www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/1ztnp480

Acesso a serviços odontológicos em comunidades rurais e de baixa renda: barreiras e estratégias para a implantação de consultórios odontológicos — uma revisão integrativa

Access to dental services in rural and low-income communities: barriers and strategies for establishing dental clinics — an integrative review

Edna Patrícia Victorino Francisco[1]; Herculano Calandula Kamalanga[2]; Walter Manuel Guedes Barata[3]; António Agostinho dos Santos Rosa[4]; Rosa Chiânica Nhongo Mazunga[5]; Maria Rita Garcia[6]; Julino Matos Delfino[7]; Noémia António Van-Dúnem[8]; Victor Nogueira Lucamba[9]

RESUMO

Introdução: As doenças orais afetam cerca de 3,5 mil milhões de pessoas no mundo e concentram-se em países de baixa e média renda, onde o acesso aos serviços odontológicos é

[1] Licenciada em Medicina Dentária pelo Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola.
[2] Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade José Eduardo dos Santos (Huambo); Enfermeiro e Mestre em Obstetrícia e Neonatologia pelo Instituto Superior Politécnico do Huambo; Pós-graduado em Metodologia de Ensino Superior; Docente de Fisiologia I e II e Semiologia Médica do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6492-0007. E-mail: herculano.kalandula@gmail.com. Autor correspondente.
[3] Licenciado em Medicina Dentária; Pós-graduado em Didáctica do Ensino Superior (ISPC) e em Psicopedagogia (ISCED-Huambo); Docente de Cariologia, Patologia Bucal e Cirurgia e Traumatologia I e II do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola. E-mail: valterbarata27@gmail.com
[4] Engenheiro Agrónomo; Mestre em Tecnologia e Produção de Alimentos (Universidade José Eduardo dos Santos); Pós-graduado em Metodologia de Ensino Superior; Docente de Metodologia de Investigação Científica e Bioestatística do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2617-5258. E-mail: antoniorosa7980@gmail.com
[5] Licenciada em Medicina Dentária pelo Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC); Docente de Odontopediatria e Estomatologia do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola. ORCID: https://orcid.org/0009-0007-3449-9662. E-mail: rosamazunga781@gmail.com
[6] Médica Dentista pelo Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC); Pós-graduada em Metodologia de Ensino Superior; Docente de Prática Clínica I e II do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola. E-mail: mariaritagarcia948@gmail.com
[7] Médico Veterinário; Mestre em Docência Universitária (Universidad Europea del Atlántico); Pós-graduado em Didáctica do Ensino Superior com ênfase em Metodologias Activas; Docente de Bioquímica do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola. ORCID: https://orcid.org/0009-0001-5744-912X. E-mail: julinodelfino@gmail.com
[8] Licenciada em Medicina Dentária pela Universidade Jean Piaget de Angola; Pós-graduada em Metodologia de Ensino Superior; Docente de Odontopediatria I, II e III do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola. E-mail: noemiavandunem95@gmail.com
[9] Médico Dentista; Pós-graduado em Metodologia de Ensino Superior; Docente de Prótese I e de Semiologia e Diagnóstico Bucal I e II do Instituto Superior Politécnico da Caála (ISPC), Huambo, Angola.

limitado, sobretudo nas zonas rurais. Em Angola, a escassez de médicos dentistas e a sua concentração em Luanda agravam este cenário. **Objetivo:** identificar e sintetizar as evidências disponíveis sobre as barreiras de acesso aos serviços odontológicos em comunidades rurais e de baixa renda e sobre as estratégias descritas para a implantação e expansão desses serviços. **Método:** revisão integrativa da literatura conduzida segundo as seis etapas propostas por Whittemore e Knafl, com pesquisa na PubMed/PMC, na SciELO, no Google Académico e em repositórios institucionais, utilizando descritores DeCS/MeSH combinados por operadores booleanos, para publicações de 2008 a 2026 em português, inglês e espanhol; a seleção seguiu as recomendações PRISMA 2020. **Resultados:** foram incluídos 26 estudos, provenientes de Angola, de outros sete países da África Subsaariana, do Brasil, da Índia, do Nepal e de análises regionais ou globais. A síntese originou três categorias: (1) carga de doença oral e necessidade não atendida; (2) barreiras de acesso — financeiras, geográficas, estruturais/de recursos humanos e socioculturais; e (3) estratégias para ampliar o acesso — consultórios fixos integrados na atenção primária, unidades móveis, delegação de funções a profissionais de nível intermédio, agentes comunitários de saúde, educação em saúde e mecanismos de financiamento acessíveis. **Conclusão:** a ausência de serviços próximos, o custo e a escassez de profissionais são as barreiras mais consistentes. A implantação de consultórios odontológicos de proximidade, articulados com ações móveis, educativas e comunitárias, com profissionais de nível intermédio e com modelos de pagamento adaptados à realidade local, constitui uma estratégia coerente com as evidências e aplicável a municípios rurais angolanos como o Bimbe, na província do Huambo.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Assistência Odontológica; População Rural; Saúde Bucal; Angola.

ABSTRACT

Introduction: Oral diseases affect about 3.5 billion people worldwide and are concentrated in low- and middle-income countries, where access to dental services is limited, especially in rural areas. In Angola, the shortage of dentists and their concentration in Luanda worsen this scenario. **Objective:** to identify and synthesise the available evidence on barriers to accessing dental services in rural and low-income communities and on the strategies described for establishing and expanding these services. **Method:** integrative literature review following the six stages proposed by Whittemore and Knafl, with searches in PubMed/PMC, SciELO, Google Scholar and institutional repositories, using DeCS/MeSH descriptors combined with Boolean operators, for publications from 2008 to 2026 in Portuguese, English and Spanish; selection followed the PRISMA 2020 recommendations. **Results:** 26 studies were included,

from Angola, seven other sub-Saharan African countries, Brazil, India, Nepal and regional or global analyses. The synthesis produced three categories: (1) oral disease burden and unmet need; (2) access barriers — financial, geographical, structural/workforce and sociocultural; and (3) strategies to expand access — fixed clinics integrated into primary care, mobile units, task-sharing with mid-level providers, community health workers, health education and affordable financing mechanisms. **Conclusion:** the absence of nearby services, cost and the shortage of professionals are the most consistent barriers. Establishing local dental clinics, linked with mobile, educational and community actions, with mid-level providers and with payment models adapted to the local context, is a strategy consistent with the evidence and applicable to rural Angolan municipalities such as Bimbe, Huambo Province.
Keywords: Health Services Accessibility; Dental Care; Rural Population; Oral Health; Angola.

