal. Assim, consolidar modelo de atenção humanizado, integral e socialmente orientado é fundamental para reduzir desigualdades em saúde e garantir sistema mais justo, acessível e promotor de saúde para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS:

ALVES, G.; INACIO, W. **Desafios no tratamento endodôntico no SUS: uma análise crítica**. Disponível em:

<<https://repositorio.animaeducacao.com.br/items/ce17e642-5e8b-41a3-845e-8e66681a7d7f/full>>. Acesso em: 6 out. 2024.

BATISTA, Thálison Ramon de Moura, VASCONCELOS, Marcelo Gadelha e VASCONCELOS, Rodrigo Gadelha. Fisiopatologia da cárie dentária: entendendo o processo carioso. **SALUSVITA**, Bauru, v. 39, n. 1, p. 169-187, 2020.

Caderno temático do Programa Saúde na Escola : saúde bucal [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2022. 45 p. : il.

CARVALHO, Anderson Santos; DUARTE, Danilo Antônio. O tratamento endodôntico no SUS pode impactar na qualidade de vida de adolescentes. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5978-e5978, 2021.

CHAVES, Sônia Cristina Lima. **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. EDUFBA, 2016.

DA SILVA RIBEIRO, Karina de Fátima; RIBEIRO, Mariane Fernandes. ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA EM SAÚDE BUCAL E A VULNERABILIDADE FAMILIAR: Revisão narrativa da literatura. **Scientia Generalis**, v. 5, n. 2, p. 286-295, 2024.

DE MOURA, José Allysson et al. Diagnóstico e tratamento de lesão endo-periodontal: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 8, p. e9211830559-e9211830559, 2022.

DE SOUSA, Maria Kananda Alves et al. O papel do cirurgião-dentista como promotor de Saúde na atenção básica. **Revista Científica Odontologia**, v. 1, n. 1, p. 52-64, 2019.

FEIJÓ, I. S.; IWASAKI, K. M. K. Cárie e dieta alimentar. **Revista Uningá Review**, v.19, n.3, p.44-50, 2014.

GIACAMAN RA, Fernández CE, Muñoz-Sandoval C, León S, García-Manríquez N, Echeverría C, Valdés S, Castro RJ, Gambetta-Tessini K. Understanding dental caries

as a non-communicable and behavioral disease: Management implications. **Front Oral Health**. 2022 Aug 24;3:764479.

GOTTARDO, Arthur Cesar et al. Perda dental anterior influencia a qualidade de vida relacionada à saúde oral. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA**, v. 1, n. 13, 2015.

KRUSCHEWSKY, Larissa Souto Velloso; FREIRE, Danielle Cardoso Albuquerque Maia. DIFICULDADES DO ATENDIMENTO ENDODÔNTICO NO SUS–SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 6, p. 1245-1255, 2024.

LIMA, Vivine Silva et al. O impacto do tratamento odontológico na percepção de qualidade de vida em adolescente. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e18946-e18946, 2025.

MAGALHÃES, Maria Beatriz Pires de et al. Avaliação da atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4643-4654, 2019.

MERCHAN, Laura Paredes. ANÁLISE ECONÔMICA DAS DIFERENTES TÉCNICAS DE INSTRUMENTAÇÃO ENDODÔNTICA UTILIZADAS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

QUEIROZ, Laís Ramos; DO NASCIMENTO, Maria Ângela Alves. Sentidos e significados da perda dentária na Estratégia Saúde da Família: uma realidade entre o pensar e o fazer. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 3, 2017.

SAMPAIO, Fabio Correia et al. Dental caries prevalence, prospects, and challenges for Latin America and Caribbean countries: a summary and final recommendations from a Regional Consensus. **Brazilian oral research**, v. 35, p. e056, 2021.

SANZ, M. et al. Role of microbial biofilms in the maintenance of oral health and in the development of dental caries and periodontal diseases. Consensus report of group 1 of the Joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal disease. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 44, n. 18, p. 5–11, 2017.

SOUZA, M.T., Silva, M.D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, 8(1), 102-106.

TAVARES, Nathália Santos et al. ASPECTO SOCIOECONÔMICO COMO FATOR LIMITANTE PARA EXECUÇÃO DE UM ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM ODONTOLOGIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v. 16, n. 1, p. 10-10, 2024.