

INIQUIDADES SOCIAIS E SAÚDE BUCAL: REVISÃO INTEGRATIVA

SOCIAL INEQUITIES AND ORAL HEALTH: INTEGRATIVE REVIEW

Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy^{a*}

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7508-7647>

Gustavo Corrêa Matta^c

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5422-2798>

Carla Lourenço Tavares de Andrade^{b*}

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3232-0917>

renatalamy26@gmail.com^a, carlamv@ensp.fiocruz.br^b, gcmatta@ensp.fiocruz.br^c
Fundação Oswaldo Cruz^{*}

Data de Submissão: 26/05/2019

Data de Aceite: 18/12/2019

RESUMO

Introdução: A produção de conhecimento sobre iniquidades sociais em saúde apresenta uma multiplicidade de perspectivas conceituais, teóricas e metodológicas, que se refletem no campo da saúde bucal, o que gera a necessidade de analisar os principais temas relacionados neste campo. **Objetivo:** Analisar a distribuição e os principais temas da literatura sobre iniquidades sociais no campo da saúde bucal, com foco nos países da América Latina. **Materiais e Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura sobre iniquidades sociais e saúde bucal, com a seleção de 282 estudos entre 1992 a 2017 nas bases de dados PubMed, SciELO e Lilacs. **Resultados:** Observou-se um aumento significativo da produção científica ao longo das últimas décadas, com 2,5% na década de 1990, para 27,7% na década de 2000 e 69,9% no período de 2010-2017, com uma tendência de triplicar o volume dos estudos até o final do ano de 2019 em relação à década anterior. A partir da análise emergiram oito categorias analíticas: (i) Epidemiologia em saúde bucal; (ii) Acesso e utilização dos serviços odontológicos; (iii) Qualidade de vida; (iv) Políticas de saúde; (v) Educação e promoção em saúde bucal; (vi) Saúde bucal coletiva; (vii) Iniquidades raciais do processo saúde-doença bucal, e; (viii) Bioética. **Conclusão:** A análise forneceu uma visão abrangente acerca da produção do conhecimento científico em relação ao tema; entretanto, tornam-se necessários estudos prospectivos longitudinais que possam contribuir com o monitoramento e avaliação do impacto de políticas públicas na determinação do processo saúde-doença, para dar continuidade aos avanços já conquistados.

Palavras-chave: Condições sociais, assistência odontológica, política de saúde, saúde pública.

ABSTRACT

Introduction: The production of knowledge about social inequities related to health presents a multiplicity of conceptual, theoretical and methodological perspectives, which are reflected in the oral health field, resulting in the need to analyze the main related themes in this field. **Objective:** To analyze the distribution and the main themes found in the literature on social inequalities in the field of oral health with a focus on Latin American countries. **Materials and Methods:** An integrative literature review on social inequalities and oral health was conducted, with the selection of 282 studies from 1992 to 2017 in the PubMed, SciELO and Lilacs databases. **Results:** A significant increase in scientific production was found over the past decades, going from 2.5% in the 1990s to 27.7% in the 2000s, and 69.9% in 2010-2017, with a tendency to triple the volume of studies by the end of 2019 compared to the previous decade. From the analysis eight analytical categories have emerged: (i) Epidemiology in oral health; (ii) Access to and use of dental services; (iii) Quality of life; (iv) health policies; (v) Oral health education and promotion; (vi) Collective oral health; (vii) Racial inequities of the oral health-disease process, and (viii) Bioethics. **Conclusion:** The analysis provided a comprehensive view of the production of scientific knowledge on the subject. However, prospective longitudinal studies that may contribute to the monitoring and evaluation of the impact of public policies on the determination of the health-disease process are necessary to further the advances made.

Keywords: Social conditions, dental care, health policy, public health.

Introdução

Na América Latina, desde o final da década de 1970, a corrente de estudos da medicina social e saúde coletiva propôs uma ruptura da explicação do processo saúde-doença como um fenômeno individual, ou seja, descontextualizado dos processos históricos-sociais, que acaba por reduzir a saúde ao paradigma/modelo hegemônico e biomédico^{1,2}. Nesta perspectiva, os estudos sobre as desigualdades sociais e saúde na América Latina vêm sendo realizados principalmente a partir do marco teórico da determinação social do processo saúde-doença, baseados no conceito de classe social, analisando-se os mecanismos de acumulação do sistema capitalista de produção e reprodução social, sendo a raiz das iniquidades em saúde³.

No âmbito da agenda política mundial, houve a retomada do tema desigualdades sociais da saúde com a criação em 2005 da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da Organização Mundial de Saúde (OMS), e posteriormente em 2006 com a criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) no Brasil, com ênfase no papel central dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)⁴.

Estudo bibliométrico⁵ de 576 artigos sobre iniquidades em saúde nos países da América Latina e Caribe demonstrou um rápido aumento da produção científica entre 1971 e 2000, evidenciando crescente interesse sobre o tema na região, sendo que o Brasil, Chile e México contribuíram principalmente com pesquisas empíricas, enquanto o Equador e a Argentina produziram mais estudos teóricos/conceituais e ainda observou-se pouca discussão sobre as questões de gênero, raça e etnia. Outro estudo⁶ analisou as relações entre pesquisa de saúde, políticas de saúde e equidade na América Latina e apontou que, apesar dos importantes avanços da produção de conhecimento em relação aos determinantes de saúde, sobretudo das iniquidades, esses avanços não foram acompanhados da definição de políticas de saúde na região, sendo necessário o fortalecimento do processo democrático e acesso equitativo de informações e conhecimentos científicos.

No Brasil, uma revisão mais recente da literatura⁷ com 288 artigos acerca de desigualdades sociais em saúde apontou que a saúde bucal foi a quarta temática mais analisada, destacando-se o tema sobre desigualdade no acesso e no uso dos serviços de atenção à saúde bucal. Também, Passos et al.⁸ com seleção de estudos específicos no âmbito da saúde bucal, com foco na determinação social do processo saúde-doença, mostraram que no Brasil reflete a desigualdade socioeconômica e as dificuldades no acesso à atenção à saúde bucal para a maioria da população, sendo necessárias políticas públicas voltadas para a equidade.

Frente ao exposto pela literatura, é importante compreender como as iniquidades sociais se expressam na saúde bucal, tanto em relação ao processo saúde-doença, quanto na perspectiva da atenção à saúde bucal. Enquanto grupos sociais mais favorecidos tem acesso aos consultórios odontológicos particulares e às tecnologias de tratamento que supervalorizam a estética, por outro lado, outros grupos sociais sofrem com cáries não tratadas, perdas dentárias, dores e infecções de origem dentária, e ainda com maiores dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, que refletem sinais de exclusão e iniquidades sociais. Historicamente, os modelos assistenciais à saúde bucal evidenciaram a predominância de práticas odontológicas mutiladoras, e ainda um modo de organização voltado para a odontologia privada, bem como conhecimentos centrados na operacionalidade técnica, que sinalizam desafios.

Nesta perspectiva, a produção de conhecimento sobre iniquidades sociais em saúde apresenta uma multiplicidade de perspectivas conceituais, teóricas e metodológicas, que se refletem no campo da saúde bucal, o que gera a necessidade de analisar os principais temas relacionados neste campo. A América Latina, onde o Brasil está inserido, é a região mais desigual do mundo, e diante da complexidade das iniquidades sociais que norteiam a formulação de políticas públicas e o acesso aos serviços de atenção à saúde bucal na região, são necessários mais estudos para desvendar este contexto.