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte indissociável da saúde geral e influencia diretamente a capacidade de mastigar, falar e sorrir, a autoestima e a participação social. Apesar de serem, em grande medida, evitáveis, as doenças orais constituem um dos problemas de saúde mais comuns do mundo: segundo a Organização Mundial da Saúde, afetam cerca de 45% da população mundial — aproximadamente 3,5 mil milhões de pessoas —, sendo a cárie não tratada a condição mais prevalente, e cerca de três em cada quatro pessoas afetadas vivem em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022).

Peres *et al.* (2019) descrevem as doenças orais como um desafio global de saúde pública, marcado por profundas desigualdades sociais, enquanto Watt *et al.* (2019) defendem uma mudança radical nos sistemas de saúde, com integração da saúde oral nos cuidados primários e foco na prevenção. Na Região Africana, a prevalência, a gravidade e a morbilidade das doenças orais têm vindo a aumentar, e a elevada proporção de lesões de cárie não tratadas reflete recursos limitados e dificuldades de acesso e de capacidade de pagamento (ABID *et al.*, 2015).

Em Angola, o problema assume contornos particulares. Moimaz *et al.* (2021) identificaram 701 médicos dentistas registados para uma população de cerca de 30 milhões de habitantes — aproximadamente um profissional para cada 43.000 pessoas —, com a maioria das instituições de formação concentrada em Luanda. Esta escassez repercute-se de forma mais intensa nos municípios rurais do interior, como o Bimbe, na província do Huambo, onde

a população depende de serviços hospitalares com oferta odontológica irregular ou precisa de se deslocar a outros municípios para obter cuidados.

Num estudo exploratório realizado pela primeira autora com 50 moradores do Bimbe, 30% nunca tinham consultado um dentista, 58% só procuravam atendimento quando sentiam dor, 54% apontaram a inexistência de um consultório odontológico como principal dificuldade e 36% indicaram a distância até ao local de atendimento; 96% consideraram importante a criação de um consultório no município (FRANCISCO, 2025). Estes dados locais motivaram a presente revisão, que procura situar a realidade do Bimbe no conjunto da evidência científica disponível e fundamentar a planificação de serviços odontológicos em contextos semelhantes.

Assim, este artigo tem como objetivo identificar e sintetizar as evidências disponíveis sobre as barreiras de acesso aos serviços odontológicos em comunidades rurais e de baixa renda e sobre as estratégias descritas para a implantação e a expansão desses serviços, com ênfase nos países africanos de baixa e média renda.

2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite reunir e sintetizar resultados de estudos com diferentes delineamentos — experimentais e não experimentais — sobre um mesmo tema, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento e para a prática baseada em evidências (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). O estudo seguiu as seis etapas propostas por Whittemore e Knafl (2005): (1) identificação do tema e formulação da questão de pesquisa; (2) definição dos critérios de inclusão e exclusão e pesquisa na literatura; (3) definição das informações a extrair dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da síntese do conhecimento.

2.1 Questão de pesquisa

A questão norteadora foi construída com base na estratégia PICo — População (P): comunidades rurais e de baixa renda; Interesse (I): acesso aos serviços odontológicos e implantação de consultórios; Contexto (Co): países de baixa e média renda, com ênfase em África e Angola. Definiu-se a seguinte pergunta: *Quais são as barreiras de acesso aos serviços odontológicos enfrentadas por comunidades rurais e de baixa renda e que estratégias têm sido descritas para implantar ou ampliar esses serviços?*

2.2 Fontes de informação e estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada na PubMed/PubMed Central (PMC), na Scientific Electronic Library Online (SciELO), no Google Académico e em repositórios institucionais (para captação de literatura cinzenta, como teses), utilizando descritores dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH), em português e inglês, combinados com os operadores booleanos AND e OR: ("Dental Care" OR "Dental Health Services" OR "Assistência Odontológica") AND ("Health Services Accessibility" OR "Acesso aos Serviços de Saúde" OR "barriers") AND ("Rural Population" OR "População Rural" OR "low-income") AND ("Africa" OR "Angola" OR "developing countries"). A pesquisa nas bases foi executada em 18 de outubro de 2026. Complementarmente, foram identificados estudos no Google Académico, em repositórios institucionais e por pesquisa manual nas listas de referências dos estudos selecionados; estes estudos são apresentados, no fluxograma PRISMA 2020, no ramo de identificação por outros métodos.

