

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy

Iniquidades sociais e saúde bucal: análise da produção científica no campo da saúde bucal coletiva

Rio de Janeiro

2020

Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy

Iniquidades sociais e saúde bucal: análise da produção científica no campo da saúde bucal coletiva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. Carla Lourenço
Tavares de Andrade
Coorientador: Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta

Rio de Janeiro

2020

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

L242i Lamy, Renata de Lourdes Ribeiro Franco.
Iniquidades sociais e saúde bucal: análise da produção científica no campo da saúde bucal coletiva. / Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy. -- 2020.
167 f.: il. color. ; graf. ; tab.

Orientadores: Carla Lourenço Tavares de Andrade e Gustavo Correa Matta.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Iniquidade Social. 2. Saúde Bucal. 3. Publicações de Divulgação Científica. 4. América Latina. I. Título.

CDD – 23.ed. – 617.6098

Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy

Iniquidades sociais e saúde bucal: análise da produção científica no campo da saúde bucal coletiva

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Aprovada em 24 de outubro de 2019.

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Andréa Neiva da Silva
Universidade Federal Fluminense

Profa. Dra. Lenir Nascimento da Silva
ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva
ENSP/FIOCRUZ

Profa. Dra. Marly Marques da Cruz
ENSP/FIOCRUZ

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta
ENSP/FIOCRUZ

Profa. Dra. Carla Lourenço Tavares de Andrade
ENSP/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2020

Esta Tese é dedicada ao meu marido Tonny, pelo amor, carinho e incentivo, especialmente por seu incondicional apoio. Obrigada por estar sempre do meu lado e por tudo que representa em minha vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pelo dom da vida, pelos ensinamentos diários, pelas pessoas que colocou em meu caminho, por tudo o que me proporciona e pela oportunidade de realizar meus sonhos, dando-me forças nos momentos mais difíceis. Obrigada Senhor!

À minha mãe Maria das Graças, pela dedicação e paciência inabaláveis, aliadas às lições de virtuosidade e honestidade, essenciais em meu processo de formação pessoal. Obrigada pelo amor incondicional!

Ao meu saudoso pai João Miguel, que sempre acreditou nas minhas escolhas e me apoiou com seu imenso amor.

À minha irmã, pelas inquietantes opiniões, companheirismo e sinceridade.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), pelo apoio e infraestrutura oferecida.

Aos meus orientadores Professores Doutores Carla Lourenço Tavares de Andrade e Gustavo Correa Matta, pelas valiosas contribuições, sobretudo, competências e comprometimentos na condução do saber, no desenvolvimento e na materialização desta tese. Agradeço o apoio e compreensão, implicitamente expressos em suas imprescindíveis dicas de superação dos desafios naturais deste estudo.

Aos Professores Doutores Andréa Neiva da Silva, Lenir Nascimento da Silva, Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva e Marly Marques da Cruz, que compõem a Banca desta Tese, tendo desde já a certeza de que suas críticas e sugestões serão essenciais para o meu aperfeiçoamento profissional.

Ao corpo docente, pelos ensinamentos compartilhados e pelas dicas de orientações de leituras que contribuíram para o meu amadurecimento acadêmico, desde o início desta trajetória.

Aos funcionários da ENSP/FIOCRUZ, em especial à Gizele da Rocha Ribeiro, pela dedicação, atenção e senso de responsabilidade

Aos colegas de turma, por termos caminhado juntos nesse desafio, compartilhando horas no aprofundamento do saber profissional, trocando ideias e atingindo metas comuns.

Aos meus amigos, que de uma forma ou de outra me incentivaram e brindaram com suas amizades e carinho.

Ao Instituto Nacional de Câncer (INCA), por oportunizar a realização deste Doutorado.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que direta ou indiretamente se fizeram presentes e contribuíram no desenvolvimento deste trabalho.

“Aplicarei os tratamentos para o bem do doente segundo o meu poder de entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém”.

(Hipócrates, 460 - 377 a.C.)

RESUMO

Este estudo centra-se em analisar a produção científica sobre iniquidades sociais e saúde bucal do Brasil e de outros países da América Latina entre 1992 a 2018. Esta centralidade foi desmembrada em três artigos de revisão integrativa com análise de conteúdo temática em que foram abordados respectivamente: a distribuição e os principais temas da literatura sobre iniquidades sociais no campo da saúde bucal com foco nos países da América Latina; a produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal no contexto do SBBrazil, com ênfase nas principais temáticas e abordagem teórica conceitual relacionada ao campo e na compreensão de como a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) reflete nesta produção, e; a produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal a partir da implementação da PNSB, no período de 2003 a 2018. 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. A partir da implementação do SBBrazil, constatou-se claramente o aumento da produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal, principalmente de 2010-2013, com a maioria dos estudos de abrangência nacional, o que remete à importância dos dados do SBBrazil que potencializaram a produção de estudos na área de vigilância em saúde bucal em todo o país, abrangendo a situação da saúde bucal das capitais e os municípios do interior. A PNSB tem sido objeto de pesquisas no campo das iniquidades sociais, evidenciando-se o aumento da produção científica, principalmente a partir de 2006, sendo que o ano de 2018 apresentou o maior número de publicações; a utilização de diversos métodos de pesquisa; e sua importância estratégica no sentido buscar um modelo de atenção à saúde bucal fundamentado nas necessidades de saúde bucal da população. Os dados revelaram que 51,5% das produções científicas apresentaram abrangência nacional, sendo que a região Nordeste foi a que apresentou o maior número de estudos na análise da PNSB, destacando-se a Universidade Federal da Bahia. Com base nas revisões realizadas, pode-se concluir que torna-se imprescindível um debate da determinação social do processo saúde-doença seja incorporado à produção científica da saúde bucal, no sentido de propor reflexões em defesa do direito à saúde bucal para que se consiga alcançar a raiz das iniquidades sociais, com uma perspectiva crítica mais abrangente sobre os processos sociais, que se traduz no modo de produção capitalista vigente e suas contradições que afetam a saúde, inclusive a saúde bucal. Portanto, ainda há desafios da PNSB para enfrentar as dimensões estruturais das iniquidades sociais, buscando-se a integralidade no sentido de reformular o campo de práticas em saúde bucal, trazendo para o campo reflexões e transformações mais profundas que aquelas centradas na operacionalidade técnica, respeitando a autonomia das pessoas e fortalecendo a participação da população. Além disso, vale ressaltar a conjuntura política e econômica atual do país, refletindo em desmontes de um conjunto de políticas setoriais, incluindo a saúde bucal, repercutindo na população mais vulnerável. Os resultados obtidos nesta pesquisa apontam para a necessidade de mais estudos vinculados ao marco teórico da construção crítica da determinação social do processo saúde-doença, com um olhar mais abrangente e trazendo para o debate a necessidade de construir a saúde bucal com responsabilização compartilhada nas três esferas governamentais, abrangendo ações no sentido de pensar em uma construção democrática de rede de cuidado, centrada nas necessidades dos sujeitos, na luta contra as contradições da sociedade capitalista.

Palavras-chave: Política de Saúde, Iniquidade Social, Saúde Bucal Coletiva, Saúde Pública, América Latina.

ABSTRACT

This study focuses on analyzing the scientific production on social inequalities and oral health in Brazil and other Latin American countries from 1992 to 2018. This centrality was broken down into three integrative review articles with thematic content analysis in which these were addressed respectively: the distribution and the main themes of the literature on social inequalities in the oral health field focusing on Latin American countries; the Brazilian scientific production on social inequalities and oral health in the context of SBBrazil, with emphasis on the main themes and conceptual theoretical approach related to the field and on the understanding of how the National Oral Health Policy (Política Nacional de Saúde Bucal, PNSB) reflects in this production, and; the Brazilian scientific production on social inequalities and oral health from the implementation of the PNSB (2003 - 2018). The analysis of the studies provided a comprehensive view on trends regarding the distribution of scientific knowledge production in relation to the topic of social inequities in the field of oral health in Latin America and an increase in the number of studies on the subject has grown in recent decades, as well as the scope of oral health issues in the Latin American scenario. From the implementation of SBBrazil, the increase of the Brazilian scientific production about social inequalities and oral health clearly increased, mainly from 2010-2013, with the majority of the studies having a national scope, which points to the importance of SBBrazil data that provided for studies in the area of oral health surveillance throughout the country, covering the oral health situation of the capitals and smaller municipalities. The PNSB has been the subject of research in the field of social inequities, which becomes clear from the increase in scientific production, especially since 2006, with the year of 2018 presenting the largest number of publications; the use of various research methods; and its strategic importance in seeking a model of oral health care based on the oral health needs of the population. The data revealed that 51.5% of the scientific productions had national coverage, and that the Northeast region presented the largest number of studies in the PNSB analysis, especially the Federal University of Bahia. Based on the reviews performed, it can be concluded that a debate on the social determination of the health-disease process is essential to be incorporated into the scientific production about oral health in order to propose reflections to defend the right to oral health in order to achieve reach the origin of social inequities, with a broader critical perspective on social processes, which translates into the current capitalist mode of production and its contradictions that affect health, including oral health. Therefore, there are still challenges for the PNSB to face, such as the structural dimensions of social inequities, seeking fullness in the sense of reformulating the field of oral health practices, bringing deeper reflections and transformations to the field than those centered on technical operation, respecting people's autonomy and strengthening the participation of the population. In addition, it is worth mentioning the current political and economic conjuncture of the country, reflecting on the dismantling of a set of sectorial policies, including oral health, impacting the most vulnerable population. The results obtained in this research point to the need for further studies linked to the theoretical framework of the critical construction of the social determination of the health-disease process, with a broader view and bringing forward the need to develop oral health with shared responsibility in the three governmental spheres, including actions to think about a democratic construction of a care network centered on the needs of the subjects and in the fight against the contradictions of a capitalist society.