Dessa forma, este estudo centra-se, por meio de uma revisão integrativa da literatura, analisar a distribuição e os principais temas sobre iniquidades sociais no campo da saúde bucal

com foco nos países da América Latina. Portanto, poderá contribuir para o monitoramento deste campo de pesquisa, subsidiando a sistematização de informações e identificando lacunas de temáticas que necessitam de mais pesquisas para gerar avanços teóricos-metodológicos no campo da saúde bucal e de forma a superar concepções pautadas no modelo tecnicista e biomédico.

Nesse contexto, para fins de análise foi utilizado o conceito de iniquidade social incorporado à dimensão política, com uma abordagem teórica-conceitual de Breilh^{9,10} sobre determinação social da saúde, considerando-se a trajetória histórica da Medicina Social e Saúde Coletiva latino-americana. Essa perspectiva está embasada na Epidemiologia Social ou Crítica⁹ e aborda o processo saúde-doença relacionado à forma de organização da sociedade.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem quantitativa e de natureza exploratória, que consiste em um método de pesquisa da prática baseada em evidências no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinado tema, fundamentando-se em conhecimento científico¹¹.

O processo de elaboração dessa revisão integrativa apresentou as seguintes fases: definição da pergunta norteadora, estratégia de busca na literatura, identificação dos estudos e coleta de dados, análise dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa¹¹.

DEFINIÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

Como a produção científica latino-americana tem discutido as iniquidades sociais no campo da saúde bucal?

ESTRATÉGIA DE BUSCA NA LITERATURA

A pesquisa consistiu em busca das produções científicas indexadas nas bases eletrônicas da *U.S. National Library of Medicine and the National Institutes Health* (PubMed), da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando referências da Literatura Latino-Americana e do Caribe em

Ciências da Saúde (Lilacs) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A escolha das bases Lilacs e SciELO está relacionada à abrangência das produções científicas em Ciências da Saúde, principalmente na América Latina e Caribe.

Os descritores para a busca foram escolhidos com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) e outros termos ou palavras-chaves relevantes sobre o tema. A estratégia de busca foi:

- PubMed: ((((((“oral health”[MeSH Terms]) OR “oral health”[Title/Abstract]) OR “dentistry”[Title/Abstract]) OR “dentistry”[MeSH Terms]) OR “dental health”[Title/Abstract])) AND ((((((“inequity”[Title/Abstract]) OR “social inequity”[Title/Abstract]) OR “social determinants of health”[MeSH Terms]) OR “socioeconomic factors”[Title/Abstract]));
- Lilacs: (tw:(ti:(“saúde bucal” OR “saúde oral” OR dentista) AND (“desigualdade social” OR inequidade OR “iniquidade social” OR “determinantes sociais da saúde” OR desigualdade*)));
- SciELO: “saude bucal” AND (inequidade OR desigualdade* OR determinante*);
-

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

As publicações resultantes da busca nas bases de dados foram selecionadas a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- Publicações disponibilizadas nas línguas portuguesa, inglesa ou espanhola;
- Disponibilidade dos textos na versão integral;
- Quanto ao ano de publicação, as buscas foram realizadas sem restrição de data inicial, entretanto foi considerado o último período de abrangência o mês de dezembro de 2017;
- Não houve restrições quanto à natureza do trabalho, incluindo artigos científicos, teses, dissertações e/ou monografias que apresentassem versão completa dos textos;

- Publicações que tratassem do tema em algum país da América Latina.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão foram as publicações em duplicidade nas diferentes bases de dados; aquelas em que o objeto de estudo não estabelecia relação com o tema abordado, sendo caracterizados: doenças não bucais; medicamentos relacionados às patologias bucais; modelos de avaliação de risco de cárie; Odontologia forense; desenvolvimento dentário; procedimentos odontológicos; imagem do dentista; protocolo de triagem; aconselhamento odontológico preventivo; estudos clínicos com resinas, e; ansiedade odontológica e relação paciente-dentista.

IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS E COLETA DE DADOS

Inicialmente todos os estudos identificados na pesquisa foram avaliados a partir de seus títulos e/ou resumos. Posteriormente, os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram recuperados para leitura do texto completo e nova avaliação quanto aos critérios de inclusão. Do total de estudos selecionados, foi feita uma leitura prévia e identificados alguns eixos temáticos para análise.

Após essa etapa, as informações extraídas dos estudos selecionados incluíram: autores, ano de publicação, a filiação institucional do primeiro autor, o periódico em que o estudo foi publicado, país de realização do estudo, o objeto do estudo/tema, a natureza do estudo, os descritores relacionados ao tema (iniquidade, desigualdade, determinação, determinante) e o resumo de cada estudo. As publicações foram analisadas segundo a abordagem quali-quantitativa¹².

ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Em relação ao método de análise dos estudos desta revisão foi escolhida a análise de conteúdo. Do ponto de vista operacional, essa análise parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Existem várias

modalidades de análise de conteúdo, sendo que neste estudo foi utilizada a análise temática. Esta se desdobra em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação¹².

As categorias analíticas desta revisão basearam-se nas introduções das pesquisas, transformadas em unidades de registros comparáveis e semanticamente equivalentes em seus conteúdos. Assim, os estudos foram distribuídos em subgrupos segundo suas introduções de mesmo núcleo temático, seguindo as etapas da técnica de análise de conteúdo¹³.

Discussão dos resultados

A discussão dos resultados foi realizada de forma exploratória e comparativa, a partir da interpretação e síntese dos autores abordados, baseando-se na literatura científica do assunto e visando atender ao objetivo proposto do estudo.

APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

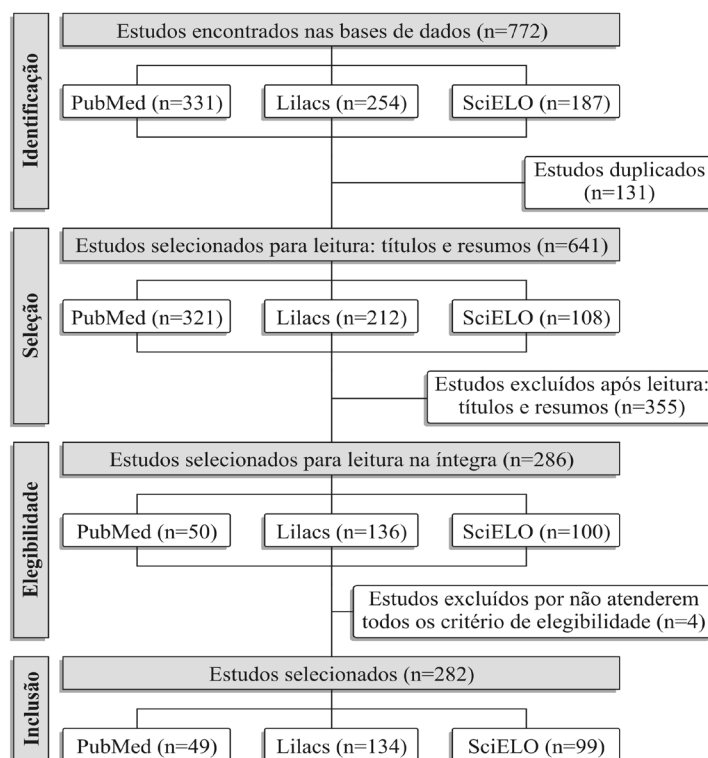
Para uma melhor visualização e apresentação das informações coletadas, os dados foram expressos em tabela e gráfico por meio de frequências absoluta e relativa, nos quais foi possível a comparação entre todos os estudos selecionados e, portanto, a identificação de padrões e diferenças como parte da discussão geral e conclusões do estudo, a partir das fontes primárias.