2.3 Critérios de elegibilidade

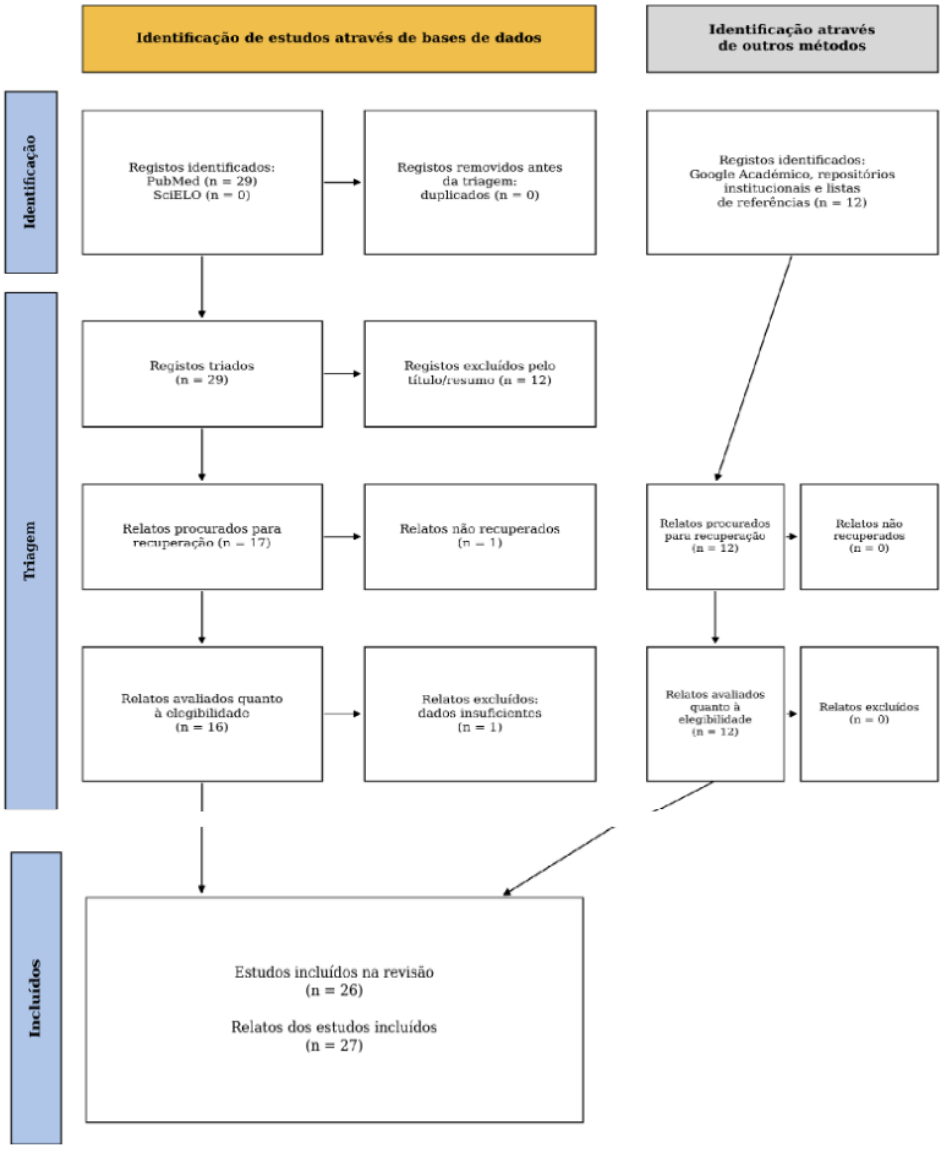
Foram incluídos estudos primários, revisões e documentos técnicos ou de opinião publicados entre 2008 e 2026, em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra ou com resumo suficientemente informativo, que abordassem o acesso, a utilização ou as barreiras aos serviços odontológicos em populações rurais, periurbanas ou de baixa renda, ou estratégias para a oferta desses serviços (consultórios fixos, unidades móveis, agentes comunitários, recursos humanos). Foram excluídos estudos realizados exclusivamente em populações urbanas de alta renda, estudos clínicos sem relação com o acesso aos serviços, duplicados e publicações sem identificação verificável de autoria e fonte.

2.4 Seleção, extração e análise dos dados

A seleção ocorreu em duas fases — leitura de títulos e resumos e, depois, leitura integral — conduzidas pelos autores. Os dados foram extraídos para um instrumento que incluía autores, ano, país, delineamento, amostra, principais resultados e nível de evidência. O nível de evidência foi classificado segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005), numa escala de I (revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados) a VII (opinião de especialistas). A síntese foi descritiva e temática: os resultados foram comparados, agrupados por semelhança e organizados em categorias analíticas. O processo de identificação e seleção foi orientado pelas recomendações PRISMA 2020 (PAGE *et al.*, 2021).

A pesquisa nas bases de dados identificou 29 registos (PubMed n = 29; SciELO n = 0), sem duplicados. Após a leitura de títulos e resumos, foram excluídos 12 registos. Dos 17 relatos procurados para leitura integral, um não foi recuperado (sem resumo e sem acesso ao texto integral); dos 16 avaliados, um foi excluído por dados insuficientes. Pelas outras fontes (Google Académico, repositórios institucionais e listas de referências) foram identificados 12 relatos, todos elegíveis. Foram incluídos 26 estudos, descritos em 27 relatos, uma vez que o estudo de Songa sobre uma comunidade rural de Benguela foi publicado como tese e como artigo. O processo está representado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma de identificação, triagem e inclusão dos estudos, segundo o PRISMA 2020.



Fonte: Elaborado pelos autores (2026), com base em Page *et al.* (2021).

2.5 Aspetos éticos

Por se tratar de uma revisão de literatura com dados de domínio público, o estudo dispensou apreciação por comité de ética. Foram respeitadas as autorias e as ideias dos estudos analisados, devidamente citados e referenciados.

3 RESULTADOS

Foram incluídos 26 estudos publicados entre 2008 e 2026. Quanto à origem, três referem-se a Angola (E13, E18 e E22), onze a outros sete países da África Subsaariana (Tanzânia, Burkina Faso, Uganda, Nigéria, Camarões, Etiópia e África do Sul), um ao Brasil, quatro à Índia, um ao Nepal e seis têm abrangência regional ou global. Em relação ao delineamento, predominaram os estudos transversais (n = 11, um deles de métodos mistos), seguidos de revisões (n = 5: uma sistemática com metanálise, uma de escopo e três narrativas), estudos qualitativos (n = 2) e artigos de opinião (n = 2); os restantes correspondem a um estudo documental, um estudo longitudinal descritivo, uma análise da força de trabalho, uma análise retrospetiva de registos clínicos, uma análise de custos e um relatório de inquérito global. Predominaram, portanto, os níveis de evidência VI (n = 18), seguidos dos níveis VII (n = 5) e V (n = 3), o que é esperado para uma questão centrada no acesso e na organização dos serviços. O Quadro 1 apresenta a síntese dos estudos incluídos.

Quadro 1 – Síntese dos estudos incluídos na revisão integrativa (n = 26).