Keywords: Health Policy, Social Inequity, Collective Oral Health, Public Health, Latin America.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Evolução histórica dos paradigmas explicativos do processo saúde-doença..	28
Quadro 2	Perspectivas teóricas sobre determinação social da saúde na América Latina nos séculos XX e XXI.....	35
Quadro 3	Linha do tempo: DSS – século XXI.....	40
Figura 1	Abordagem integradora das dimensões epidemiológica, da gestão, da clínica e das subjetividades na organização da atenção à saúde bucal.....	51
Quadro 4	Bases teóricas selecionadas para o estudo.....	59
ARTIGO 1		
Figura 1	Fluxograma do processo de seleção das publicações.....	69
Gráfico 1	Número de estudos latino-americanos sobre iniquidades sociais e saúde bucal de 1992-2017, por ano de publicação.....	70
ARTIGO 2		
Figura 1	Fluxograma do processo de seleção das produções científicas.....	95
Quadro 1	Descrição dos estudos selecionados segundo título, ano, autores e base de dados.....	96
ARTIGO 3		
Figura 1	Fluxograma do processo de seleção.....	121
Gráfico 1	Número de estudos de 2003-2018, por ano de publicação.....	122

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	Proporção de estudos segundo características bibliográficas e metodológicas no período de 1992 a 2017.....	71
----------	--	----

ARTIGO 2

Tabela 1	Proporção de estudos segundo características bibliográficas e metodológicas no período de 2006 a 2017.....	98
Tabela 2	Principais desfechos e variáveis de exposições socioeconômicas e demográficas utilizados nos estudos, de 2006 a 2017.....	100
Tabela 3	Proporção de artigos, segundo tema/objeto de estudo e período de publicação.....	100

ARTIGO 3

Tabela 1	Proporção de estudos segundo periódico no período de 2003 a 2018.....	122
Tabela 2	Proporção de estudos segundo instituição (1º autor) no período de 2003 a 2018.....	123
Tabela 3	Proporção de estudos segundo local de realização no período de 2003 a 2018	123
Tabela 4	Proporção de estudos segundo desenho metodológico no período de 2003 a 2018.....	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
APS	Atenção Primária à Saúde
GOHAI	Avaliação Geriátrica de Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CNDSS	Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CSDH	<i>Commission on Social Determinants of Health</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DSSB	Determinantes Sociais de Saúde Bucal
DP	Doença periodontal
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
CPO-d	Índice do número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
ISEqH	<i>International Society for Equity in Health</i>
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PIB	Produto Interno Bruto
PRECAD	Programa de Prevenção de Cárie Dentária
PSF	Programa de Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PROESA	Programa Odontológico Escolar de Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SBC	Saúde Bucal Coletiva
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
TPD	Técnico em Prótese Dentária
UBS	Unidade Básica de Saúde
UMO	Unidades Móveis Odontológicas

LISTA DE SÍMBOLOS

=	Igual
\geq	Maior ou igual
<	Menor que
%	Percentual

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	23
2.1 CONSIDERAÇÕES POLÍTICO-CONCEITUAIS E TEÓRICAS.....	23
2.1.1 Antecedentes e processos históricos da saúde-doença.....	24
2.1.2 Paradigmas explicativos e concepções do processo saúde-doença	25
2.1.3 A teoria da determinação social do processo saúde-doença: caminho para a compreensão das iniquidades sociais na América Latina.....	30
2.1.4 A abordagem dos determinantes sociais da saúde: desafios e limites.....	35
2.1.5 Considerações conceituais sobre equidade, iniquidade, igualdade e desigualdade.	41
2.2 SAÚDE BUCAL COLETIVA NO BRASIL – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL AO MOVIMENTO DA SAÚDE BUCAL COLETIVA	44
2.2.1 Odontologia Flexneriana.....	45
2.2.2 Odontologia Sanitária	45
2.2.3 Odontologia Preventiva e Social.....	46
2.2.4 Odontologia Simplificada	47
2.2.5 Odontologia Integral	48
2.2.6 Saúde Bucal Coletiva.....	49
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – UM OLHAR SOBRE A INTEGRALIDADE.....	51
2.3.1 Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família.....	52
2.3.2 Saúde bucal na atenção especializada: CEO e LRPD.....	54
3 OBJETIVOS	56
3.1 OBJETIVO GERAL.....	56
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	56
4 METODOLOGIA.....	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
5.1 ARTIGO 1 – INIQUIDADES SOCIAIS E SAÚDE BUCAL: revisão integrativa	63
5.2 ARTIGO 2 – INIQUIDADES SOCIAIS E SAÚDE BUCAL NO BRASIL: reflexões sobre a produção científica no contexto do SBBrasil 2003 e 2010.....	90

5.3 ARTIGO 3 – AVANÇOS E DESAFIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NA REDUÇÃO DAS INIQUIDADES SOCIAIS NO PAÍS: uma revisão integrativa.....	115
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
REFERÊNCIAS	151
APÊNDICE – PUBLICAÇÕES UTILIZADAS NOS ARTIGOS.....	158

APRESENTAÇÃO

Esta tese se inicia com uma breve apresentação da motivação que me levou a escolher o objeto de pesquisa “Iniquidades sociais e saúde bucal”, considerando-se a trajetória histórica dos modelos de atenção à saúde bucal à implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no país. Diante de um contexto de profundas iniquidades sociais desencadeadas por um sistema de produção capitalista perverso, expressas pelas contradições do capital x trabalho e do modelo hegemônico biomédico desde as décadas de 1960/1970, a necessidade de estudar este objeto tem origem em inquietações vivenciadas desde minha graduação em Odontologia até meu cotidiano profissional no Sistema Único de Saúde (SUS), trabalhando desde 2007; inicialmente como cirurgiã-dentista da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, atualmente, no Ministério da Saúde (MS) – Instituto Nacional de Câncer (INCA), em relação à necessidade de políticas públicas que possam garantir o direito à saúde bucal, destacando-se a elaboração e implantação da PNSB no país desde 2003.

Neste sentido, o direito à saúde bucal suscitou reflexões sobre a concepção ampliada de saúde e sua determinação social, havendo necessidade de retomar o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e o conceito da 8ª Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, em que a saúde relaciona-se diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. Essa compreensão da saúde foi base para a construção da Lei Orgânica da Saúde que instituiu o SUS no país. Dessa forma, a compreensão de iniquidades sociais e saúde bucal neste estudo, estão intrinsecamente relacionadas à necessidade de garantir o direito à saúde bucal, mediante a necessidade de proteção social por meio de políticas públicas.

Ademais, este estudo está relacionado às inquietações vivenciadas no decorrer do desenvolvimento da minha dissertação de Mestrado Acadêmico na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ) “Indicadores de saúde bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório”, que convergiram a questionamentos que expôs a importância de discutir as possibilidades e limites dos indicadores de saúde bucal pactuados no país para analisar as ações implementadas pela PNSB nos municípios. A trajetória iniciada de formação em saúde pública/coletiva, por meio do curso de Mestrado, proporcionou oportunidades de ampliação do meu campo profissional no SUS, o qual prestei concurso público para o MS e fui aprovada em 2015, e agregou conhecimento no campo da saúde coletiva. Ao mesmo tempo, gerou

novas perguntas e necessidade de continuidade dos estudos para o aprimoramento intelectual e a qualificação da formação profissional.

Neste caminho, iniciou-se em 2015 o curso de Doutorado Acadêmico na ENSP/FIOCRUZ, sendo que este retorno a uma rotina mais densa de estudos, com a necessidade de análise crítica sobre o campo da saúde coletiva, possibilitou a construção do tema e objeto de estudo, porém este processo de construção foi árduo durante os quatro anos de curso, mas ao mesmo tempo necessário para meu crescimento e qualificação, no sentido da pesquisa buscar contribuir para o campo da saúde bucal coletiva.

A primeira aproximação com o tema foi por meio da leitura do livro “Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade” de Jaime Breilh e posteriormente fiz a leitura de outros textos com diferentes perspectivas como o relatório da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), o que possibilitou compreender que não há homogeneidade quanto às concepções, origens e aos pressupostos teóricos sobre a determinação social do processo saúde-doença, o que implica que há distintos conceitos na literatura que se refletem no campo da saúde bucal.

Nesta perspectiva, houve a necessidade de aprofundamento teórico sobre o tema, bem como a análise crítica a partir do referencial de Jaime Breilh, optando-se por realizar um estudo teórico que se desmembrou em três artigos. Cabe ressaltar que não se pretende esgotar o assunto nesta tese, mas trazer reflexões sobre o tema e que possam subsidiar novas pesquisas com o referencial teórico crítico da determinação social do processo saúde-doença, com análise a partir do movimento da RSB.

Esta tese está estruturada, além da introdução, em seis tópicos. O segundo tópico refere-se às bases teóricas deste estudo, abordando-se, inicialmente, as considerações político-conceituais e teóricas do estudo. Além disso, discute-se os antecedentes e paradigmas explicativos do processo saúde-doença, considerando-se a teoria da determinação social como caminho para compreensão do processo saúde-doença, e ainda, os desafios e limites dos estudos com enfoque nos determinantes sociais da saúde. A partir dos marcos referenciais teóricos-políticos da determinação social do processo saúde-doença e da RSB, foram elencados os conceitos, as principais características, bem como dificuldades e desafios da trajetória histórica da SBC no país, considerando-se a discussão dos modelos de atenção à saúde desde os anos de 1950 e 1960 até a implantação da PNSB em 2003. Finalizando este tópico, vislumbrou-se a PNSB com um olhar sobre a integralidade da atenção na ESF, bem como na atenção especializada (CEO e LRPD). No terceiro tópico encontra-se o objetivo geral que se desdobra em três objetivos específicos. A metodologia, inserida no quarto tópico,

foi desenvolvida de forma integrada, fazendo um percurso metodológico do estudo proposto, buscando correlacionar a base conceitual investigada para extrair inferências sobre a temática abordada. Também apresenta a trajetória da metodologia aplicada à pesquisa exibindo sua caracterização, coleta e análise de dados e os instrumentos utilizados. Os resultados e discussão são apresentados no quinto tópico com três artigos que se articulam e contribuem para o campo da SBC. O sexto tópico traz as considerações finais à luz da pesquisa realizada. Por fim, são apresentadas as referências construídas a partir dos autores pesquisados e inseridos na introdução, referencial teórico, metodologia e considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

A compreensão das desigualdades sociais no campo da saúde está relacionada, historicamente, ao surgimento de diferentes correntes e teorias explicativas sobre o processo de adoecimento e saúde das populações, principalmente a partir do século XIX. Desde o início deste século, surgiram os primeiros estudos epidemiológicos sobre as condições de vida das diferentes classes sociais das populações, bem como as condições de trabalho ou renda, de nutrição, de moradia e de saneamento, demonstrando que as taxas de morbidade e mortalidade estavam relacionadas ao contexto social dos diferentes grupos (BARATA, 1998, 2001).