Resultados

De um total de 772 produções identificadas nas bases de dados, na PubMed obteve-se 331 publicações, na Lilacs 254 e na SciELO, 187 produções. Posteriormente, foram excluídas 131 publicações repetidas/duplicadas nas referidas bases de dados.

Com um total de 641 produções, após revisão dos títulos e resumos, além da utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 286 artigos. Após leitura do texto completo, foram selecionados para a análise 282 artigos. A Figura 1 mostra o fluxograma do processo de busca e seleção das produções identificadas.

Figura 1 - Diagrama do processo metodológico de busca e análise dos estudos.

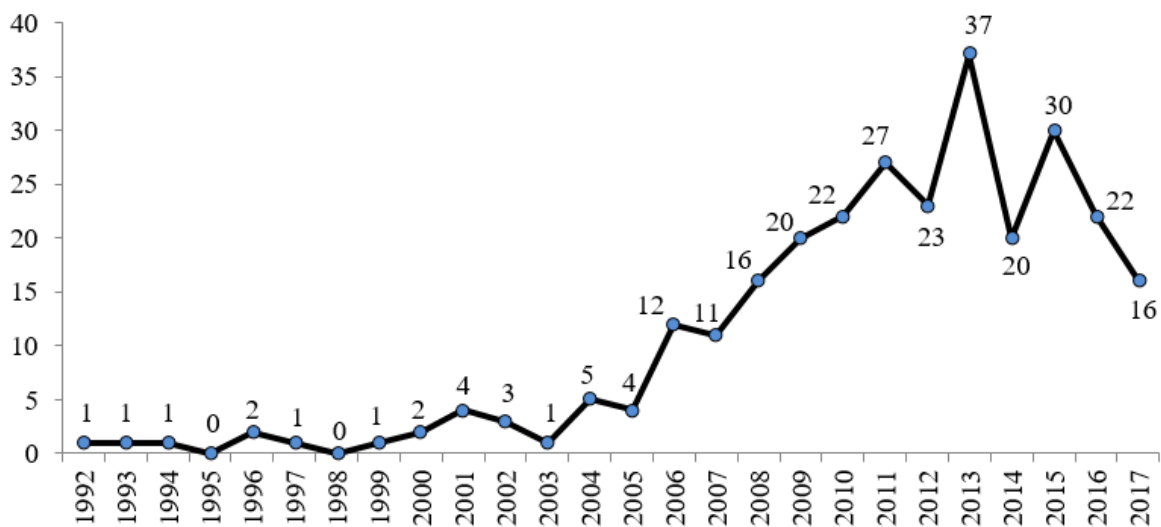


Fontes: Dados da pesquisa.

No que se refere às características bibliográficas, quanto ao ano de publicação observa-se no gráfico 1, um aumento significativo no volume de produções sobre iniquidades sociais e saúde bucal na América Latina ao longo das últimas

décadas, com 2,5% na década de 1990, para 27,7% na década de 2000 e 69,9% no período de 2010-2017, com uma tendência de triplicar o volume dos estudos até o final do ano de 2019 em relação à década anterior.

Gráfico 1 - Número de estudos latino-americanos sobre iniquidades sociais e saúde bucal de 1992-2017, por ano de publicação.



Fonte: Dados da pesquisa

Outro aspecto importante observado foi o crescimento no volume de estudos científicos a partir de 2006, sendo que 2013 foi o ano que concentrou maior número de publicações (13,1%) (gráfico 1). Os estudos foram agrupados por ano com o intuito de apresentar uma perspectiva temporal de comparação quantitativa e qualitativa da produção sobre o tema.

No que concerne ao local em que foi desenvolvida cada pesquisa na América Latina, grande parte se concentrou no Brasil (92,6%), seguido da Colômbia (3,9%), México (1,4%), Chile (1,1%), Uruguai (0,7%) e Argentina (0,4%). Em relação à natureza dos estudos, 88,65% foi constituída por artigos científicos.

Os artigos científicos foram publicados em diferentes periódicos, sendo as maiores proporções nos Cadernos de Saúde Pública (17,2%), Revista de Saúde Pública (14,0%) e Ciência e Saúde Coletiva (13,6%). Os primeiros autores estavam vinculados a diferentes universidades, com maior proporção na Universidade de São Paulo (12,8%), Fundação Oswaldo Cruz (6,4%) e Universidade Federal de Santa Catarina (6,4%).

No que tange à proporção dos estudos segundo as características metodológicas, observou-se que a maior parte dos estudos apresentaram delineamento epidemiológico transversal (63,5%), seguido de estudos teóricos/revisões de literatura (12,1%) e dos estudos qualitativos (11,0%) (tabela 1).

Tabela 1 - Proporção de estudos segundo características bibliográficas e metodológicas no período de 1992 a 2017.

Características	Número	%	Características	Número	%
Local do estudo			Periódico de publicação		
Brasil	261	92,6	Cadernos de Saúde Pública	43	17,2
Colômbia	11	3,9	Revista de Saúde Pública	35	14,0
México	4	1,4	Ciência e Saúde Coletiva	34	13,6
Chile	3	1,1	Revista Brasileira de Epidemiologia	14	5,6
Uruguai	2	0,7	Revista Panamericana de Salud Pública	09	3,6
Argentina	1	0,4	Community Dentistry Oral Epidemiology	09	3,6
Instituição de filiação do primeiro autor			Revista Gaúcha de Odontologia	07	2,8
Universidade de São Paulo	36	12,8	Brazilian Oral Research	07	2,8
Fundação Oswaldo Cruz	18	6,4	Revista Gerencia y Políticas de Salud	06	2,4
Universidade Federal de Santa Catarina	18	6,4	RFO-Universidade de Passo Fundo	05	2,0
Universidade Estadual de Campinas	16	5,7	Pesq Bras Odontoped Clín Integ	04	1,6
Universidade Federal de Minas Gerais	14	5,0	BMC Oral Health	03	1,2
Universidade Estadual Paulista	13	4,6	Revista Odonto	03	1,2
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	11	4,0	Revista Baiana de Saúde Pública	03	1,2
Universidade Estadual de Montes Claros	09	3,2	Outros**	68	27,2
Universidade Federal de Santa Maria	09	3,2	Natureza dos estudos		
Universidade Federal de Pelotas	08	2,8	Artigos	250	88,7
Universidade Estadual de Ponta Grossa	07	2,5	Teses	21	7,5
Universidade Federal de Goiás	07	2,5	Dissertações	11	3,9
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	07	2,5	Tipos de estudos		
Universidade Estadual da Paraíba	06	2,1	Transversal	179	63,5

Características	Número	%	Características	Número	%
Universidade Federal do Rio Grande Norte	06	2,1	Teórico/Revisão/Revisão Sistemática	34	12,0
Universidade Federal da Bahia	05	1,8	Qualitativo	31	11,0
Universidad Nacional de Colombia	04	1,4	Ecológico	14	5,0
Universidade de Fortaleza	03	1,1	Longitudinal ou Coorte	9	3,2
Universidade de Pernambuco	03	1,1	Estudo de Caso	6	2,1
Universidade Estadual de Feira de Santana	03	1,1	Não descrito	5	1,8
Universidade Federal do Amazonas	03	1,1	Qualiquantitativo	2	0,7
University of Adelaide	03	1,1	Caso-Controle	1	0,4
Universidade Federal do Maranhão	03	1,1	Ensaio Comunitário	1	0,4
Outras*	70	24,9	Total	282	100,0
Total	282	100,0			

* Outras 58 instituições apresentaram 2 (n = 24) ou 1 (n = 46) publicações cada.

** Outros 57 periódicos apresentaram 2 (n = 22) ou 1 (n = 46) publicações cada. O total está descrito em natureza dos estudos (n = 250).