Cód.	Autor(es), ano e local	Delineamento, amostra e nível de evidência (NE)	Principais resultados
E1	Kikwilu *et al.* (2008) – Tanzânia	Inquérito transversal (amostragem não probabilística) com adultos de zonas urbanas e rurais. NE VI	Dor oral nos últimos 12 meses em 58,8% dos inquiridos; apenas 26,5% dos que tiveram dor usaram serviços de urgência odontológica. Custo foi a barreira mais citada; residentes rurais referiram mais a distância, o custo do transporte, o recurso a curandeiros tradicionais e a medicação caseira.
E2	Petersen *et al.* (2010) – Global (pessoas idosas)	Relatório de inquérito da OMS aos responsáveis nacionais de saúde oral e bases de dados da OMS (136 países). NE VI	Elevada experiência de problemas orais nos idosos de países de baixa renda e acesso deficiente aos cuidados, sobretudo nas zonas rurais; identifica barreiras e oportunidades para criar serviços e programas de promoção.
E3	Agbor e Naidoo (2011) – Camarões (Bui)	Estudo transversal com 21 curandeiros tradicionais e 52 dos seus clientes, em zonas urbanas e rurais. NE VI	Apenas 6,5% dos clientes frequentavam clínicas dentárias; 69% recorriam ao curandeiro pelo baixo custo. Motivos para não ir ao dentista: custo, má acessibilidade, superstição e medo. Pouca colaboração com os serviços de saúde oral (6% referenciados ao dentista).
E4	Achembong *et al.* (2012) – Camarões	Análise retrospectiva de registros de 10 clínicas (até 1 500 consultas por clínica). NE VI	As zonas rurais dispõem de apenas 3% dos dentistas do país. Os profissionais de nível intermédio realizaram 93,5% das extrações, 87,5% das restaurações, 96,5% dos tratamentos endodônticos e 98,1% das próteses, num modelo de delegação de funções.
E5	Singh e Purohit (2013) – Índia	Artigo de opinião. NE VII	A Índia concentra cerca de um terço das faculdades de medicina dentária do mundo, mas a oferta de cuidados nas zonas rurais é escassa; a prática é sobretudo privada e reparadora. Defende política nacional de saúde oral e reforço dos serviços públicos.

E6	Abid *et al.* (2015) – Região de África e Médio Oriente	Revisão narrativa (simpósio IADR). NE VII	Prevalência e morbilidade das doenças orais em ascensão em África; elevada proporção de cárie não tratada reflete recursos limitados e problemas de acesso e de capacidade de pagamento. Lacunas: baixa prioridade política, financiamento insuficiente e fraca formação de recursos humanos.
E7	Ogunbodede *et al.* (2015) – Região de África e Médio Oriente	Revisão narrativa. NE VII	Desigualdades entre zonas rurais e urbanas na distribuição, acessibilidade e utilização dos serviços, na literacia em saúde e na cobertura por seguros. Recomenda promoção da saúde oral dirigida, maior acesso nas zonas rurais e integração nos cuidados primários.
E8	Molete *et al.* (2016) – África do Sul	Análise de custos de um programa escolar com unidade dentária móvel (4 escolas, 5 meses). NE VI	Custo por paciente de cerca de US$31 no rastreio e US$69 no tratamento; os selantes foram o tratamento mais barato. Um serviço liderado por terapeutas dentários poderia reduzir os custos em 9,1%.
E9	Lambert *et al.* (2017) – África do Sul (township de baixa renda)	Estudo qualitativo com entrevistas em profundidade a jovens adultos com VIH. NE VI	Pouca experiência de cuidados dentários; desconhecimento dos serviços e dos profissionais adequados, remédios caseiros, medo e pobreza como barreiras. Sugere integrar a saúde oral nos cuidados médicos e na rede de cuidados do VIH.
E10	Lubon *et al.* (2018) – Nepal (zona rural)	Estudo qualitativo (16 entrevistas e 3 grupos focais) com grávidas e puérperas. NE VI	As mulheres reconheciam sinais de cárie e doença gengival, mas não sabiam onde procurar cuidados e dependiam do conhecimento da comunidade; uso tradicional de ramos de plantas na higiene oral. Sugere apoio de agentes comunitários.
E11	Nyamuryekung'e *et al.* (2019) – Tanzânia	Inquérito a 489 pacientes de quatro hospitais regionais, com pagamento direto. NE VI	Custos diretos representaram 80% do total; cerca de metade dos pacientes sofreu impacto financeiro significativo (92,2% nos agregados de baixa renda). A maioria procurou cuidados por dor e só 7,1% recebeu uma restauração, cujo custo era o triplo da extração.
E12	Uguru *et al.* (2020) – Nigéria (Enugu, urbano e rural)	Estudo transversal de métodos mistos com prestadores de cuidados primários de saúde oral. NE VI	Fatores que condicionam a oferta de tratamento da cárie: custo dos materiais (100%), recursos humanos (98,1%), recursos de controlo de infeção (98,1%), localização geográfica (98,1%) e políticas governamentais (88%); também financiamento, capacidade de pagamento e literacia da população.
E13	Moimaz *et al.* (2021) – Angola	Estudo documental descritivo. NE VI	701 médicos dentistas registrados para cerca de 30,2 milhões de habitantes (≈ 1 por 43 000). Das instituições autorizadas a formar dentistas, seis situam-se em Luanda e uma em cada uma das províncias de Benguela, Huambo, Huíla e Uíge; quatro das sete regiões académicas sem curso.
E14	Clauss *et al.* (2021) – Burkina Faso (rural)	Estudo epidemiológico transversal (critérios OMS), adolescentes de 15–19 e adultos de 35–44 anos. NE VI	Cárie não tratada em 38% dos adolescentes e 73% dos adultos; 97% dos adolescentes sem consulta no último ano e 78% dos adultos nunca consultaram um dentista; menos de 10% usava dentífrico fluoretado. Recomenda intervenções comunitárias baseadas em dados epidemiológicos.
E15	Ocwia *et al.* (2021) – Uganda (distrito rural de Nebbi)	Inquérito transversal de base comunitária, 400 adultos. NE VI	Barreiras mais frequentes: custo do tratamento (47,5%), longo tempo de espera (18,5%), distância até à unidade (9,8%), medo da dor (8,5%) e atitude dos profissionais (3,8%).