Estudos clássicos de Louis-René Villermé, William Alison, William Farr, John Snow, Friedrich Engels e Rudolf Virchow, entre outros, impulsionaram uma significativa produção científica sobre as desigualdades sociais e sua relação com a saúde, reconhecendo a saúde da população como um tema de estudo diferenciado e contribuindo para o desenvolvimento e consolidação da racionalidade epidemiológica. Na América Latina, estudos da Medicina Social sobre a determinação social da saúde permeiam a literatura desde a década de 1970, florescendo no contexto de regimes autoritários. O pressuposto destes estudos é de que os modos de produção e reprodução social perpetuam privilégios econômicos e políticos entre grupos, no interior de países e entre eles, configurando um quadro de iniquidade em saúde (ALMEIDA-FILHO, 2004; CZERESNIA, MACIEL; OVIEDO, 2013).

A teoria da determinação social atrelada ao conceito de processo saúde-doença ocorreu a partir das transformações sociais dos movimentos políticos de luta pelos direitos civis. Várias concepções críticas da epidemiologia convencional foram desenvolvidas em diferentes centros latino-americanos, de forma a subsidiar a construção histórica do campo da saúde coletiva, dando início à corrente da Epidemiologia Social. A abordagem latino-americana foi base de formulação da proposta de mudança do sistema de saúde brasileiro, conduzido pelo movimento de saúde coletiva no Brasil, que buscava o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e um dever do Estado (ALMEIDA-FILHO, 2004; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, GONZALEZ, 2015).

No Brasil, diferentes autores trabalharam com o conceito ampliado do processo saúde-doença, que serviu de base conceitual para o surgimento do campo da Saúde Coletiva. A Constituição de 1988 estabeleceu as bases legais para a organização do SUS no país, incorporando as principais deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que orientaram as propostas transformadoras do setor saúde, e que foram formuladas pelo movimento da RSB (PAIM, 2009).

De acordo com Escorel (1998), enquanto no período do autoritarismo as propostas tinham como diretriz fundamental “Saúde e Democracia”, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, estava estampado em grandes painéis: “Democracia é Saúde”. Neste contexto de mobilização e resposta aos regimes autoritários nas décadas de 1970 e de 1980 na América Latina, a partir da 8ª Conferência foi formulado o conceito ampliado e integrado à determinação social do processo saúde-doença, sendo a saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Nesta conjuntura do movimento da RSB, do nascimento da Saúde Coletiva como campo de práticas e da redemocratização a partir da expressão “Saúde é Democracia; Democracia é Saúde”, surgiu o movimento da Saúde Bucal Coletiva (SBC) no país, no final da década de 1980 (BOTAZZO; CHAVES, 2014). Este constituiu-se um movimento pela politização e democratização da Odontologia brasileira, sendo uma reflexão crítica à Odontologia privada de mercado e aos modelos de prática odontológica em curso naquele período, e também um referencial teórico para as políticas e as práticas de saúde bucal no SUS, no sentido de garantir a justiça social, redução das iniquidades e o direito à saúde, apresentando como pilares teórico-políticos a determinação social do processo saúde-doença e a RSB (BOTAZZO, 2013; BOTAZZO; CHAVES, 2014; SOARES et al., 2016, 2017).

O ano de 1988 foi a primeira vez que se fez referência à SBC, a partir de um texto produzido na antiga seção de Odontologia Sanitária do Instituto de Saúde de São Paulo (BOTAZZO et al., 1988), com a finalidade de servir como material de apoio pedagógico aos cursos de formação de pessoal auxiliar em Odontologia no âmbito do Projeto Larga Escala, da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, produzindo uma reflexão teórico-política sobre os conceitos e as práticas da Odontologia sanitária do período anterior à RSB. O texto produzido tornou-se referência em muitas produções científicas, levando à inclusão de novas disciplinas nas faculdades de Odontologia do país e à mudança de disciplinas antigas (BOTAZZO; CHAVES, 2014).

As principais influências teóricas da SBC são muito próximas da Saúde Coletiva, como o marxismo e outras derivadas do pensamento de Michel Foucault, ambas, presentes na tese de doutoramento de Sergio Arouca (AROUCA, 1975) sobre o “dilema preventivista”. Nesta perspectiva, torna-se fundamental afirmar que a SBC é parte inseparável, teoria e prática, da Saúde Coletiva, constituindo-se como generalidade e como particularidade regional, e composta por três eixos temáticos: Ciências Sociais e Humanas, Epidemiologia e Política, Planejamento e Gestão em Saúde (BOTAZZO; CHAVES, 2014).

Outro aspecto muito difundido dessa concepção é que o objeto da SBC não é o mesmo da Odontologia, apresentando diferença nos problemas teóricos e práticos de cada uma delas. Neste contexto, a compreensão do processo saúde-doença está além da assistência odontológica, compreendida como ações clínicas e cirúrgicas, mas implica em ações sobre as causas das doenças e suas distintas naturezas: biológicas, sociais, econômicas ou políticas, compreendendo o processo saúde-doença a partir da determinação social. Dessa forma, o modo de ampliar os limites e as funções sociais da Odontologia seria a crítica à explicação ecológica da doença e do seu caráter a-histórico, biologizante e individual (BOTAZZO et al., 1988; BOTAZZO, 2013; BOTAZZO; CHAVES, 2014).

Complementando a discussão, Narvai e Frazão (2008) discorreram que a saúde-doença bucal decorre de um complexo causal no qual estão envolvidas diversas variáveis, sendo que somente algumas dessas variáveis se localizam no campo de competências dos profissionais da saúde, sendo que um número menor ainda está relacionado diretamente ao trabalho odontológico. Neste contexto, é necessário reconhecer essa “determinação externa” dos níveis de saúde-doença bucal de diferentes populações, ou seja, o processo saúde-doença bucal extrapola as competências e atribuições do modo de organização do trabalho odontológico, principalmente em contextos e locais de profundas desigualdades sociais.

Nas décadas de 1970 e de 1980, as correntes odontológicas vigentes no Brasil eram incapazes de provocar mudanças na prática odontológica e no contexto da saúde bucal (SOARES et al., 2017), predominando no país uma prática odontológica de caráter liberal e mercantilista, sendo que a falta de atenção à saúde bucal e os problemas relacionados condições de vida geraram um quadro epidemiológico na saúde bucal da população considerado dos piores do mundo (VIANNA; PAIM, 2016). A 7ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, foi a primeira conferência a analisar o modelo de atenção decorrente da prática odontológica no país, apontando, de modo geral, baixa cobertura, alta complexidade, enfoque curativo e caráter mercantilista (NARVAI, 2011).

Neste contexto histórico mais amplo do movimento da RSB, de propostas e reivindicações da SBC para entrada da saúde bucal no SUS (SOARES, 2012) e dos debates e proposições originadas nas três Conferências Nacionais de Saúde Bucal, realizadas em 1986, 1993 e 2004, foram se definindo as proposições da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como um processo coletivo de construção fortemente ligado ao movimento da RSB e às trajetórias históricas das forças partidárias que se articularam na coligação que levaria à eleição de Lula (NARVAI, 2011).

Cabe salientar que, desde 2002, diante de uma nova conjuntura política, foi elaborado o documento do “Programa Fome Zero e Boca Cheia de Dentes!”, posteriormente renomeado “Brasil Sorridente”, apresentado ao governo Lula pela equipe de transição de governo. Esse documento estabeleceu a relação entre o Programa Fome Zero e a questão da Boca Cheia de Dentes, elucidando que a saúde bucal constitui uma condição necessária para se mastigar bem, o que implica em se alimentar bem, sendo um dos desafios de tornar a fome zero no país (LORENASOBRINHO, 2014; NARVAI, 2011).

Pode-se acrescentar ainda que os dados gerados do 3º levantamento epidemiológico de saúde bucal (SBBrasil 2003), realizado no país com o objetivo de produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, foram importantes para a construção da PNSB em 2004 (RONCALLI, 2006), uma vez que apontou para uma grande dívida social na atenção à saúde bucal, trazendo à tona mais de trinta milhões de desdentados no país, dado alarmante para a área de saúde bucal, deflagrando-se um processo de discussão, com articulações intersetoriais nas esferas de governo e ações da sociedade civil e movimentos populares, no âmbito da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004).

Neste contexto, a PNSB começou a ser planejada em 2003, com o objetivo de recuperar o direito do cidadão brasileiro à atenção à saúde bucal, conforme os princípios de universalidade, equidade, descentralização e integralidade do SUS, revertendo assim um abandono histórico (PUCCA JUNIOR; LUCENA; CAWAHISA, 2010). Em 2004, foi publicado o documento “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal”, sendo que esse documento foi consolidado na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. As diretrizes da PNSB apontam para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de complexidade e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o conceito do cuidado como eixo de reorientação do modelo (BRASIL, 2004), tem como eixos principais: a reorganização da atenção básica, especialmente por meio da ESF, a (re)organização da atenção especializada, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), fluoretação da água de abastecimento público e vigilância em saúde bucal (PUCCA JUNIOR; LUCENA; CAWAHISA, 2010).

O desenvolvimento deste estudo está relacionado a argumentos que se interrelacionam e sinalizam desafios: (i) reconhecimento da complexidade do processo saúde-doença bucal e sua determinação social que impacta em parcela significativa da população, gerando iniquidades sociais; (ii) necessidade de uma vigilância para os problemas de saúde bucal da população, sobretudo à população socialmente mais vulnerável, e; (iii) considerando-se a dimensão territorial do país e a heterogeneidade dos municípios, há necessidade de estudos

sobre o impacto das políticas de saúde sobre as iniquidades na atenção à saúde bucal, considerando-se os avanços e desafios da PNSB no país.

Dessa forma, o objetivo do trabalho é analisar a produção científica sobre iniquidades sociais e saúde bucal do Brasil e outros países da América Latina, no período de 1992 a 2018. Considerando-se a multiplicidade de perspectivas conceituais, teóricas e metodológicas sobre o tema que se reflete no campo da saúde bucal, parte-se do pressuposto que há lacunas nas produções acadêmicas sobre o processo histórico da saúde-doença bucal e sua determinação social, sendo necessário mais estudos que possam contribuir para o aprofundamento do debate da abordagem teórica-conceitual crítica da determinação social do processo saúde-doença e de como o movimento contra-hegemônico da SBC tem contribuído, resgatando o movimento da RSB, nas produções científicas acadêmicas.