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos descritores ou palavras-chaves dos estudos selecionados, observou-se que 107 (37,9%) estudos citaram pelo menos uma vez os termos desigualdade, iniquidade, determinantes, determinação, fatores/status/condições socioeconômicas, disparidade, condições sociais, medicina social, equidade e/ou classe social como descritores. Desse total de 107 estudos, o termo fatores socioeconômicos foi citado em 44,9%, desigualdade em 38,3%, iniquidade (9,3%), determinante (8,4%), disparidade (3,7%), equidade (3,7%), condições sociais (3,7%), classe social (2,8%), determinação (1,9%), status socioeconômico (1,9%), medicina social (0,9%) e condições socioeconômicas (0,9%).

Em termos de conteúdo, emergiram oito temáticas que mais se mostraram presentes nos estudos e que foram sistematizadas nas seguintes categorias analíticas: i) Epidemiologia em saúde bucal; ii) Acesso e utilização dos serviços odontológicos; iii) Qualidade de vida; iv) Políticas de saúde; v) Educação e promoção em saúde bucal; vi) Saúde Bucal Coletiva (SBC); vii) Iniquidades raciais do processo saúde-doença bucal, e; viii) Bioética. Os principais apontamentos realizados na literatura são percorridos a seguir, de acordo com a categoria encontrada.

EPIDEMIOLOGIA EM SAÚDE BUCAL

A temática mais recorrente foi epidemiologia em saúde bucal (34,8%), sendo que do total de estudos (n = 98) a maior proporção foi encontrada no Brasil (90,8%), posteriormente no México (4,1%), Uruguai (2,0%), Argentina (1,0%), Colômbia (1,0%) e Chile (1,0%). O campo da epidemiologia em saúde bucal tem crescido de modo considerável e se consolidado como área de conhecimento de produção científica no Brasil, com enfoque no aprofundamento das explicações das relações estabelecidas entre o processo saúde-doença bucal na coletividade e sua determinação biopsicossocial, contribuindo para a consolidação de modelos assistenciais de base epidemiológica, condizentes com as diretrizes universais e equitativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e da SBC¹⁴.

Na América Latina, a epidemiologia em saúde bucal foi abordada principalmente a partir das pesquisas/inquéritos nacionais de saúde, ressaltando-se 23 artigos no Brasil, dois artigos no Uruguai e um na Colômbia. No Uruguai^{15,16} analisaram dados da primeira Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada naquele país em 2011, mostrando maior concentração de cárie dentária e doença periodontal (DP) entre adultos e idosos em condições socioeconômicas mais baixas, sendo que no estudo de Lorenzo et al.¹⁶ o tabagismo

foi fortemente associado à DP entre idosos. Na Colômbia¹⁷ analisaram a Pesquisa Nacional de Saúde Pública da Colômbia realizada em 2007, mostrando que baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e de Produto Interno Bruto (PIB) foram associados à dor dentária.

No Brasil pode-se ressaltar o artigo¹⁸ que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS 2013), mostrando as mais baixas frequências dos indicadores de higiene bucal e de autopercepção em homens, idosos, pretos e pardos, indivíduos sem instrução, residentes na área rural e na região nordeste; o estudo¹⁹ que analisou os dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009) evidenciou iniquidades de acesso e utilização dos serviços odontológicos nas capitais brasileiras, sendo mais prevalentes nas populações das regiões Norte e Nordeste, em mulheres, nos mais jovens, nos menos escolarizados e nos pardos, o artigo²⁰ que analisou a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), e ainda, vinte estudos^{14,21-39} que analisaram os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2003 e 2010.

ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

A segunda temática verificada refere-se ao acesso e utilização dos serviços odontológicos na América Latina, com 25,2% (n = 71) dos estudos. A temática tem sido objeto de estudos no cenário latino-americano, sendo que metodologicamente houve o predomínio de estudos transversais (58,3%) e que utilizaram bases de dados provenientes de levantamentos epidemiológicos populacionais. No Brasil, observaram-se estudos transversais^{19,40} que utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, 2003 e 2008, mostrando que no país houve redução na desigualdades no acesso (com redução das pessoas que nunca consultaram o dentista de 18,7% em 1998 para 11,7%, em 2008) e aumento na utilização de serviços odontológicos entre 1998 e 2008, porém ainda é expressiva as iniquidades entre os grupos sociais. Matos & Lima-Costa⁴⁰ apontaram a necessidade de políticas que visem a redução dessas desigualdades.

Observaram-se, também, estudos qualitativos na Colômbia⁴¹⁻⁴³ que abordaram desde as barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde bucal e com foco na população idosa até uma pesquisa sobre representações sociais de saúde oral e sua relação com os discursos e práticas profissionais, observando-se nestes estudos a interface entre a organização dos serviços e necessidades de saúde bucal.

Entre as pesquisas qualitativas no Brasil pode-se destacar dois estudos antropológicos realizados no Nordeste, o de Nations et al.⁴⁴ que descreveu práticas populares de cuidados em saúde bucal de mães em relação aos seus filhos desnutridos, se configurando como tentativas de sobrevivência e de evitar estigmas/discriminação diante de dificuldades de acesso aos cuidados odontológicos, serviços precários e exclusão social e o de Moreira et al.⁴⁵ que, por sua vez, investigou a experiência vivida em função das doenças bucais, no contexto da pobreza de uma comunidade de baixa renda em Fortaleza, Ceará, por meio de entrevistas etnográficas. Os resultados desse último estudo revelaram as precárias condições de vida – violências, desemprego e exclusão social – foram barreiras que dificultaram priorizar a atenção e o cuidado em saúde bucal, favorecendo a realização de extrações dentárias como o caminho mais viável diante do difícil acesso e da complexidade do contexto e condições de vida, sendo que o acesso ao dentista foi percebido como um luxo e não um direito do cidadão à saúde bucal. O estudo concluiu que, diante da complexidade estrutural das condições de vida, é necessário aprofundar a compreensão dos DSS, reduzir injustiças no acesso à atenção odontológica, remover estigmas e fortalecer a participação social.

QUALIDADE DE VIDA

Os impactos do processo saúde-doença em relação à qualidade de vida foi o terceiro tema mais presente (12,8%) entre os estudos analisados na América Latina, sendo 34 no Brasil, um no Chile e um na Colômbia. Várias pesquisas⁴⁶⁻⁵⁶ no Brasil têm ressaltado os impactos das péssimas condições bucais sobre a qualidade de vida dos idosos, expondo-os à dor, dificuldade de alimentação, desconforto psicológico, comprometimento estético e outros,

demonstrando resultados em que a necessidade de próteses maxilares e mandibulares impactou na qualidade de vida da população idosa⁴⁶; além disso maior prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal entre os idosos que nunca usaram os serviços odontológicos, evidenciando iniquidades e a necessidade de políticas públicas⁴⁷.

Estudo chileno⁵⁷ a respeito do estado de saúde bucal subjetivo e sua associação com condições gerais de saúde e fatores socioeconômicos em idosos (≥ 60 anos) da América do Sul, mostrou que os escores médios da Avaliação Geriátrica de Saúde Bucal (GOHAI) foram maiores em Montevideu, do que em Buenos Aires e Santiago. Além disso, o uso de próteses totais, menos prevalente em Santiago e mais comum entre as mulheres, é um fator de proteção contra uma pior qualidade de vida dos idosos.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A quarta temática refere-se às políticas públicas de saúde na América Latina, com 10,6% dos estudos, sendo 28 no Brasil, um na Colômbia e um no Chile. Nos estudos do Brasil, verificou-se que os autores procuraram retratar desde o processo histórico da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e sua contribuição para a formulação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB)⁵⁸, até uma avaliação por parte dos usuários do SUS em relação à saúde bucal, discutindo os cuidados em saúde bucal, os quais são sentidos como necessidade por lideranças de movimentos populares de saúde⁵⁹.