E16	Bogale *et al.* (2021) – Etiópia (Butajira)	Inquérito transversal comunitário, 626 adultos (53,2% residentes rurais). NE VI	74% nunca tinham usado serviços odontológicos, sobretudo por nunca terem sentido problemas (71,3%); 60% tinham experiência de cárie e, destes, 88% tinham dentes cariados não tratados.
E17	Vuyyuru *et al.* (2021) – Índia (zona rural)	Inquérito transversal domiciliário, 169 crianças de 12 anos. NE VI	Prevalência de cárie de 39% e de gengivite de 35%, com utilização dos serviços inferior a 15%; a principal razão foi considerar que os problemas dentários não são graves nem ameaçam a vida.
E18	Songa *et al.* (2022) – Benguela, Angola	Estudo transversal analítico, 240 crianças de 5 anos e 190 de 12 anos. NE VI	CPOD médio de 0,76 e ceod de 2,19; 56,51% das crianças nunca tinham ido ao dentista; a cárie na dentição decídua foi significativamente mais frequente nas áreas periurbanas. Os autores apontam o acesso limitado e a falta de tratamento.
E19	Teixeira *et al.* (2023) – Brasil	Revisão sistemática com metanálise de 94 estudos observacionais. NE V	Residentes em zona rural usaram menos os serviços odontológicos no último ano do que os urbanos (RP = 0,79; IC95% 0,64–0,97). Desigualdades também por escolaridade e renda; possível relação com a concentração de dentistas nos grandes centros.
E20	Bala *et al.* (2023) – Índia (zonas rurais)	Estudo longitudinal descritivo de três anos de uma clínica odontológica móvel. NE VI	6 326 pacientes atendidos gratuitamente; 93,3% nunca tinham recebido tratamento odontológico. Unidade com quatro postos de trabalho oferecia exame, destartarização, flúor, selantes, restaurações, exodontias, pequena cirurgia e educação em saúde.
E21	Gallagher *et al.* (2024) – Global	Análise da força de trabalho em saúde oral face à Estratégia Global da OMS. NE V	Distribuição desigual dos profissionais de saúde oral entre e dentro dos países, com maior escassez onde a carga de doença é mais alta; defende planeamento da força de trabalho, diversificação de perfis profissionais e integração na atenção primária.
E22	Songa (2024); Songa *et al.* (2024) – Benguela, Angola (comunidade rural)	Tese e artigo do mesmo inquérito transversal, 575 indivíduos de 12 a 40 anos. NE VI	CPOD de 4,64; cárie não tratada em 72,9% e apenas 1,7% dos dentes cariados restaurados; 42,8% nunca tinham ido ao dentista e 32,5% fizeram a última consulta por dor. Acesso aos serviços deficiente e limitado a extrações.
E23	Kshirsagar *et al.* (2025) – Índia	Revisão narrativa sobre unidades odontológicas móveis. NE VII	Unidades móveis reduzem custos de deslocação e alcançam populações remotas, com prevenção e tratamento básico; limitações: âmbito clínico restrito, desgaste dos veículos, custos recorrentes, dependência de financiamento e dificuldade de seguimento.
E24	Folayan *et al.* (2025) – África	Artigo de opinião. NE VII	Os agentes comunitários de saúde podem compensar a escassez de profissionais, realizando educação, prevenção, deteção precoce e referenciação; recomenda formação padronizada e políticas nacionais de saúde oral.
E25	Shrivastava *et al.* (2026) – Países de baixa e média renda	Revisão de escopo de 214 estudos, com síntese segundo o Theoretical Domains Framework. NE V	Barreiras mais frequentes do que facilitadores; predominaram o contexto ambiental e os recursos (41,5%), as crenças sobre as consequências (23,1%) e o conhecimento (13,2%). As barreiras estruturais dominaram em todos os contextos.
E26	Aniagboso *et al.* (2026) – Nigéria (comunidade periurbana)	Inquérito transversal, 437 adultos de famílias de baixa renda. NE VI	Cerca de 79,9% não usavam serviços. Barreiras: taxas da consulta (91,3%), custo do transporte (84,0%), perda de rendimento (79,6%), distância e tempo de espera (76,7% cada). Os participantes sugeriram consultas gratuitas, clínicas móveis e horários alargados.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026). NE = nível de evidência segundo Melnyk e Fineout-Overholt (2005); CPOD/ceod = índices de dentes cariados, perdidos e obturados nas dentições permanente/decídua; RP = razão de prevalência.

A análise temática dos estudos permitiu a organização dos resultados em três categorias: (1) carga de doença oral e necessidade não atendida; (2) barreiras de acesso aos serviços odontológicos; e (3) estratégias para a implantação e ampliação dos serviços.

4 DISCUSSÃO

4.1 Carga de doença oral e necessidade não atendida

Os estudos convergem ao demonstrar que, nas comunidades rurais e de baixa renda, a necessidade de cuidados odontológicos é elevada e, sobretudo, não atendida. No Burkina Faso rural, 73% dos adultos apresentavam cárie não tratada e 78% nunca tinham consultado um dentista (CLAUSS *et al.*, 2021). Na Etiópia, 74% dos adultos nunca tinham usado serviços odontológicos e 88% dos que tinham experiência de cárie apresentavam dentes cariados não tratados (BOGALE *et al.*, 2021). Em Angola, numa comunidade rural de Benguela, a cárie não tratada atingia 72,9% dos participantes, apenas 1,7% dos dentes cariados estavam restaurados e 42,8% nunca tinham ido ao dentista (SONGA, 2024; SONGA *et al.*, 2024); entre crianças da cidade de Benguela, 56,51% nunca tinham tido uma consulta odontológica, e a cárie na dentição decídua foi mais frequente nas áreas periurbanas (SONGA *et al.*, 2022). O mesmo padrão de baixa utilização surge na Índia rural, onde menos de 15% das crianças de 12 anos usavam os serviços (VUYYURU *et al.*, 2021), e entre os idosos de países de baixa renda, sobretudo nas zonas rurais (PETERSEN *et al.*, 2010).

Estes resultados confirmam as análises regionais de Abid *et al.* (2015) e de Ogunbodede *et al.* (2015): a proporção de lesões não tratadas é muito elevada e as desigualdades entre zonas rurais e urbanas atravessam a distribuição dos serviços, a sua utilização, a literacia em saúde e a cobertura por seguros, o que traduz falta de acesso e não ausência de doença. O padrão de procura de cuidados apenas em situação de dor — observado em Benguela, onde 32,5% fizeram a última consulta por dor (SONGA *et al.*, 2024), na Tanzânia, onde a maioria dos pacientes procurou o hospital por dor e só 7,1% recebeu uma restauração (NYAMURYEKUNG'E; LAHTI; TUOMINEN, 2019), e no Bimbe, onde 58% referiram ir ao dentista só quando sentem dor (FRANCISCO, 2025) — favorece um modelo assistencial mutilador, centrado em exodontias. Não surpreende, por isso, que a população do Bimbe tenha apontado o tratamento de cáries (54%) e a extração dentária (34%) como os serviços mais necessários (FRANCISCO, 2025).