Nesta perspectiva, este estudo norteou-se nas seguintes questões: De que forma a produção científica latino-americana vem abordando o tema iniquidades sociais no campo da saúde bucal? Como o SBBrasil tem sido abordado na produção científica brasileira sobre o tema? Quais os avanços e desafios da PNSB na redução das iniquidades sociais na atenção à saúde bucal no país?

Para compreender a relação entre iniquidades sociais e o processo saúde-doença bucal nas populações, para além dos aspectos biológicos, neste estudo foi utilizado o conceito de iniquidade que remete à dimensão política, resultante do modo de produção econômica dominante, trazendo à tona os conflitos relacionados com a repartição da riqueza, enfocando conforme a definição de Breilh (2006), o processo intrínseco que a gera, ou seja, não reduzindo o olhar sobre os efeitos, mas enfocando seus determinantes. Dessa forma, o conceito de iniquidade incorpora uma dimensão política que aponta a necessidade da intervenção do Estado para garantir a implementação de políticas públicas distributivas equânimes no sentido de reconhecer as diferenças de gênero, étnico-raciais e de classe social como determinantes de iniquidades sociais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONSIDERAÇÕES POLÍTICO-CONCEITUAIS E TEÓRICAS

Diferentes autores em trabalhos científicos têm utilizado, indistintamente, os conceitos de desigualdade, iniquidade, diversidade e diferença. Esse fato chama a atenção, uma vez que há distintas definições e abordagens teóricas conceituais, bem como interpretações de como estas categorias se desenvolvem no âmbito de uma estrutura de poder, na qual convergem situações de classe, gênero e étnico-raciais.

Para fins de análise deste trabalho será utilizado o conceito de iniquidade, conforme a definição de Breilh (2006) que distingue “iniquidade” – o processo que possibilita a concentração de poder – de “desigualdade” – uma manifestação empírica da iniquidade, ou seja, uma simples resultante. Segundo o autor, a iniquidade não corresponde à injustiça na repartição e no acesso, mas ao processo intrínseco que a gera. A iniquidade remete ao caráter e ao modo de devir de uma sociedade que determina a repartição e o acesso desiguais (desigualdade social) que são sua consequência. A desigualdade, por sua vez, é a expressão observável da iniquidade, expressando um contraste – de uma característica ou medida – produzida pela iniquidade. Por exemplo, o caso da desigualdade salarial entre classes sociais ou entre gêneros, que corresponde à iniquidade no processo de produção e distribuição econômica.

Nesta perspectiva, é imprescindível a distinção entre “desigualdade” e “iniquidade” para que não ocorra redução ou desvio do olhar para os efeitos, ao invés de focar a análise dos processos generativos ou determinantes. Outro aspecto fundamental, segundo Breilh (2006) é que as três fontes de iniquidade – classe, etnicidade e gênero – não são processos desvinculados, uma vez que compartilham uma mesma raiz germinativa, que é a apropriação do poder, ou seja, a apropriação privada da riqueza, além disso os mecanismos de reprodução social dos três tipos iniquidade se interrelacionam. Para o autor, a dominação não é apenas classista, mas compõe uma estrutura de poder que é perpassada tanto pelas relações de apropriação e expropriação econômicas quanto por relações de subordinação étnica e de gênero.

Dessa forma, será utilizado o conceito de “iniquidade social em saúde” incorporado à dimensão política, ou seja, reconhecendo a necessidade de incorporar toda a complexidade das relações de produção-propriedade e de poder que determinam a saúde. Essa complexidade remete à necessidade e à importância de implementação de políticas públicas distributivas

equânimes, no sentido de reconhecer as diferenças de gênero, étnico-raciais e de classe social como determinantes de iniquidades em saúde.

2.1.1 Antecedentes e processos históricos da saúde-doença

O desenvolvimento do conhecimento sobre o processo da saúde-doença tem sido produzido de forma não linear e cumulativa ao longo do tempo, com avanços e retrocessos sobre conceitos, estratégias analíticas, interpretações e modelos de explicação da saúde e da doença, conforme os padrões de conhecimento e organização social (BARATA, 2012; CARVALHO; BUSS, 2008).

Dominante entre os povos da Antiguidade Clássica, a ênfase das interpretações mágico-religiosas foi responsável pelo desenvolvimento inicial da prática médica. Nas diferentes culturas, o papel da cura estava entregue aos líderes espirituais: sacerdotes incas; os xamãs e pajés entre os índios brasileiros; as benzedeiros e os curandeiros na África. Com funções e poderes de natureza ritualística, estes líderes buscavam diferentes recursos, como cânticos, danças, infusões, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, extração da doença pela provocação do vômito, entre outros recursos terapêuticos (BATISTELLA, 2007).

Ainda na Idade Clássica, ao lado das concepções mágico-religiosas, gradativamente foi se desenvolvendo outras explicações para os fenômenos saúde e doença. O apogeu da civilização grega representou o rompimento com as práticas mágicas e o surgimento de explicações racionais, pois os grandes médicos eram também filósofos e procuravam entender a relação entre o homem e a natureza. Nascida no seio da religião panteísta, a medicina grega cultuava a divindade de Asclepius, com práticas envolvendo o uso de ervas medicinais e de métodos naturais. Desta forma, a observação empírica da natureza forneceu os elementos centrais para a organização de um novo modo de compreender a saúde e doença, principalmente por meio da obra de Hipócrates (460-377 a.C.), fundando uma perspectiva racional da Medicina. A *physis* – concepção de natureza da Grécia Arcaica – e as raízes do pensamento ocidental com os filósofos pré-socráticos parecem ter influenciado a medicina hipocrática, corpo de conhecimento sobre saúde e doença produzido no decorrer de cerca de trezentos anos (BATISTELLA, 2007; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Na Idade Média, a Medicina voltava-se ao modelo de concepção da doença ligada a conceitos (crenças) religiosos, correlacionando as doenças à ação divina, consideradas como punições por pecados, afrontas cometidas por pessoas e coletividades perante rígidos

mandamentos divinos, como acontecia nos primórdios da Medicina. Neste período, os conhecimentos avançaram pouco, pois havia uma forte influência da Igreja Católica que condenava as pesquisas científicas. No final da Idade Média, com o declínio do regime feudal e o crescente número de epidemias que assolava a Europa, passou-se a percepção da causalidade das doenças a fatores externos ao indivíduo, com isso a Medicina começou a se desvincular da Igreja, voltando a ser exercida por leigos (BALESTRIN; BARROS, 2009).

O Renascimento representou a aurora de um novo período histórico: o surgimento da civilização moderna. A superação da ordem feudal está relacionada ao início do processo da transformação na estrutura do saber no Ocidente, com a emergência de novos valores que constituíram os primórdios da ciência moderna. Com o avanço do Renascimento na Europa, as grandes epidemias passaram a ser objeto de observação e reflexão sistemáticas, sendo que a reflexão sobre a causalidade das doenças, anteriormente consideradas pragas divinas, passou a se concentrar nos fatores externos. Dessa forma, desenvolveram-se teorias na tentativa de explicar o fenômeno do contágio e disseminação das doenças, principalmente das epidemias (CARVALHO; BUSS, 2008; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

A teoria miasmática que surgiu no século XVII foi uma das primeiras explicações teóricas que associou o surgimento das epidemias com as condições do ambiente, o ar era o agente patógeno, embora inconsistente do ponto de vista científico. Este é o momento em que se dá a base de evidência para as primeiras políticas de saúde que começaram a se desenvolver, de maneira organizada e sistemática, durante a consolidação dos Estados Nacionais, como política de proteção contra os riscos sociais e ambientais (BARATA, 2005; CARVALHO; BUSS, 2008; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

2.1.2 Paradigmas explicativos e concepções do processo saúde-doença

A compreensão das desigualdades sociais no campo da saúde está relacionada, historicamente, ao surgimento de diferentes correntes e teorias explicativas sobre o processo de adoecimento e saúde das populações, principalmente a partir do século XIX. Desde o início deste século, surgiram os primeiros estudos epidemiológicos sobre as condições de vida das diferentes classes sociais das populações, bem como as condições de trabalho ou renda, de nutrição, de moradia e de saneamento, demonstrando que as taxas de morbidade e mortalidade estavam relacionadas ao contexto social dos diferentes grupos (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

O período de constituição da epidemiologia em disciplina científica, do século XIX ao início do século XX, tem sua expressão nos trabalhos clássicos de Villermé sobre as condições de saúde dos trabalhadores têxteis, desencadeando a elaboração da primeira legislação sobre o trabalho, em 1841, na França, de Engels (1845) sobre as condições precárias de vida da classe trabalhadora na Inglaterra, de Snow (1849) sobre a transmissão do cólera em Londres, de Virchow (1848) sobre a epidemia de tifo na Prússia e outros trabalhos que relacionaram as condições sociais ao processo saúde-doença das populações, ressaltando o excesso de risco de adoecer e morrer nas classes mais pobres (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; ROSEN, 1980).

Nesta perspectiva, com a emergência da epidemiologia e da saúde pública modernas, os estudos epidemiológicos deste período, segundo Barata (2005, p. 9), “poderiam perfeitamente ser enquadrados na categoria de estudos de epidemiologia social, pois buscam explicar os padrões de adoecimento através dos vínculos entre a saúde e a sociedade”. Porém, essa relação entre Epidemiologia e Ciências Sociais, na tentativa de buscar explicações sobre as tendências e distribuições das doenças nos diferentes perfis populacionais, perdurou do século XIX até as primeiras décadas do século XX, com o enfraquecimento do vínculo teórico e metodológico devido, principalmente, a dois movimentos ou correntes explicativas: os estudos epidemiológicos unicausais e os multicausais (BARATA, 2005).