De um modo geral, os estudos buscaram expor as possibilidades e limites existentes que fazem parte das políticas públicas, bem como demonstrar todo o processo dinâmico e em permanente mudança da saúde bucal. Freire⁶⁰ analisou o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal no Rio de Janeiro, com foco na atenção odontológica ao paciente com necessidades especiais e constatou uma frágil articulação entre os diversos níveis de atenção, comprometendo a integralidade e a intersectorialidade das ações, apontando a necessidade de priorizar a maior convergência entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e demais políticas sociais.

Outro aspecto abordado nesta temática foi a política de fluoretação de água de abastecimento público que tem sido objeto de discussão de alguns estudos⁶¹⁻⁶⁴, sendo uma das frentes da PNSB para redução das desigualdades em saúde bucal, incluindo ações intersectoriais que envolvem o meio ambiente, saneamento e planejamento urbano. Estudo de Frazão & Narvai⁶⁴ avaliou a cobertura da fluoretação da água de abastecimento público em municípios brasileiros e os resultados mostraram um aumento de 8,6% na cobertura populacional da política pública entre 2000 e 2008, elevando-se a taxa de cobertura de 67,7% para 76,3%, observando-se a ampliação expressiva da fluoretação em municípios com < 10 mil habitantes e com índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M) baixo ou muito baixo.

EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE BUCAL

Na quinta temática tratou-se da educação e promoção em saúde bucal com 8,9% dos estudos. Com foco na educação em saúde, vários autores apontaram para a necessidade de se repensar as práticas preventivas e educativas em saúde bucal permeadas por um discurso biologicista de prescrição de regras de higiene e de culpabilização dos sujeitos, subestimando a influência das condições de vida sobre o estado de saúde bucal, conforme estudo⁶⁵ de revisão acerca das tendências encontradas nos diversos programas educativos no Brasil que observaram que a dimensão educativa é ainda pouco desenvolvida e apoiada em práticas de transmissão de conhecimento e abordagem higienista/individualista da prevenção, sendo necessário construir métodos mais dialógicos, com discussão e reflexão desencadeadas pela problematização de temáticas de saúde bucal.

SAÚDE BUCAL COLETIVA

A sexta temática, saúde bucal coletiva, esteve embasada no movimento contra-hegemônico da saúde bucal de esvaziamento do conteúdo político, partindo do reconhecimento de como a abordagem da determinação social se reflete como objeto de estudo no campo da saúde bucal coletiva^{8,66-79}.

Nos estudos, verificou-se que os autores procuraram retratar desde o processo histórico da determinação social da saúde bucal na América Latina, caracterizado pelos conflitos ao tentar superar as limitações das perspectivas tradicionais em saúde, expressas no modelo biomédico hegemônico⁷⁸, até uma avaliação no Brasil por parte dos próprios estudantes de Odontologia em relação aos primeiros contatos com aspectos da saúde bucal coletiva, criando um espaço de reflexão crítica no processo de ensino-aprendizagem, representando uma experiência simples diante de um dos problemas mais desafiadores de implementação do SUS: a formação de um profissional voltado para atender as necessidades de saúde da população e que incorpore as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais que impactam sobre a saúde⁷². Nessa mesma perspectiva, outro estudo⁷¹, referente à formação do cirurgião-dentista no Brasil, apontou a necessidade de alterações curriculares e o ensino voltado para as necessidades sociais, bem como a integração ensino-serviço.

INIQUIDADES RACIAIS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA BUCAL

Observou-se que somente quatro artigos⁸⁰⁻⁸³ no Brasil discorreram sobre a temática de iniquidades raciais do processo saúde-doença bucal como foco central, o que remete à necessidade de mais estudos na América Latina.

Guiotoku et al.⁸² evidenciaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil em todos os indicadores analisados (cárie, perda dentária, dor e necessidade de prótese), com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos. Corroborando com esses resultados, outro estudo⁸¹ apontou que, apesar das políticas públicas vigentes no Brasil, observa-se uma persistência das iniquidades, sendo que os adolescentes brancos têm se beneficiado mais da redução da cárie dentária, apresentando melhores condições de saúde bucal.

BIOÉTICA

Em relação a esta temática, observaram-se três estudos no Brasil⁸⁴⁻⁸⁶ que utilizaram como referencial teórico-metodológico a bioética,

considerado instrumento para discussão, aperfeiçoamento e consolidação da cidadania, dos direitos humanos e da justiça social⁸⁴. Os estudos discorreram sobre a assistência à saúde bucal na Atenção Primária do SUS à luz da análise do papel da bioética no cenário da saúde pública no Brasil⁸⁴, bem como perceberam, a partir de 2003, conforme retratado por Costa et al.⁸⁵, ações protetoras do Estado na adoção de critérios de equidade com destinação dos recursos na saúde, além da inclusão de populações em situação de vulnerabilidade; porém, torna-se necessário avançar mais diante em relação às diferenças regionais no Brasil, considerando-se a interface com a bioética.

Outro estudo⁸⁶, que também utilizou o referencial da bioética, analisando o Relatório Mundial da Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde (OMS), constatou que a perspectiva desse documento não estabelece mecanismos de enfrentamento eficaz dos determinantes sociais e não enfatiza as obrigações do Estado, não constituindo-se em uma ferramenta teórica-política para a garantia do direito à saúde bucal, se distanciando também do referencial da bioética, uma vez que o paciente não é considerado nos múltiplos contextos do processo saúde-doença.

Discussão

Ao se analisar a distribuição da produção científica sobre iniquidades sociais e saúde bucal, quanto ao local de realização do estudo, observou-se a relevância dos estudos brasileiros no cenário latino-americano, com 92,6% dos estudos, seguido da Colômbia (3,9%), México (1,4%), Chile (1,1%), Uruguai (0,7%) e Argentina (0,4%). Esse cenário reflete uma preocupação dos pesquisadores brasileiros referente a essa temática, com maior número de instituições com programas de pós-graduação em Saúde Coletiva/Saúde Pública produzindo sobre o tema, sendo que em relação à filiação institucional dos primeiros autores, entre as instituições que mais publicaram destacam-se a Universidade de São Paulo, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal de Santa Catarina, representando 25,5% da participação nos estudos desta revisão.

Outro aspecto observado foi o aumento expressivo nas produções científicas nacionais ao longo das últimas décadas, em comparação à produção em outros países latino-americanos, com 74,8% (n = 187) dos textos publicados em revistas brasileiras, 16,4% (n = 41) em periódicos não latino-americanos e 8,8% (n = 22) em revistas latino-americanas.

Em relação ao ano de publicação, observou-se o aumento considerável da produção científica latino-americana de 1992 a 2017, com um crescimento no volume principalmente a partir de 2006, sendo que o ano de 2013 apresentou o maior número de estudos sobre a temática. Esse incremento da produção de conhecimento a partir de 2006, principalmente no Brasil, pode estar relacionado ao crescimento dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva, criação e consolidação de núcleos de estudos sobre o tema e à realização de inquéritos epidemiológicos locais e nacionais, conforme encontrado em outro estudo⁷.