4.2 Barreiras de acesso aos serviços odontológicos

As barreiras identificadas podem ser agrupadas em quatro dimensões inter-relacionadas, coerentes com a revisão de escopo de Shrivastava *et al.* (2026), que, em 214 estudos de países de baixa e média renda, encontrou o contexto ambiental e os recursos como o domínio mais frequente (41,5%), seguido das crenças sobre as consequências (23,1%) e do conhecimento (13,2%), com predomínio das barreiras estruturais em todos os contextos:

- **Financeiras:** o custo do tratamento foi a barreira mais frequente no Uganda (47,5%) (OCWIA *et al.*, 2021) e na Tanzânia (KIKWILU *et al.*, 2008). Na Nigéria, as taxas da consulta (91,3%), o custo do transporte (84,0%) e a perda de rendimento por faltar ao trabalho (79,6%) foram referidos pela maioria das famílias de baixa renda (ANIAGBOSO; CHINEDU-OGBODO; NONO, 2026). Na Tanzânia, cerca de metade dos pacientes sofreu um impacto financeiro significativo com o pagamento direto dos cuidados, proporção que chegou a 92,2% nos agregados de baixa renda; como as restaurações custavam o triplo das extrações, o próprio preço empurrava para a solução mutiladora (NYAMURYEKUNG'E; LAHTI; TUOMINEN, 2019). Nos Camarões, 69% dos clientes de curandeiros tradicionais recorriam a eles pelo baixo custo (AGBOR; NAIDOO, 2011).
- **Geográficas:** a distância até à unidade de saúde e o custo do transporte foram mais citados por residentes rurais do que urbanos na Tanzânia (KIKWILU *et al.*, 2008) e por 76,7% dos inquiridos na Nigéria (ANIAGBOSO; CHINEDU-OGBODO; NONO, 2026). No Brasil, a residência em zona rural associou-se a menor utilização de serviços odontológicos no último ano (RP = 0,79) (TEIXEIRA *et al.*, 2023). Nos Camarões, a má acessibilidade surgiu entre os motivos para não ir ao dentista (AGBOR; NAIDOO, 2011). No Bimbe, 36% dos moradores indicaram a distância como principal dificuldade (FRANCISCO, 2025).
- **Estruturais e de recursos humanos:** a inexistência de serviços próximos e a escassez de profissionais são barreiras de base. Em Angola, a relação de cerca de um dentista para 43 000 habitantes e a concentração da formação em Luanda (MOIMAZ *et al.*, 2021) refletem o padrão global de distribuição desigual da força de trabalho em saúde oral, mais escassa precisamente onde a carga de doença é maior (GALLAGHER *et al.*, 2024); nos Camarões, as zonas rurais dispõem de apenas 3% dos dentistas do país (ACHEMBONG *et al.*, 2012). O número de dentistas, por si só, não resolve o

problema: a Índia concentra cerca de um terço das faculdades de medicina dentária do mundo e continua a ter escassa oferta rural (SINGH; PUROHIT, 2013). Do lado dos prestadores, a oferta de tratamento da cárie na Nigéria dependia sobretudo do custo dos materiais, dos recursos humanos, dos recursos de controlo de infeção, da localização e das políticas governamentais (UGURU *et al.*, 2020). Os longos tempos de espera (OCWIA *et al.*, 2021; ANIAGBOSO; CHINEDU-OGBODO; NONO, 2026) e os horários pouco flexíveis são consequências diretas dessa escassez. No Bimbe, a falta de um consultório foi a principal barreira referida (54%) (FRANCISCO, 2025).

- **Socioculturais e de perceção:** a ideia de que os problemas dentários não são graves explicou a baixa utilização na Índia rural (VUYYURU *et al.*, 2021), e a ausência de queixas foi o motivo mais citado na Etiópia (BOGALE *et al.*, 2021). O desconhecimento de onde procurar cuidados foi relatado por grávidas do Nepal rural (LUBON *et al.*, 2018) e por jovens adultos com VIH numa comunidade de baixa renda da África do Sul, que referiram também remédios caseiros e medo (LAMBERT; ORRELL; HABERER, 2017). Somam-se o medo da dor, a atitude dos profissionais (OCWIA *et al.*, 2021), o recurso a curandeiros tradicionais e a medicação caseira (KIKWILU *et al.*, 2008; AGBOR; NAIDOO, 2011) e a baixa literacia em saúde oral — expressa, por exemplo, no reduzido uso de dentífrico fluoretado (CLAUSS *et al.*, 2021) —, fatores que reduzem a procura mesmo quando o serviço existe.

Estas dimensões não atuam isoladamente: a ausência de um serviço local transforma a distância em custo, e o custo, por sua vez, adia a procura até à fase de dor, em que o tratamento disponível — e mais barato — tende a ser a extração. Trata-se, portanto, de um ciclo que só pode ser interrompido por intervenções que atuem em simultâneo sobre a oferta, o custo e a educação em saúde.

4.3 Estratégias para a implantação e ampliação dos serviços

Consultórios de proximidade integrados na atenção primária. A literatura defende a integração da saúde oral nos cuidados primários como via para a cobertura universal (WATT *et al.*, 2019; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022; GALLAGHER *et al.*, 2024; OGUNBODEDE *et al.*, 2015). Um consultório fixo no próprio município elimina a principal barreira referida pelos moradores do Bimbe, reduz os custos de deslocação e permite continuidade de cuidados — algo que as soluções itinerantes dificilmente garantem. A integração pode aproveitar programas já existentes: Lambert, Orrell e Haberer (2017)

propõem usar a rede de cuidados do VIH para levar a saúde oral a comunidades com poucos recursos, e Lubon *et al.* (2018) apontam o acompanhamento da gravidez como oportunidade.

Delegação de funções e diversificação da força de trabalho. Nos Camarões, profissionais de saúde oral de nível intermédio realizaram 93,5% das extrações, 87,5% das restaurações e 98,1% das próteses numa rede de clínicas que serve sobretudo zonas desfavorecidas (ACHEMBONG *et al.*, 2012), e Gallagher *et al.* (2024) defendem a diversificação dos perfis profissionais. Num contexto como o angolano, em que os dentistas são poucos e concentrados em Luanda, a formação e fixação de técnicos de saúde oral no interior é uma forma realista de garantir a oferta de cuidados básicos.