Com a teoria microbiana que surgiu em meados do século XIX, após as descobertas bacterianas, as investigações epidemiológicas populacionais foram substituídas pelo controle dos agentes infecciosos. Assim, ações preventivas de saúde pública, relacionadas às mudanças significativas das condições sociais e ambientais, deslocaram seu enfoque para o desenvolvimento de vacinas, tornando o reducionismo unicausal, o modelo dominante. Dessa forma, as intervenções em saúde ficaram restritas ou simplificadas à compreensão de que, para cada doença, existe um agente patogênico específico (ARAÚJO, 2015; BATISTELLA, 2007; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Já na primeira metade do século XX, com a melhoria das condições de vida nos países desenvolvidos e o avanço das ciências da saúde, declinaram as doenças infecciosas, com a mudança de perfil das doenças prevalentes, ou seja, redução das doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas degenerativas, levando a um esgotamento do modelo unicausal. Por conseguinte, a ambivalência biológica e social tornou-se novamente interessante para a epidemiologia, sendo que a teoria da multicausalidade passou a explicar os adoecimentos por meio de uma rede de relações causais nos estudos epidemiológicos, não se restringindo

apenas na explicação dos micro-organismos, mas em um conjunto de fatores (ARAÚJO, 2015; BATISTELLA, 2007).

Porém, nos estudos epidemiológicos multicausais, os fenômenos sociais foram considerados atributos mensuráveis a partir de dados de fatores individuais que contribuem para a produção das doenças, sem que se constituam necessariamente determinantes do processo. Os processos econômicos, sociais, culturais e demográficos foram tratados como “fatores”, partes de um conjunto de variáveis que estabelecem relações entre si, em modelos de associação probabilística. Nesta abordagem se identificam os fatores, e estes, passam a ser compreendidos como parte de um conjunto mais amplo de causas. Posteriormente, seleciona-se o fator de maior peso e sobre ele se efetua a intervenção. Portanto, esse modelo analítico não favoreceu uma explicação compreensiva dos processos sociais e históricos implicados no aparecimento das doenças em populações, enfocando mais estudos das doenças dos indivíduos em populações do que o esclarecimento do porquê essas populações apresentam um determinado perfil de saúde ou doença (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Nesta perspectiva, em meados do século XX, a epidemiologia dos modos de transmissão começa a dar lugar à epidemiologia de fatores de risco. Assim, a grande contribuição da epidemiologia, segundo Castiel, Guilam e Ferreira (2015), passa a ser a identificação de uma gama de fatores de risco, estágio que antecede, a elaboração de medidas para seu controle. Em face disso, a epidemiologia dos fatores de risco traz consigo uma série de questões que devem ser analisadas criticamente, sob pena de se criar uma confiança desmedida em torno de sua capacidade de responder aos complexos problemas de saúde pública. Uma dessas questões diz respeito às prescrições comportamentais produzidas com base nos achados epidemiológicos que, uma vez geradas em um arcabouço teórico que não dá conta adequadamente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais dos fenômenos, acabam não correspondendo efetivamente à expectativa dos indivíduos, resultando na responsabilização individual, excluindo as dimensões políticas, sociais e culturais da compreensão e intervenção sobre o processo saúde-enfermidade. Ademais, podem ser usadas como formas de controle social.

Em relação à discussão sobre a epidemiologia de fatores de risco, muitos estudos apontam um discurso dominante sobre a saúde e os riscos da ocorrência da doença, superestimando o papel das escolhas/comportamentos individuais, como se os fatores de exposição pudessem ser geridos e avaliados por cada indivíduo, assumindo a questão como de responsabilidade individual, sem considerar as determinações estruturais e políticas da

organização social em que estes indivíduos estão inseridos, e que são produtos de disposições mais complexas (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Para maior compreensão, o Quadro 1 demonstra a evolução histórica dos paradigmas explicativos do processo saúde-doença desde o século XIX, destacando-se as teorias da uni e multicausalidade.

Quadro 1 – Evolução histórica dos paradigmas explicativos do processo saúde-doença

Período	Autor	Publicações
<p>1ª Metade Séc. XIX</p> <p>1840 Villermé</p> <p>1843 Edwin Chadwick</p> <p>1845 Friedrich Engels</p> <p>1848 Rudolf Virchow</p> <p>1849 John Snow</p>		
<p>2ª Metade Séc. XIX</p> <p><i>Teoria da Unicausalidade</i></p> <p>1861 Louis Pasteur</p> <p>1882 Robert Koch</p>		
<p>Século XX</p> <p><i>Teoria da Multicausalidade</i></p> <p>1976 Leavell e Clark</p>		
Primeira metade do Século XIX	Villermé	1840 - <i>Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures</i> na França, que inspirou a legislação que regulamentou o trabalho infantil nas fábricas em 1841.
	Edwin Chadwick	1843 – <i>Report on the Sanitary Conditions of Labouring population of Great Britain</i> em Londres, relacionado à estratégia de Promoção da Saúde como importante elemento para a produção social da saúde.
	Friedrich Engels	1845 - <i>A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra</i> , destacando a alta mortalidade entre os pobres, devido às condições precárias de vida da classe operária na Inglaterra.
	Rudolf Virchow	1848 - <i>Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie</i> em Berlim, sobre a epidemia de tifo na Prússia, em 1847-1848.
	John Snow	1849 - <i>Sobre a Maneira de Transmissão da Cólera</i> , na Inglaterra, exemplificando o aparecimento da configuração moderna da epidemiologia.
Segunda Metade do Século XIX Teoria da Unicausalidade	Louis Pasteur	1861- <i>Teoria Microbiana</i> : comprovação de que as bactérias podem provocar doenças nos seres vivos.
	Robert Koch	1882- Descobriu o bacilo causador da tuberculose (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>). Por esta descoberta, ganhou o Prêmio Nobel de Medicina no ano de 1905.
Século XX Consolida-se a Teoria Multicausal	Leavell e Clark	1976 – <i>História Natural da Doença</i> : modelo de explicação multicausal que considera três elementos fundamentais da chamada tríade ecológica: o ambiente, o agente e o hospedeiro.

Fonte: Elaboração própria.

Na segunda metade do século XX, sob a influência das transformações sociais ocorridas a partir da década de 1960, ocorre a retomada da discussão sobre as correntes explicativas sociais do processo saúde-doença, com enfoque no fortalecimento da perspectiva

crítica da epidemiologia e a valorização do contexto sociocultural e político na determinação dos comportamentos humanos. Assim, na segunda metade dos anos 1970, os estudos avançam no sentido de entender a complexidade do processo saúde-doença para além da teoria multicausal (BARATA, 2005).

Segundo Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) existem diversos trabalhos que procuraram aprofundar o vínculo entre epidemiologia e teorias sociológicas, além da concepção ecológica. Porém, há divergências entre as diversas escolas em relação à teoria social, à adoção do conceito de causalidade ou determinação, aos conceitos para a condução das pesquisas e à análise dos fenômenos no contexto individual ou coletivo. Neste contexto, surgiram vários modelos explicativos na epidemiologia social, a partir de diferentes opções teóricas, gerando distintas vertentes nos estudos epidemiológicos. Procurou-se construir estudos mais complexos do ponto de vista social, utilizando-se conceitos como: *status* social, capital social, padrões sistemáticos de suscetibilidade em grupos humanos e outros (BARATA, 2005).

No contexto anglo-saxônico, destacou-se os trabalhos de Michael Marmot et al. (1978a, b) e Richard Wilkinson (1996), na Inglaterra, sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), enfocando categorias como desemprego, curso de vida, suporte social, capital social, pobreza. A partir dessas categorias, analisou-se seus efeitos sobre a saúde de grupos, utilizando-se de desenhos longitudinais.

Nos Estados Unidos foram desenvolvidos modelos descritivos complexos como os trabalhos de Nancy Krieger (1994, 2001), que procuraram mostrar interdependência acumulativa na exposição, susceptibilidade e resistência a fatores de risco. Estes estudos observam a distribuição dos fatores em cada um dos múltiplos níveis, dos diversos domínios (trabalho, escola, lar etc.), em relação a nichos ecológicos e à manifestação de processos nos múltiplos níveis de tempo e de espaço.

Na América Latina, a vertente de estudos de Medicina Social e Epidemiologia ocorreram desde as décadas de 1960-1970. Ademais, desenvolvia-se na região, um movimento crítico ao modelo hegemônico que foi refinando o campo da saúde coletiva a partir da década de 1970. O pressuposto destes estudos é de que os modos de produção e reprodução social perpetuam privilégios econômicos e políticos entre grupos, no interior de países e entre eles, que configuram um quadro de iniquidades em saúde (CARVALHO; BUSS, 2008; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

2.1.3 A teoria da determinação social do processo saúde-doença: caminho para a compreensão das iniquidades sociais na América Latina

Existem várias escolas que estudaram o que foi denominado de “determinação social do processo saúde-doença”: a Medicina Social Latino-Americana (FRANCO et al., 1991), a Saúde Coletiva no Brasil (NUNES, 1998) e o movimento de Promoção à Saúde no Canadá (CARVALHO, 2005). Essas escolas, ainda que com diferença de enfoques, destacaram a importância da organização social na resultante sanitária em um dado território e em uma época específica (CAMPOS, 2012).

Neste sentido, a Medicina Social e a Saúde Coletiva Latino-Americana adotaram uma perspectiva mais crítica do que a promoção à saúde originada no mundo anglo-saxônico, uma vez que essas escolas preconizam a necessidade de transformações estruturais da organização social. Estes movimentos foram constituídos na América Latina muito articulados à luta política contra as ditaduras militar, durante os últimos quarenta anos. Seus principais referenciais teóricos foram vertentes do marxismo, o estruturalismo e o pós-estruturalismo francês. Uma das escolas dessa corrente, a epidemiologia social, apoiou-se diretamente em uma interpretação clássica de Marx, enfatizando a importância da luta entre as classes sociais na constituição do perfil sanitário da população (CAMPOS, 2012).

Nesta perspectiva, na América Latina e Caribe, nas décadas de 1960-1970, observou-se uma produção de conhecimento científico sobre as desigualdades sociais em saúde à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, com marco teórico vinculado ao materialismo histórico, incorporando a análise das condições de trabalho e estruturas de classes sociais para compreensão das desigualdades em saúde, com predomínio de abordagens doutrinárias ou teóricas em detrimento de pesquisas empíricas (ALMEIDA-FILHO, 2004, 2009; BARATA, 2009).