O aumento da produção científica latino-americana a partir de 2006 também pode estar relacionado à retomada do tema desigualdades sociais em saúde pela CDSS da OMS em 2005, e posteriormente em 2006 com a criação da Comissão Nacional no Brasil, com ênfase nos determinantes sociais de saúde, resultando em estudos e recomendações internacionais que se refletiram na produção científica da saúde bucal, com a criação de modelos teóricos conceituais com foco nos determinantes sociais da saúde bucal^{87,88}. Observou-se que vários estudos, principalmente no Brasil, elaboraram modelos teóricos conceituais no âmbito da saúde bucal, conforme estudo de Bastos et al.⁸⁹ que revisou modelos de determinação de autores internacionais⁸⁷, sendo elaborado um modelo conceitual para determinação da odontalgia, considerando-se aspectos da estrutura social, tais como ambiente, serviços de saúde, condições socioeconômicas e demográficas que influenciam direta ou indiretamente a ocorrência da odontalgia.

Pode-se acrescentar ainda, que o ano de 2013 apresentou o maior número de publicações sobre o tema, sendo que 35,1% dos estudos estavam relacionados à Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrazil) realizada em 2003 e em 2010. Esse dado indica a importância dos levantamentos

epidemiológicos nacionais de saúde bucal nas publicações sobre iniquidades sociais no Brasil, também discutido em outros estudos^{7,14} produzindo diagnósticos epidemiológicos locais e regionais para subsidiar a programação de ações no âmbito dos serviços de saúde bucal. Observou-se nesses estudos^{14,21-39} que houve redução significativa da prevalência da cárie³⁶ no país, porém as perdas dentárias e o edentulismo ainda são considerados de alta prevalência, principalmente entre idosos, com mais da metade da população idosa edêntula³¹, com diferenças expressivas dos indicadores em relação às características socioeconômicas, demográficas, macrorregiões do país, de acesso aos serviços de saúde e de água fluoretada.

Outro aspecto importante a ser ressaltado foi a abrangência de temas relacionados ao objeto de estudo, com diferentes recortes teóricos e empíricos, demonstrando um panorama da literatura sobre iniquidades sociais, sob o enfoque da saúde bucal produzida nos países latino-americanos ao longo dos anos. A epidemiologia em saúde bucal foi a temática mais abordada, com maior proporção no Brasil, posteriormente no México, Uruguai, Argentina, Colômbia e Chile. No Brasil, a produção científica no campo da epidemiologia em saúde bucal tem crescido de forma expressiva e apresentado maior divulgação, tanto no âmbito acadêmico quanto nos serviços de saúde, contribuindo para a produção de conhecimento de forma articulada entre academia e serviços, no sentido de romper com o modelo biomédico e tecnocrático dos serviços, contribuindo para maior compreensão da gênese do processo-saúde doença, bem como para a construção de diagnósticos que não se reduzem em descrever uma realidade desvinculada das condições sociais, mas que possam subsidiar na vigilância de modelos de atenção universais e equitativos, conforme retratado por Roncalli¹⁴.

As iniquidades no acesso e utilização dos serviços odontológicos foi a segunda temática mais analisada, com 25,2% dos estudos, observando-se estudos associados principalmente à renda⁹⁰, à escolaridade^{90,91} e ao gênero e faixa etária, com menor acesso para mulheres e adultos jovens^{19,91}. Observaram-se diferentes perspectivas analíticas sobre a temática que enfocou desde a forma de

organização dos serviços até as necessidades de saúde bucal, ressaltando-se o estudo de Ferreira et al.⁹² sobre as representações sociais do cuidado à saúde bucal em uma população de baixa renda do Nordeste, mostrando que a perda dentária denunciou a prática mutiladora imposta pelos serviços de saúde, e a experiência de dor apontou a falta de acesso aos serviços de saúde bucal, evidenciando-se a necessidade de reestruturação dos serviços a partir da percepção da população em relação aos cuidados relacionados à saúde bucal. Vale ressaltar que a redução das iniquidades em saúde bucal não está relacionada somente ao maior acesso e utilização dos serviços, torna-se necessário compreender a determinação social sobre o processo saúde-doença bucal.

Outras temáticas que emergiram a partir dos estudos referiam-se à qualidade de vida, seguida de políticas públicas de saúde e educação e promoção em saúde bucal. No que diz respeito às políticas públicas de saúde bucal na América Latina, observaram-se estudos tanto no âmbito da atenção odontológica básica quanto da especializada, destacando-se estudos sobre a PNSB no Brasil^{60,93}. Nesses estudos observou-se a necessidade da integralidade, uma vez que a atenção especializada depende de uma atenção básica adequadamente estruturada, sendo desafios para garantir a equidade na atenção à saúde bucal. Observou-se também a discussão acerca da política de fluoretação de água de abastecimento público⁶¹⁻⁶⁴, principalmente a necessidade em regiões e municípios com maiores iniquidades sociais.

Em relação à SBC, partiu-se do reconhecimento de como a abordagem da determinação social se reflete como objeto de estudo nesse campo^{8,66-79}, destacando-se um estudo⁷⁷ que define a SBC como um arcabouço teórico que busca entender o processo saúde-doença em seus aspectos sociais, com ênfase na determinação social da saúde-doença, ultrapassando a visão que enfatiza os fatores biológicos/individuais como determinantes das doenças, baseada no modelo biomédico. Nessa perspectiva, o estudo⁷⁷ que buscou compreender a relação das ações coletivas em saúde bucal e o processo civilizador, a partir da análise de conteúdo da obra *Arqueologia do Saber*, de Michel Foucault, concluiu que, historicamente,

a produção do cuidado em saúde bucal, bem como suas práticas clínicas demonstraram íntima e contínua relação de civilizar atos e ações da e para a sociedade, persistindo como verdade inexorável, mesmo que evidências não biológicas, ressaltando-se a determinação social do processo saúde-doença, insistam em desmistificar tais práticas.

Outro estudo⁷⁸, referente à temática SBC, realizou uma revisão de 1970 até 2012 a respeito das perspectivas sobre determinação social da saúde bucal presentes na produção científica publicada na Colômbia, Brasil, Equador e México. Os resultados mostraram que nos quatro países analisados a visão de determinação social da saúde bucal está em debate e construção permanente, com diferenças entre os países em relação à pesquisa, ao ensino superior e às trajetórias sociopolíticas, sendo caracterizada pela disputa contínua entre uma abordagem emancipadora, baseada na crítica à explicação reducionista e ecológica da doença, e uma abordagem de acumulação apoiada na mercantilização da Odontologia.

Vale ressaltar que foram escassos os números de estudos direcionados às temáticas iniquidades raciais, sendo necessários mais estudos no âmbito da região da América Latina, principalmente para a compreensão da complexidade relacionada ao tema, contribuindo com a produção de informações epidemiológicas sobre a população negra no Brasil, as quais possam subsidiar na programação de ações, bem como na ampliação de políticas públicas de saúde bucal em regiões de maior vulnerabilidade social, conforme os resultados do estudo de Guiotoku⁸², que apontaram iniquidades em saúde bucal determinadas mais por contextos sociais discriminatórios do que propriamente por determinações raciais baseadas na cor da pele.

No que tange às características metodológicas, observou-se que a maior parte dos estudos era de delineamento transversal (63,5%), seguido de teóricos/revisões de literatura (12,1%) e de pesquisas qualitativas (11,0%).

Entre os nove estudos longitudinais⁹⁴⁻¹⁰² encontrados nesta revisão, pode-se destacar o estudo de Teixeira et al.⁹⁹ que investigou a incidência de cárie e seus fatores determinantes em jovens de 17 a 21 anos no município de Sobral,

por meio de estudo de coorte iniciado no ano 2000, com ondas em 2006 e em 2012, demonstrando que maior privação social ao longo da vida e a falta de acesso odontológico na infância implicam em maior incidência de cárie na juventude.