Unidades móveis como complemento. Na Índia rural, uma clínica móvel atendeu 6 326 pacientes em três anos, 93,3% dos quais nunca tinham recebido tratamento odontológico (BALA *et al.*, 2023). Na África do Sul, um programa escolar com unidade móvel teve um custo por paciente de cerca de US$31 no rastreio e US$69 no tratamento, e poderia reduzir custos em 9,1% se fosse liderado por terapeutas dentários (MOLETE; CHOLA; HOFMAN, 2016). A revisão de Kshirsagar *et al.* (2025) confirma o potencial destas unidades, mas destaca limitações — âmbito clínico restrito, custos recorrentes, desgaste dos veículos e dificuldade de seguimento —, o que sugere que funcionam melhor como extensão de um serviço fixo do que como substituto dele. A própria população nigeriana sugeriu clínicas móveis e horários alargados como soluções (ANIAGBOSO; CHINEDU-OGBODO; NONO, 2026).

Agentes comunitários, educação em saúde e articulação com a medicina tradicional. Perante a escassez de dentistas, Folayan *et al.* (2025) propõem integrar a saúde oral nas funções dos agentes comunitários de saúde — educação, prevenção, deteção precoce e referenciação — com formação padronizada. Clauss *et al.* (2021) reforçam a necessidade de intervenções comunitárias planeadas a partir de dados epidemiológicos locais. Nos Camarões, apenas 6% dos clientes de curandeiros tradicionais eram referenciados ao dentista (AGBOR; NAIDOO, 2011), o que sugere que envolver estes atores na identificação e referenciação dos casos pode ampliar o alcance dos serviços em comunidades onde a medicina tradicional é a primeira escolha.

Financiamento e modelos de pagamento acessíveis. Dado o peso das barreiras financeiras, a sustentabilidade de um consultório em meio rural exige preços adaptados ao poder de compra local, combinados com apoio público, parcerias e mecanismos solidários;

Nyamuryekung'e, Lahti e Tuominen (2019) recomendam aumentar o pré-pagamento dos serviços de saúde para reduzir o impacto financeiro nas famílias. No Bimbe, 84% dos inquiridos declararam estar dispostos a pagar um valor simbólico pelos serviços básicos (FRANCISCO, 2025), o que indica aceitabilidade de um modelo de comparticipação reduzida. A proposta local de admitir, em situações específicas, pagamento em géneros (produtos agrícolas ou pequenos animais) é uma adaptação sociocultural que merece avaliação de viabilidade em estudos futuros.

4.4 Implicações para o município do Bimbe e para Angola

A síntese das evidências permite propor, para municípios rurais angolanos como o Bimbe, um modelo híbrido assente em: (a) um consultório odontológico fixo, com infraestrutura e normas de biossegurança adequadas, que funcione como ponto de referência local; (b) profissionais de nível intermédio que assegurem os cuidados básicos sob supervisão; (c) atividades periódicas de extensão às comunidades mais distantes; (d) envolvimento de agentes comunitários, das escolas e dos curandeiros tradicionais em ações de educação, prevenção e referenciação; (e) uma tabela de preços acessível, que não torne a restauração mais cara do que a extração, articulada com apoios públicos e parcerias; e (f) recolha sistemática de dados epidemiológicos para orientar o planeamento. No plano nacional, a expansão da formação de médicos dentistas e de técnicos de saúde oral para além de Luanda e a fixação de profissionais no interior (MOIMAZ *et al.*, 2021) são condições estruturais para que estas iniciativas locais sejam sustentáveis.

4.5 Limitações

Esta revisão apresenta limitações. Predominaram estudos transversais e documentos de níveis de evidência mais baixos, o que impede inferências causais sobre a eficácia das estratégias descritas. A estratégia de pesquisa, ao combinar termos de acesso, ruralidade e região geográfica, foi restritiva: a SciELO não devolveu registos e parte importante dos estudos foi identificada por outras fontes, pelo que estudos relevantes podem não ter sido captados. Para alguns estudos, a extração de dados baseou-se no resumo. A produção científica sobre Angola é ainda escassa, e parte da evidência provém de outros países, cujas realidades podem diferir da angolana. A inclusão de literatura cinzenta (tese) e de artigos de opinião ampliou a abrangência, mas pode introduzir heterogeneidade metodológica. Por fim, os dados locais do Bimbe provêm de uma amostra não probabilística de 50 moradores e devem ser interpretados como exploratórios.

5 CONCLUSÃO

As evidências analisadas mostram que, nas comunidades rurais e de baixa renda, a elevada necessidade de cuidados odontológicos não é atendida sobretudo devido à inexistência de serviços próximos, aos custos diretos e indiretos do tratamento, à escassez e má distribuição de profissionais e a fatores socioculturais, como a perceção de que os problemas dentários não são graves e o desconhecimento dos serviços. Estas barreiras reforçam-se mutuamente e conduzem a uma procura tardia, motivada pela dor e centrada em extrações.

As estratégias com maior coerência com a evidência combinam a criação de consultórios odontológicos de proximidade integrados na atenção primária com profissionais de nível intermédio, unidades móveis, agentes comunitários de saúde, educação em saúde e modelos de financiamento acessíveis. Para o município do Bimbe, na província do Huambo, a implantação de um consultório odontológico fixo, articulado com estas componentes, apresenta-se como uma resposta pertinente às necessidades identificadas. Recomenda-se a realização de estudos epidemiológicos de base populacional e de avaliações de implementação em Angola, que permitam medir o impacto destas iniciativas na saúde bucal das comunidades rurais.

REFERÊNCIAS

ABID, A. *et al.* Prevalence and severity of oral diseases in the Africa and Middle East region. **Advances in Dental Research**, v. 27, n. 1, p. 10-17, 2015. DOI: 10.1177/0022034515582062.

ACHEMBONG, L. N. *et al.* Cameroon mid-level providers offer a promising public health dentistry model. **Human Resources for Health**, v. 10, 46, 2012. DOI: 10.1186/1478-4491-10-46.

AGBOR, A. M.; NAIDOO, S. Knowledge and practice of traditional healers in oral health in the Bui Division, Cameroon. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, v. 7, 6, 2011. DOI: 10.1186/1746-4269-7-6.