O enfoque na determinação social da saúde atrelada ao conceito de processo saúde-doença ocorreu a partir das transformações sociais dos movimentos políticos de luta pelos direitos civis. Várias concepções críticas da epidemiologia convencional foram desenvolvidas em diferentes centros latino-americanos, de forma a subsidiar a construção histórica do campo da saúde coletiva, dando início à corrente da Epidemiologia Social. A abordagem latino-americana foi base de formulação da proposta de mudança do sistema de saúde brasileiro, conduzido pelo movimento de saúde coletiva no Brasil, que buscava o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e um dever do Estado (ALMEIDA-FILHO, 2004; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; GONZALEZ, 2015).

O movimento da Saúde Coletiva, hegemônico no Brasil e na América Latina, significou um contraponto aos marcos teóricos da sociologia funcionalista anglo-saxã, tendo definido como objeto o processo saúde-doença em sociedades complexas e contraditórias, recortadas por práticas institucionais, constituídas por agentes históricos (ALMEIDA-FILHO, 2004).

No Brasil, diferentes autores trabalharam com o conceito ampliado do processo saúde-doença que serviu de base conceitual para o surgimento do campo da Saúde Coletiva. Paim (1981 apud ESCOREL, 2008) considera que as bases teóricas do movimento da saúde coletiva no Brasil já estavam desenvolvidas antes do início da segunda metade da década de 1970, com as defesas das teses de Cecília Donnangelo e Sergio Arouca. Neste contexto, a teoria social da Medicina adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Com esses conceitos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária, visando uma transformação social.

Dentre as contribuições no campo da saúde coletiva no Brasil, Donnangelo e Pereira (1976) analisaram a relação existente entre saúde e sociedade, enfocando a especificidade assumida pela prática médica na sociedade de classes, rompendo com a concepção de neutralidade, buscando centrar no consumo de serviços médicos na sociedade capitalista.

Arouca (1975) realizou uma análise crítica da prática discursiva da Medicina Preventiva e Social apoiado no materialismo histórico de Louis Althusser e na metodologia arqueológica proposta por Michael Foucault. Abordou a Medicina Preventiva como formação discursiva que emergiu em um campo formado por três vertentes: a primeira, do discurso da Higiene, surgiu no século XIX, articulada ao capitalismo e à ideologia liberal; a segunda abordou os custos e a crise da Medicina Liberal nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940, e; a terceira ao aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas. Os conceitos básicos do discurso preventivista referem-se à História Natural das Doenças, proposto como modelo reorganizador da Medicina Preventiva, introduzindo o conceito ecológico de saúde e doença, deslocando a dimensão para a naturalização, despolitização e o esvaziamento teórico da determinação do processo saúde-doença. Entre as conclusões, a Medicina Preventiva representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico.

Na América Latina, essa vertente de estudos de Medicina Social e Epidemiologia sobre os determinantes sociais de saúde, desde as décadas de 1960-1970, propôs uma ruptura da

explicação da doença como um fenômeno individual e descontextualizado, que acaba por reduzir o processo saúde-doença ao paradigma hegemônico e biomédico. A hipótese central destes estudos é a de que os modos de produção e reprodução social perpetuam privilégios econômicos e políticos, sendo essa a raiz das iniquidades em saúde. Nesse marco teórico, partindo da vertente crítica da epidemiologia, destacaram-se os estudos no México e Equador sobre a produção social do processo saúde-doença – as categorias de trabalho e desgaste (LAURELL, 1982) e o processo histórico da tripla dominação e exclusão de classe, etnia e gênero (BREILH, 2006).

Para Laurell (1982), a polêmica discussão sobre o caráter da doença, essencialmente biológica ou social, intensificou-se desde o final dos anos sessenta, com um questionamento profundo do paradigma dominante da doença que, até então, a conceituava como um fenômeno biológico individual. A partir desses anos, a autora destaca que, em um período de crise política e social, acompanhado de crise econômica, ocorreu o aumento de lutas sociais que marcaram a época, mesmo assumindo formas distintas em diferentes países. Ainda como motivo central ao questionamento desse paradigma, destaca-se os problemas de saúde que afligiam os países industrializados, além da Medicina Clínica não oferecer melhoria das condições de saúde da coletividade. Neste contexto, iniciou-se uma crítica no sentido de atender às necessidades das massas trabalhadoras, capaz de dar origem a novas práticas sociais. Assim, “as novas correntes se inspiram nas lutas populares e se define, assim, a base social sobre a qual se sustentam”.

Em relação ao conceito de processo saúde-doença com caráter histórico e social discutido por Laurell (1982), a autora explica que, a melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença é a partir da avaliação do processo que ocorre na coletividade humana, não por meio de estudos de casos clínicos, mas pelos perfis epidemiológicos de diferentes grupos ao longo do tempo. Nesse sentido, buscou-se reconhecer nos estudos quais são as forças produtivas e as relações sociais de produção em determinada sociedade, em um determinado tempo histórico. A explicação do processo saúde-doença é expressa em estudos que comprovam como tal processo ocorre nas coletividades, as quais são caracterizadas por um determinado modelo histórico e de produção.

Segundo Breilh (2006), a categoria de classe social nos últimos anos tem sido utilizada intensamente como instrumento de análise epidemiológica, aplicada em diversos contextos, na compreensão da determinação do processo saúde-doença em estudos da saúde coletiva latino-americana. Porém, o autor propõe incorporar a análise de etnicidade e gênero como campos que, juntamente com a classe social, possam explicar a estrutura e relações de poder

de uma sociedade, uma vez que as três fontes de inequidade – classe, etnicidade e gênero – não são processos desvinculados. Esses três processos compartilham uma mesma raiz germinativa, que é a acumulação e concentração de poder, e apresentam mecanismos de reprodução social que se interrelacionam. Neste contexto, o autor diferencia inequidade de desigualdade:

A “inequidade” é uma categoria analítica que dá conta da essência do problema, ao passo que a “desigualdade” é uma evidência empírica que se torna ostensiva nos conjuntos estatísticos, para cuja compreensão adequada é preciso desvendar a inequidade que a produz. A desigualdade é uma injustiça ou iniquidade (com “i”) no acesso, na exclusão produzida com respeito à fruição, uma disparidade na qualidade de vida, ao passo que a inequidade (com “e”) é a falta de equidade, ou seja, é a característica inerente a uma sociedade que impede o bem comum e instaura a invisibilidade de uma distribuição humana que outorgue a cada um conforme sua necessidade, e lhe permita contribuir plenamente conforme sua capacidade (BREILH, 2006, p. 210).

Breilh (2006) reflete sobre “uma nova ciência crítica e multicultural”, na qual reconhece o papel da epidemiologia crítica como referencial teórico para a saúde coletiva emancipadora. O desafio central, segundo o autor, é tornar-se um instrumento do desenvolvimento humano e estruturalmente propícia ao desenvolvimento da saúde coletiva e individual. O enfoque está voltado para analisar a saúde em sua íntegra, superando tanto a visão unidimensional da antiga epidemiologia, quanto sua visão fragmentada e estática do paradigma do risco. Há, desse modo, uma contraposição de visões entre o paradigma dialético da epidemiologia crítica e o paradigma de risco. Este acaba reduzindo a realidade a um único plano, o de fenômenos diretamente observáveis ou empíricos, com uma racionalidade centrada em fatores causais distintos, conforme critério probabilístico, desvinculado dos processos históricos e generativos, isto é, das condições e relações determinantes, razão de ser apontado como uma teoria para os modelos de gestão neoliberal. Desta forma, essa prioridade aos fatores de risco está desconexa de uma abordagem integrada, considerando os fatores que analisasse as condições objetivas e subjetivas da população como um espaço social, com toda sua complexidade.

O paradigma dialético da epidemiologia crítica se constroi como uma visão contra-hegemônica que pretende modificar as bases da vida social e posicionar seu arsenal conceitual e prático de forma a lutar contra a inequidade. A ideia central é que a epidemiologia constata e contrasta desigualdades ligadas à determinação da qualidade de vida e da saúde, mas essas operações devem articular-se com a análise da estrutura de inequidade que as explica, a fim de gerar interpretações e resultados que impliquem um processo emancipador integral. Caso

contrário, a epidemiologia reconhecera apenas contrastes superficiais e secundários, com os quais não se altera o sistema social, tampouco a determinação epidemiológica em seu conjunto (BREIHL, 2006).

As condições da vida são coletivamente produzidas, e nesse mesmo processo de produção geram-se as relações sociais e de poder que determinam a distribuição do sistema de bens dos quais depende a reprodução social. A produção do processo para a vida (protetores e destrutivos) determina, por sua vez, a forma de distribuição que eles assumem, a quota de bem-estar a que os grupos podem aceder, ou a quota de sofrimento de que eles padecem em função das carências ou contra valores de tais processos. É por isso que o conhecimento epidemiológico, para compreender os processos geradores da saúde – os que se produzem nos locais de trabalho, na esfera do consumo, nos espaços organizacionais e políticos, no campo da vida cultural e nas relações ecológicas-, tem necessariamente, de levar em consideração as relações socioestruturais (BREILH, 2006, p. 208).

O Quadro 2 demonstra a linha do tempo considerando a evolução histórica da vertente teórica da determinação social da saúde na América Latina, destacando-se os principais autores do Brasil, México e Equador.

Dessa forma, as explicações socio-históricas das desigualdades em saúde baseiam-se na ideia de ruptura com a teoria da multicausalidade e com o paradigma do risco, adotando o conceito de determinação social. Este conceito, segundo Barata (2009) são processos de determinação histórica e social que estabelecem os limites dentro dos quais os fenômenos de menor nível de complexidade podem ocorrer, regidos pelas leis da dialética. Porém, a determinação social também apresenta processos mediadores que interferem com a emergência de novas características nos níveis de complexidade crescente, tornando-se a resultante de um processo complexo de determinação-mediação, em termos de saúde e doença. Portanto, essa explicação teórica rompe com a concepção linear de causalidade, bem como a pretensão de identificar cadeias de causa-efeito entre os indicadores de desigualdades sociais em saúde.