Dessa forma, tornam-se necessárias mais pesquisas longitudinais, pois são metodologicamente adequadas para analisar os determinantes do processo-saúde-doença, a associação entre fatores de risco e desfechos em diferentes momentos e, dessa forma, analisar as relações temporais de causas e efeitos¹⁰⁰.

Conclusão

A análise dos estudos forneceu uma visão abrangente sobre tendências de distribuição da produção do conhecimento científico em relação ao tema iniquidades sociais no campo da saúde bucal na América Latina, constatando-se um aumento do número de estudos sobre a temática nas últimas décadas e a abrangência dos temas no âmbito da saúde bucal no cenário latino-americano, destacando-se com quase 100,0%, os estudos no Brasil, seguido da Colômbia (3,9%), México (1,4%), Chile (1,1%), Uruguai (0,7%) e Argentina (0,4%).

Os diferentes recortes temáticos sobre o objeto de estudo evidenciaram a necessidade de políticas públicas de saúde bucal mais equânimes nos países da América Latina, destacando-se o processo histórico de implementação da PNSB no Brasil, contribuindo para a inclusão e o exercício do direito social à saúde bucal.

Entretanto, tornam-se necessários mais estudos prospectivos longitudinais que possam contribuir com o monitoramento e avaliação do impacto de políticas públicas sobre as iniquidades em saúde bucal, o aprofundamento das abordagens teórico-metodológicas, bem como de perspectivas analíticas acerca do tema na América Latina, à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, como caminho necessário para dar continuidade aos avanços já conquistados.

Vale destacar tópicos importantes que possam trazer uma reflexão e possibilidades de análise do tema: a construção crítica da medicalização social que impõe desafios às práticas e ao cotidiano dos

serviços de saúde bucal; iniquidades do processo saúde-doença bucal e políticas públicas; e, a compreensão de como a formação de estudantes de Odontologia e dos profissionais, incluindo os técnicos e auxiliares de saúde bucal, poderá contribuir para práticas de cuidado mais integrais e centradas nas necessidades dos sujeitos e na redução das iniquidades sociais.

Apesar da complexidade do tema, este estudo contribuiu para trazer reflexões críticas a respeito da determinação social do processo saúde-doença bucal e a necessidade de acompanhamento de políticas públicas de saúde bucal do Brasil, no caso a PNSB, e dos demais países da América Latina, persistindo o desafio de se estudar as contradições entre as necessidades sentidas pela população e o modo de organização social vigente que impacta sobre a saúde, inclusive a saúde bucal.

Referências

1. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983, p. 133-58.
2. Breilh J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. Trad. Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Hucitec; 1991.
3. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
4. Almeida-Filho NA problemática teórica da determinação social da saúde. In: Nogueira RP. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 13-36.
5. Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JN. Research on health inequities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). *Am J Public Health* 2003;93:2037-43.
6. Pellegrini Filho A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9:339-50.
7. Barros MBA. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. *Rev Saúde Pública* 2017;15:1-8.
8. Passos JS, Araújo TM, Gomes Filho IS, Cruz SS. *Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais*. *Rev Baiana Saúde Pública* 2011;35:135-50.
9. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006.

10. Breilh J. Lastres “S” de ladeterminación de la vida- 10 tesishacia una Vision crítica de la determinación de la vida y de la salud. In: Nogueira RP. Determinação social da saúde e Reforma Sanitária. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 87-125.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? how to do it? *Einstein*. 2010;8:102-06.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13a. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 2016.
14. Roncalli AG. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11:105-14.
15. Álvarez L, Liberman J, Abreu S, Mangarelli C, Correa MB, Demarco FF, et al. Caries dental en adultos y adultos mayores uruguayos: resultados del primer Estudio Uruguayo de Salud Oral. *Cad Saúde Pública* 2015;31:1663-72.
16. Lorenzo SM, Alvarez R, Andrade E, Piccardo V, Francia A, Massa F, et al. Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay. *Cad Saude Pública* 2015;31:2425-36.
17. Ardila CM, Agudelo-Suárez AA. Association between dental pain and caries: a multilevel analysis to evaluate the influence of contextual and individual factors in 34.843 adults. *J Investig Clin Dent* 2016;7:410-16.
18. Nico, LS, Andrade SCA, Malta DC, Pucca Júnior GA, Peres MA. Saúde bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21:389-98.
19. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saúde Pública* 2012;28:90-100.
20. Freire MCM, Jordão LMR, Malta DC, Andrade SCA, Peres MA. Socioeconomic inequalities and changes in oral health behaviors among Brazilian adolescents from 2009 to 2012. *Rev Saúde Pública* 2015;49:1-10.
21. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decidua no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11:79-87.
22. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saude Pública* 2006;22:1699-707.
23. Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. *Cad Saude Pública* 2008;24:1825-34.
24. Tobias R, Parente RCP, Rebelo MAB. Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico. *Rev Bras Epidemiol* 2008;11:608-18.
25. Celeste RK. Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
26. Barbato PR, Peres MA. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2009;43:13-25.
27. Freire, MCM, Reis SCGB, Gonçalves MM, Balbo PL, Leles CR. Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2010;28:86-91.
28. Brizon VSC, Cortellazzi KL, Vazquez FL, Ambrosano GMB, Pereira AC, Gomes VE, et al. Fatores individuais e contextuais associados à má oclusão em crianças brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2013;47:118-28.
29. Peres KG, Frazão P, Roncalli AG. Padrão epidemiológico das oclusopatias muito graves em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2013;47:109-17.
30. Freitas CHSM, Sampaio FC, Roncalli AG, Moyses SJ. Reflexões metodológicas sobre prevalência da fluorose dentária nos inquéritos de saúde bucal. *Rev Saude Pública* 2013;47:138-47.
31. Peres, MA, Barbato PR, Reis SCGB, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saúde Pública* 2013;47:78-89.
32. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47:98-108.
33. Ardenghi TM, Piovesan C, Antunes JLF. Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47:129-37.
34. Vettore MV, Marques RAA, Peres MA. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. *Rev Saúde Pública* 2013;47:29-39.
35. Marques RAA, Antunes JLF, Sousa MLR, Peres MA, Frazão P. Prevalência e extensão da cárie dentária radicular em adultos e idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública* 2013;47:59-68.
36. Freire MCM, Reis SCGB, Figueiredo N, Peres KG, Moreira RS, Antunes JLF. Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010. *Rev Saúde Pública* 2013;47:40-9.