ANIAGBOSO, K.; CHINEDU-OGBODO, C. C.; NONO, D. Barriers to the utilization of government dental health services among low-income families in Ugwuaji, Enugu South LGA of Enugu State, Nigeria: a cross-sectional survey. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 18, p. 1-11, 2026. DOI: 10.2147/CCIDE.S587269.

BALA, R. *et al.* Mobile dental clinic for oral health services to underserved rural Indian communities. **Bioinformation**, v. 19, n. 13, p. 1383-1387, 2023.

BOGALE, B. *et al.* Dental caries experience and associated factors in adults: a cross-sectional community survey within Ethiopia. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, 180, 2021. DOI: 10.1186/s12889-021-10199-9.

CLAUSS, A. *et al.* Population-based prevalence of oral conditions as a basis for planning community-based interventions: an epidemiological study from rural Burkina Faso. **Frontiers in Public Health**, v. 9, 697498, 2021. DOI: 10.3389/fpubh.2021.697498.

FOLAYAN, M. O. *et al.* Essential role of community health workers in promoting oral health in Africa. **Journal of Public Health in Africa**, v. 16, n. 1, a782, 2025. DOI: 10.4102/jphia.v16i1.782.

FRANCISCO, E. P. V. **Criação de um consultório odontológico no município do Bimbe, província do Huambo**. 2025. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Medicina Dentária) – Instituto Superior Politécnico da Caála, Caála, 2025.

GALLAGHER, J. E. *et al.* Health workforce for oral health inequity: opportunity for action. **PLoS One**, v. 19, n. 6, e0292549, 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0292549.

KIKWILU, E. N. *et al.* Prevalence of oral pain and barriers to use of emergency oral care facilities among adult Tanzanians. **BMC Oral Health**, v. 8, 28, 2008. DOI: 10.1186/1472-6831-8-28.

KSHIRSAGAR, M. *et al.* Mobile dental clinics: bringing smiles on wheels. **Cureus**, v. 17, n. 5, e83873, 2025. DOI: 10.7759/cureus.83873.

LAMBERT, R. F.; ORRELL, C.; HABERER, J. E. "It was pain. That's it. It was pain." Lack of oral health care among otherwise healthy young adults living with HIV in South Africa: a qualitative study. **PLoS One**, v. 12, n. 12, e0188353, 2017. DOI: 10.1371/journal.pone.0188353.

LUBON, A. J. *et al.* Oral health knowledge, behavior, and care seeking among pregnant and recently-delivered women in rural Nepal: a qualitative study. **BMC Oral Health**, v. 18, n. 1, 97, 2018. DOI: 10.1186/s12903-018-0564-9.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare**: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Dental education and proportion of inhabitants by dentist in Angola. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, e51110414356, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.14356.

MOLETE, M. P.; CHOLA, L.; HOFMAN, K. J. Costs of a school-based dental mobile service in South Africa. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, 590, 2016. DOI: 10.1186/s12913-016-1827-2.

NYAMURYEKUNG'E, K. K.; LAHTI, S.; TUOMINEN, R. Costs of dental care and its financial impacts on patients in a population with low availability of services. **Community Dental Health**, v. 36, n. 2, p. 131-136, 2019. DOI: 10.1922/CDH_4389Nyamuryekung_e06.

OCWIA, J. *et al.* Oral health seeking behaviors of adults in Nebbi District, Uganda: a community-based survey. **BMC Oral Health**, v. 21, 453, 2021. DOI: 10.1186/s12903-021-01824-5.

OGUNBODEDE, E. O. *et al.* Oral health inequalities between rural and urban populations of the African and Middle East region. **Advances in Dental Research**, v. 27, n. 1, p. 18-25, 2015. DOI: 10.1177/0022034515575538.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, n71, 2021.

PERES, M. A. *et al.* Oral diseases: a global public health challenge. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 249-260, 2019.

PETERSEN, P. E. *et al.* Global oral health of older people: call for public health action. **Community Dental Health**, v. 27, n. 4, suppl. 2, p. 257-267, 2010.

SHRIVASTAVA, P. K. *et al.* Barriers and facilitators in utilisation of dental health services across low- and middle-income countries: a scoping review. **Evidence-Based Dentistry**, v. 27, n. 1, p. 19, 2026. DOI: 10.1038/s41432-025-01200-0.

SINGH, A.; PUROHIT, B. M. Addressing oral health disparities, inequity in access and workforce issues in a developing country. **International Dental Journal**, v. 63, n. 5, p. 225-229, 2013. DOI: 10.1111/idj.12035.

SONGA, M. A. S. **Perfil epidemiológico, percepção de saúde bucal e acesso a serviços odontológicos dos adolescentes e adultos de uma comunidade rural de Angola**. 2024. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Araçatuba, 2024.

SONGA, M. A. S. *et al.* Analysis of the dental caries epidemiological profile in children of Benguela city, Angola. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 20, n. 1, p. 141-148, 2022. DOI: 10.3290/j.ohpd.b2805501.

SONGA, M. A. S. *et al.* Prevalence of dental caries and periodontal disease, access to dental services and perception of oral health in adolescents and adults from a rural community in Angola. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 22, p. 665-670, 2024. DOI: 10.3290/j.ohpd.b5877397.

TEIXEIRA, C. N. G. *et al.* O uso dos serviços odontológicos no último ano na população brasileira: revisão sistemática com metanálise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1087-1100, 2023. DOI: 10.1590/1413-81232023284.11452022.

UGURU, N. *et al.* Access to oral health care: a focus on dental caries treatment provision in Enugu Nigeria. **BMC Oral Health**, v. 20, n. 1, 145, 2020. DOI: 10.1186/s12903-020-01135-1.

VUYYURU, C. R. *et al.* Dental diseases and factors defining utilization of dental care services among rural children aged 12 years in Nellore District, Andhra Pradesh: a community-based study. **Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences**, v. 13, suppl. 2, p. S1422-S1427, 2021. DOI: 10.4103/jpbs.jpbs_239_21.

WATT, R. G. *et al.* Ending the neglect of global oral health: time for radical action. **The Lancet**, v. 394, n. 10194, p. 261-272, 2019.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global oral health status report**: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO, 2022.