Quadro 2 – Perspectivas teóricas sobre determinação social da saúde na América Latina nos séculos XX e XXI

Período		Autor	Publicações
Brasil	1960/1970	Sérgio Arouca e Cecília Donnangelo	Primeiros Estudos de Epidemiologia Social na América Latina
	1975/1976		
México e Equador	1980	Breihl e Granda	Breihl
	1982		Laurell
	1991		Breihl
	2006		Breihl
Século XX e XXI	Determinação Social da Saúde	Sergio Arouca	1975- <i>O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva.</i>
		Cecília Donnangelo	1975 - <i>Medicina e Sociedad.</i> 1976 - <i>Saúde e Sociedad.</i>
		Breihl e Granda	1980 - <i>Investigación de la salud en la sociedad.</i>
		Laurell	1982 - <i>A saúde-doença como processo social.</i>
		Breihl	1991 - <i>Epidemiologia: economia, política e saúde.</i>
		Breihl	2006 - <i>Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.</i>

Fonte: Elaboração própria.

Dessa forma, as explicações socio-históricas das desigualdades em saúde baseiam-se na ideia de ruptura com a teoria da multicausalidade e com o paradigma do risco, adotando o conceito de determinação social. Este conceito, segundo Barata (2009) são processos de determinação histórica e social que estabelecem os limites dentro dos quais os fenômenos de menor nível de complexidade podem ocorrer, regidos pelas leis da dialética. Porém, a determinação social também apresenta processos mediadores que interferem com a emergência de novas características nos níveis de complexidade crescente, tornando-se a resultante de um processo complexo de determinação-mediação, em termos de saúde e doença. Portanto, essa explicação teórica rompe com a concepção linear de causalidade, bem como a pretensão de identificar cadeias de causa-efeito entre os indicadores de desigualdades sociais em saúde.

2.1.4 A abordagem dos determinantes sociais da saúde: desafios e limites

A abordagem dos DSS tem sido objeto de estudo de linhas de pesquisa no meio acadêmico nas últimas décadas, e tem sido discutido na agenda política, principalmente após a implementação em 2000, dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de DSS remete às condições de vida e

trabalho dos indivíduos e grupos populacionais que se relacionam à situação de saúde, resultando em estudos e recomendações internacionais com a criação em 2005 da CDSS, *Commission on Social Determinants of Health* (CSDH) e nacionais com a implementação, em março de 2006, da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006).

Marmot e Bell (2016) relataram algumas considerações atuais sobre as determinantes sociais e sua relação com a epidemiologia, destacando que é necessário um olhar para além das causas imediatas de problemas de saúde, voltado para os determinantes da distribuição social de saúde e doença nas populações. Foi realizada a revisão de estudos que analisavam diferentes países, entre eles o Brasil. Em sua discussão, a centralidade foram os DSS, sendo que o país vem aumentando os gastos com saúde e educação e alcançou ganhos de capital de saúde por meio de ações sobre os DSS. Os desafios, então, estão relacionados ao impacto da redução do gradiente social na saúde, considerando a redução como meta para todas as sociedades e à ênfase na abordagem do estado saúde e doença baseado na acumulação de influências positivas ou negativas ao longo da vida.

Atualmente, existem diversas teorias explicativas sobre as desigualdades em saúde, sendo permeadas pela discussão sobre os determinantes sociais e sua relação com a saúde. Em geral, existem quatro abordagens teóricas: a teoria materialista, explicações culturais/comportamentais, a perspectiva psicossocial e a teoria do curso de vida (SINGH et al., 2016; SISSON, 2007).

As teorias neomaterialistas conferem maior importância à estrutura econômica da sociedade como principal determinante do estado de saúde e doença, de modo que a falta ou insuficiência de recursos materiais e a ausência de investimentos em infraestrutura comunitária, como educação, habitação, transporte e outros, influenciam na saúde. Porém, nem sempre a riqueza de um país vem acompanhada de um melhor nível de saúde, principalmente nos países com as necessidades básicas atendidas (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015). Nesta perspectiva, Galobardes, Lynch e Smith (2007) realizaram um estudo com objetivo de revisar as evidências científicas da influência de variações nas condições socioeconômicas sobre a saúde e concluíram que, a utilização de uma matriz de indicadores socioeconômicos, associada a abordagem do curso de vida, pode ser uma oportunidade considerável para descrever e monitorar as iniquidades, explorar caminhos para compreensão da etiologia das doenças e evitar fatores de confusão relacionados às variáveis socioeconômicas.

Outra abordagem desenvolvida é a psicossocial que está relacionada à percepção da desvantagem social como fonte de estresse e de produção de doenças. O gradiente

socioeconômico é, portanto, explicado pela distribuição social desigual de fatores psicossociais entre grupos sociais, gerando impactos na saúde psicossocial que resultam de estresse, exclusão social, baixo apoio social e outros. Assim, à medida em que determinados grupos sociais são sistematicamente mais propensos a experiências estressantes, ou emocionalmente mais negativas, os fatores psicossociais podem ajudar a explicar as iniquidades na saúde (ARCAYA; ARCAYA; SUBRAMANIAN, 2015). Neste contexto, Wilkinson e Marmot (2003) discutiram os efeitos dos gradientes sociais e os riscos psicossociais que se acumulam e afetam a saúde ao longo da vida. Abordaram a importância dos determinantes sociais na primeira infância e os efeitos cumulativos do estresse, da exclusão social, estresse no trabalho, desemprego, falta de apoio social, drogas, alimentação inadequada e a falta de políticas voltadas para o transporte público. Concluíram ressaltando sobre a importância do papel das políticas públicas na definição de ambientes sociais mais saudáveis, voltadas para os fatores comportamentais (práticas de exercícios, nutrição e outros) ou para questões estruturais como miséria, desemprego e condições de trabalho, sendo um desafio para os gestores da saúde pública o olhar para os DSS.

A teoria do curso de vida, segundo Krieger (2001) refere-se à trajetória de desenvolvimento biológico e social de pessoas ao longo do tempo, moldada pelo período histórico em que vivem, relacionado ao contexto social, econômico, político e tecnológico, refletindo não apenas as condições atuais, mas também a incorporação de circunstâncias de vida anteriores, desde a vida intrauterina. No que concerne à teoria, Blane et al. (2013) relatam que as circunstâncias sociais durante a infância influenciam a saúde adulta, porém não especificam com evidências os processos de intervenção entre o social e o biológico. É necessário considerar as vias entre o social e o biológico e perguntar como o social torna-se biológico ao longo da vida, a fim de evitar ênfase em qualquer uma via especial ou processo, por exemplo, concentrando-se em fatores psicossociais. Então, realizaram um estudo em que procuraram esboçar um quadro global sobre as transições sociobiológicas no âmbito da teoria do curso de vida, combinando a análise de dados longitudinais de ciências sociais e biológicas, sugerindo, dessa forma, um modelo para pensar nessas vias em termos de exposições sociais, processos biológicos e os princípios que regem a sua interação. Exemplificam que é difícil esclarecer o recente e rápido aumento da expectativa de vida na meia-idade, a partir da biologia, aparentemente intemporal de senescência celular. Desta maneira, com o tempo, os processos extracelulares ou epigenética envolvidos serão descritos, mas é provável que estas serão as vias entre o social e o biológico, e não os condutores de mudanças do quadro de transição demográfica populacional. Sugeriram duas aplicações na

saúde pública expressas na forma de mapa causal, entre elas o mapa causal do câncer de pulmão que implica em viver em uma área carente (exposição estrutural), levando à exposição ambiental ao amianto e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, de tabaco (exposição comportamental) e exposição por monóxido de carbono no trânsito (exposição estrutural). Concluíram que os caminhos específicos ao longo dos quais essas associações são susceptíveis de operacionalização precisam ser, cada vez mais estudados, com um crescente corpo de hipóteses de investigação sobre as vias específicas que podem operar entre os diferentes fatores ambientais e a incorporação biológica.

De acordo com Marmot (2010) é improvável que se consiga eliminar os gradientes sociais em saúde completamente, porém, o histórico de redução das iniquidades sociais em saúde e seu impacto na sociedade encontra-se em construção e inserido no paradigma contemporâneo (MARMOT; BELL, 2016). Um dos focos de investigação das pesquisas atuais sobre o impacto do gradiente social no estado de saúde e doença está relacionado à acumulação de influências positivas ou negativas ao longo da vida, ou seja, o estado de saúde faz parte de um processo cumulativo e, sobretudo, as condições sociais existentes durante a infância podem influenciar as condições de saúde da vida adulta (MARMOT; BELL, 2016).

Nesta perspectiva, Fiorati et al. (2018), ao analisarem os atuais modelos interpretativos dos DSS, destacaram a importância da complementaridade entre os atuais modelos e uma compreensão dos determinantes para orientar ações intersetoriais que interfiram nas iniquidades no acesso e direito à saúde. Diante da complexidade das questões contemporâneas, é necessário analisar os modelos de DSS procurando interseções entre os determinantes estruturais e os intermediários, de modo a abranger uma análise do contexto sociopolítico e econômico e os contextos culturais e biopsicossociais, nos quais são geradas as iniquidades sociais. Os determinantes estruturais, geradores de estratificação social, são os fatores de renda, educação, trabalho, mobilidade social, moradia, acesso a bens e serviços, entre outros. Os determinantes intermediários estão ligados a fatores culturais, psicossociais e comportamentais, por exemplo: gênero, etnicidade e sexualidade, redes sociais de suporte e pertencimento, coesão social, solidariedade e capital social.

Arcaya, Arcaya e Subramanian (2015) realizaram uma revisão teórica sobre as abordagens metodológicas e teóricas em pesquisas sobre desigualdades em saúde, a fim de contribuir e avançar nos estudos atuais sobre a temática. Sintetizaram os trabalhos publicados anteriormente que abordam sobre conceitos e vocabulários necessários para descrever as diferenças na saúde, observadas entre os determinantes de saúde de indivíduos e os de grupo e população. Em seguida, consideraram as maneiras que pesquisadores e formuladores de

políticas exploram as iniquidades na saúde, incluindo por classes sociais, ou por área geográfica e uma visão geral das teorias comumente empregadas para explicar as diferenças de saúde. Na conclusão, apontaram a necessidade de considerar questões éticas levantadas nas discussões sobre diversidades de saúde e a estruturação de programas e políticas para enfrentar as disparidades de saúde.