37. Barbosa TB, Junqueira SR, Frias AC, Araújo ME. Interferência da saúde bucal em funções biológicas e sociais segundo a percepção de adolescentes brasileiros. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2013;13:171-76.
38. Ferreira-Júnior OM, Freire MC, Moreira RS, Costa LR. Contextual and individual determinants of dental pain in preschool children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015;43:349-56.
39. Figueiredo, Daniela de Rossi, Bastos, João Luiz, Peres, Karen Glazer. Association of adverse oral health outcomes with socioeconomic inequalities and dental needs in Brazilian adolescents. *Cad Saúde Pública* 2017;33:1-11.
40. Matos DL, Lima-Costa MF. Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cad Saúde Pública* 2007;23:2740-48.
41. Caicedo-Rosero AV, Estrada-Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud* 2016;15:146-74.
42. Agudelo-Suárez AA, Alzate-Urrea S, López-Vergel F, López-Orozco C, Espinosa-Herrera É, Posada-López A, et al. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud bucal para la población adulta mayor atendida en la red pública hospitalaria de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud* 2014;13:181-99.
43. Parra Ramírez G, García Castro LI. Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales. *Hacia Promoc Salud* 2008;13:121-30.
44. Nations MK, Calvasina PG, Martin MN, Dias HF. Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008;24:800-08.
45. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23:1383-92.
46. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Research* 2004;18:85-91.
47. Martins, AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. *Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional*. *Cad Saúde Pública* 2009;25:421-35.
48. Moimaz SAS, Almeida MEL, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba NA. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12:361-75.
49. Alcarde ACB, Bittar TO, Fornazari DH, Meneghim MC, Ambrosano GMB, Pereira AC. Qualidade de vida pela saúde bucal em uma população de idosos do município de Piracicaba: um estudo transversal. *Rev Odonto Ciênc* 2010;25:126-31.
50. Fonseca PHA, Almeida AM, Silva AM. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *Rev Gaúcha Odontol* 2011;59:193-200.
51. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, Duarte YA, Teixeira DS. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2012;28:1965-75.
52. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JL, da Cruz Teixeira DS, de Oliveira Duarte YA. Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1755-60.
53. Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2012;28:1101-10.
54. Bittencourt V, Abegg C, Fontanive VN. O impacto da saúde bucal nas atividades diárias de indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS. *RFO* 2013;18:37-43.
55. Santos, CM. Avaliação da dimensionalidade e de um modelo conceitual de qualidade de vida relacionada à saúde bucal utilizando a escala oral health impact profile-14 [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
56. Lawi, SYA. Qualidade de vida e a saúde bucal dos universitários idosos do município de Bauru [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2016.
57. Fuentes-García A, Lera L, Sánchez H, Albala C. Oral health-related quality of life of older people from three South American cities. *Gerodontology* 2013;30:67-75.
58. Fernandes GF. A 3ª Conferência de saúde bucal e as políticas públicas de saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
59. Manfredini MA. *Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI [tese]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
60. Freire ALASS. Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
61. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública* 2010;44:360-65.
62. Antunes JLF. Fluoretação da água e mais dentistas no SUS diminuem desigualdades em saúde bucal. *Rev Saúde Pública* 2010;44:366-69.
63. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015;20:2539-48.

64. Frazão P, Narvai, PC. Water fluoridation in Brazilian cities at the first decade of the 21st century. *Rev Saúde Pública* 2017;51:1-11.
65. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9:121-30.
66. Gontijo LPT. A saúde bucal e coletiva na visão do estudante de Odontologia: estudo de uma experiência [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2002.
67. Warmling CM, Caponi S, Botazzo C. Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11:115-22.
68. Santos AM, Assis MMA. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11:53-6.
69. Oliveira JAA. O técnico de higiene bucal: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
70. Agudelo Suárez AA, Martínez Herrera E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Rev Gerenc Polit Salud* 2009;8:91-105.
71. Pinheiro FMC, Nobrega-Therrien SM, Almeida MEL, Almeida MI. A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão. *Rev Gaúcha Odontol* 2009;57:99-106.
72. Gontijo LPT, Almeida MCP, Gomide LRS, Barra RP. A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia: análise de uma experiência. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;14:1277-85.
73. Cruvinel VRN, Franco EJ, Bezerra L, Alves MM, Miranda AF, Carvalho DR. A formação do cirurgião-dentista generalista na Universidade Católica de Brasília. *Rev ABENO* 2010;10:12-9.
74. Fadel CB, Saliba NA. *As representações sociais como instrumento de informação para a saúde bucal coletiva*. *Rev Gaúcha Odontol* 2010;58:521-26.
75. Pereira AC, Gonçalo CSG, Carvalho SPM, Kubo FMM, Batista MJ, Saltori FA, et al. Saúde bucal coletiva – principais metodologias de estudo utilizadas em manuscritos nacionais e internacionais publicados no período de 2002 a 2007. *RFO UPF* 2010;15:119-23.
76. Moura AMG, Bordin D, Fadel CB. O entendimento do processo saúde-doença e o valor atribuído aos dentes em uma análise comparativa entre formandos de Odontologia e Engenharia Civil da UEPG/PR. *Rev Odontol UNESP* 2012;41:340-47.
77. Oliveira MA. A perspectiva civilizatória das ações coletivas em saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.
78. Ruiz Mendoza DC, Morales Borrero MC. Social determination of the oral health-disease process: a social-historical approach in four Latin American countries. *Invest Educ Enferm* 2015;33:248-59.
79. MolinaVLI, Rosetti E, Naressi SCM. A sociologia na prática de estudantes de Odontologia: tribos urbanas e saúde bucal. *Rev ABENO* 2015;15:111-6.
80. Bastos JL, Antunes JLF, Frias AC, Souza MLR, Peres KG, Peres, MA. Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents. *Rev Bras Epidemiol* 2009;12:313-24.
81. Drummond AMA. Iniquidades entre adolescentes brasileiros relacionadas à raça/etnia: a cárie dentária como indicador de saúde bucal [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
82. Guiotoku, SK, Moyses ST, Moyses SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2012;31:135-41.
83. Celeste RK, Gonçalves LG, Faerstein E, Bastos JL. The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pró-Saúde study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41:509-16.
84. Fonseca LLV, Mota JAC, Gonçalves, PF. Public primary oral healthcare: a bioethical reflection. *Rev Odonto Ciência* 2011;26:165-71.
85. Costa, SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Ciênc Saúde Coletiva* 2013;18:461-70.
86. Rueda Martínez G, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Rev Latinoam Bioética* 2017;17:36-59.
87. Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33:274-79.
88. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40:289-96.
89. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12:1611-21.
90. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009;25:1063-72.
91. Miranda CD-BC, Peres MA. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2013;29:2319-32.
92. Ferreira AA; Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11:211-8.

93. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: atores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Pública* 2010;44:1005-13.
94. Victora CG, Araújo CLP, Menezes AMB, Hallal PC, Vieira MF, Neutzling MB, et al. Methodological aspects of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *Rev Saúde Pública* 2006;40:39-46.
95. Peres KG, Peres MA, Demarco FF, Tarquínio SBC, Horta BL, Gigante DP. Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age. *Cad Saúde Pública* 2011;27:1569-80.
96. Kobayashi TY. Efeito residual na saúde bucal de crianças de um programa preventivo longitudinal, dirigidos a mães primíparas [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2013.
97. Peres MA, Peres KG, Boing AF, Bastos JL, Silva DA, González-Chica DA. Saúde bucal no EpiFloripa: estudo prospectivo das condições de saúde de adultos de Florianópolis, Sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2014;17:571-5.
98. Noro LRA, Roncalli AG, Teixeira AKM. Contribution of cohort studies in the analysis of oral health in children and adolescents in Sobral, Ceará. *Rev Bras Epidemiol* 2015;18:716-9.
99. Teixeira AKM, Roncalli AG, Noro LRA. Factors related to the dental caries incidence in youth: a cohort study in Brazilian Northeastern. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016;21:3871-8.
100. Teixeira AK, Antunes JL, Noro LR. Factors associated with malocclusion in youth in a municipality of Northeastern Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2016;19:621-31.
101. Souza, ME, Pereira SM, Castilho ARF, Pereira LJ, Pardi V, Pereira AC. Relação entre fatores socioeconômicos, clínicos e saúde bucal em escolares da zona rural: um estudo longitudinal. *RFO UPF* 2015;20:208-15.
102. Rocha NB, Garbin CAS, Garbin AJI, Saliba O, Moimaz SAS. Longitudinal study into the determining factors of dental caries in children aged 4: socio-behavioral aspects and oral health of pregnant women. *Rev Gaúcha de Odontol* 2017;65:52-61.

Como citar este artigo:

Lamy RLRF, Andrade CLT, Matta GC. Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa. *Rev. Aten. Saúde*. 2020; 18(63): 82-98.