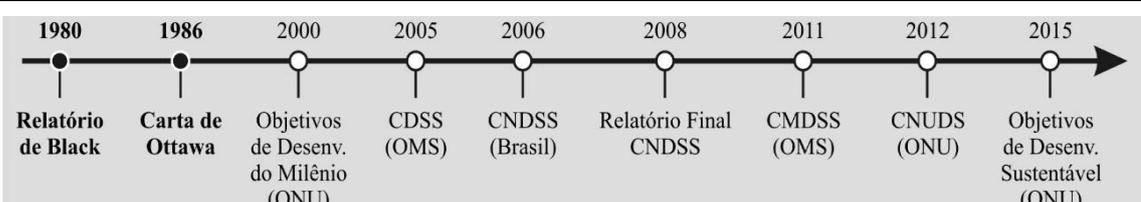
Nesta perspectiva de estruturação de políticas, Marmot (2005) ressaltou como resposta a este desafio global, a criação em março de 2005, da CDSS, emergindo o debate sobre a importância dos DSS dos indivíduos e populações, e recomendando políticas com o objetivo de combater as iniquidades em saúde. Para Marmot, um grande impulso da Comissão foi transformar o conhecimento de saúde pública em ação política.

Em relação ao movimento global desencadeado pela OMS em torno dos DSS, o Brasil foi o primeiro país a implementar sua própria comissão, a CNDSS em março de 2006, um ano após a criação da CDSS. Conforme linha do tempo (Quadro 3), observa-se o histórico sobre o movimento global dos DSS no século XXI.

Ao analisar o marco que deu sustento à CDSS, que está referenciado na OMS, a Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES), deixa claro que existem diferenças importantes em relação ao marco teórico, conceitual e político do conceito de determinação social do processo saúde-doença da Saúde Coletiva e Medicina Social na América Latina e Brasil (ALAMES, 2010).

No Brasil, estudos discutem a visão reducionista da OMS em relação aos DSS, a exemplo de Nogueira (2009), que considerou positivista o marco teórico do relatório sobre DSS, divulgado pela OMS em 2008, apontando para a concepção reducionista “que tende perigosamente para o determinismo social, na medida em que interpreta o que é social na saúde unicamente mediante o efeito de fatores causais, conforme o modelo das ciências naturais e da epidemiologia tradicional”, descartando ou descaracterizando qualquer contribuição crítica da sociologia, das ciências políticas e da filosofia. O autor reconhece o teor progressista do relatório quando enfatiza a necessidade de diminuir as desigualdades em saúde, porém, mesmo enfatizando o social, os argumentos do relatório para defesa de sua agenda global “estão atados ao modelo naturalista da biomedicina”.

Quadro 3 – Linha do tempo: DSS – século XXI

Período	Autor	Publicações
		
Século XXI	Relatório de Black	1980 - Relatório do comitê de especialistas em desigualdade de saúde presidido por Sir Douglas Black, publicado no Reino Unido.
	Carta de Ottawa	1986 - Documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, realizado em Ottawa, Canadá.
	Declaração e 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – ONU	2000 - Movimento mundial, formado por 191 estados membros, que firmaram um compromisso de combater a extrema pobreza e outros males da sociedade, por meio de 8 objetivos de desenvolvimento do milênio com meta de serem alcançados até o ano de 2015.
	CDSS – OMS	2005 - Objetivo de reforçar a equidade em saúde, concentrando sua atuação nos determinantes sociais que aprofundam as iniquidades em saúde.
	CNDSS – Brasil	2006 - Contribuiu para o debate nacional sobre a problemática dos determinantes sociais e das iniquidades em saúde.
	Relatório Final da CNDSS – Brasil	2008 - O relatório foi denominado <i>As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil</i> , e apresentou um panorama geral da situação de saúde do país, com ênfase nas iniquidades em saúde geradas pelos determinantes sociais.
	Conferência Mundial sobre DSS – OMS	2011 - Realizada no Rio de Janeiro para discutir como colocar em prática as recomendações da CDSS, estabelecida pela OMS em 2005.
	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (CNUDS)	2012 – Conhecida como Rio+20, com objetivo de discutir o desenvolvimento sustentável.
	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)	2015 - Conjunto de metas para redução da pobreza, promoção social e proteção ao meio ambiente a serem alcançadas até 2030, em substituição aos ODM.

Fonte: Elaboração própria.

Na mesma visão, Moreira (2013) analisou a abordagem teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença, considerada um dos principais pilares do pensamento crítico que fundou a saúde coletiva e fundamentou o Projeto da RSB, destacando-se que o tema retornou em 2000 à pauta de discussões com a constituição da CDSS da OMS e à subsequente publicação de seu relatório, sob o enfoque dos DSS. A autora alertou que

apesar das semelhanças, trata-se de construções de naturezas diferentes, pois o enfoque dos determinantes não consiste em uma teoria explicativa, como é o caso da abordagem da determinação, portanto, os paradigmas que as fundamentam são completamente distintos. Enquanto o enfoque dos determinantes sociais da saúde resulta de uma epidemiologia influenciada pelo positivismo, com visão linear, ou seja, os determinantes constituem-se em fatores, a teoria da determinação do processo saúde-doença está baseada na vertente crítica, de inspiração marxista. A autora complementou ainda, que os relatórios da OMS e da CNDSS evidenciam uma série de dados e propostas de como intervir, mas acabam ocultando a raiz da contradição capital/trabalho. Dessa forma, “a abordagem dos DSS traz a contribuição de alertar para o assunto, a questão pragmática, mas carece de uma teoria de base, e necessita ser situada dentro de uma compreensão mais abrangente sobre os processos sociais que estão na raiz da determinação”.

2.1.5 Considerações conceituais sobre equidade, iniquidade, igualdade e desigualdade

Os aspectos conceituais de equidade, iniquidade, igualdade e desigualdade em saúde têm sido estudados por diversas ciências, desde a Filosofia, Economia, Ética, Saúde Pública, Medicina e outras, nas quais se produzem questões e interpretações cada vez mais complexas no campo de pesquisas contemporâneas que refletem, por sua vez, a dimensão abrangente e multifacetada do conceito de saúde (KAWACHI; SUBRAMANIAN; ALMEIDA-FILHO, 2002; MACINKO; STARFIELD, 2002).

Kawachi, Subramanian e Almeida-Filho (2002), em “Glossário das Desigualdades em Saúde”, abordaram questões teóricas e metodológicas importantes sobre a concepção de desigualdades em saúde, discutindo as controvérsias e reconhecendo lacunas no conhecimento científico sobre o assunto. Segundo os autores, há diferentes pontos de vistas sobre os conceitos, estratégias de análises, interpretação de resultados e modelos explicativos que tem dado origem a perguntas e debates neste campo. Uma questão importante do glossário é a definição de igualdade e desigualdade como conceitos dimensionais relacionados às quantidades mensuráveis, ou seja, quantidades equivalentes ou distintas de atributos estudados. Já os termos equidade e iniquidade, por outro lado, são conceitos políticos que expressam, além da dimensão quantitativa, um compromisso ou avaliação moral relacionado à noção de justiça social.

A concepção de iniquidades sociais (ou iniquidades) em saúde, segundo “Glossário para Epidemiologia Social”, não é considerada sinônimo de “desigualdades em saúde”, já que

este último termo pode ser interpretado como referência a qualquer diferença e não especificamente às disparidades consideradas injustas, evitáveis e desnecessárias e que, sistematicamente, estão relacionadas à carga de vulnerabilidade social, subjacente às estruturas políticas, econômicas e legais (KRIEGER, 2001).

Para Barata (2009), quando se trata dos conceitos de igualdade ou desigualdade, pode-se comparar situações, sem necessariamente, atribuir um juízo de valor àquilo que é igual ou desigual. Entretanto, no que diz respeito ao conceito iniquidade social geralmente se refere a situações que implicam algum grau de injustiça, ou seja, diferenças que são injustas por estarem relacionadas a características sociais que colocam alguns grupos em desvantagem em relação à oportunidade de ser e se manter com saúde. Dessa forma, a maioria das desigualdades sociais em saúde são injustas, uma vez que refletem a distribuição dos DSS na população, o que remete à distribuição desigual do poder e propriedade.

Em outro trabalho, Barata (2012) acrescenta que o conceito de iniquidade incorpora a ideia de repartição desigual produzida pelo próprio processo social, ou seja, que o acesso a bens e serviços está fortemente determinado pela posição que se ocupa na organização social e tende a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade. Diferentemente do conceito de igualdade que significa a partilha de igual quantidade de bens ou de saúde para cada um.

A concepção de igualdade, de acordo com o Dicionário de Política (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998), apresenta três significados: igualdade das características pessoais; igualdade de tratamento e, do ponto de vista de reflexão dos autores, e; “igualdade como propriedade das regras de distribuição”. Em relação à igualdade de características pessoais, como idade, cidadania, raça, rendimentos, aptidão ou necessidades, os autores descrevem que são asserções descritivas e empíricas, podendo ser conceituadas como juízos distintivos de valores. No que tange à igualdade de tratamento, significa que duas ou mais pessoas são "tratadas de forma igual" em relação a uma determinada regra ou norma de distribuição. Já como propriedade das regras de distribuição, o conceito se refere ao caráter igualitário da própria regra, diferentemente do tratamento igualitário relativo a uma determinada regra. Assim, neste último significado, os autores relacionam os conceitos de igualdade e de justiça, inferindo que ambos apresentam uma característica comum, ou seja, são “sustentadas por regras que determinam como certos benefícios ou gravames hão de ser distribuídos entre as pessoas”, que remete à noção de equidade (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998).

Diversos autores conceituam equidade, sendo considerado um termo polissêmico, ou seja, é compreendido de formas diferentes, além de estar relacionado com questões que o complementam como justiça social, distributiva, iniquidades, determinantes sociais, entre outros. As definições foram desenvolvidas ao longo do tempo por autores que se dedicaram ao debate sobre equidade em saúde. Uma das definições adotadas pela *International Society for Equity in Health* (ISEqH) refere-se à “ausência de diferenças sistemáticas potencialmente reversíveis, em um ou mais aspectos da saúde entre grupos populacionais definidos em termos sociais, econômicos, demográficos ou geográficos” (MACINKO; STARFIELD, 2002, p. 15).

No dicionário de verbetes da Fiocruz, Escorel (2009) descreveu que a equidade é um conceito de uso relativamente recente, adotado pela RSB e, posteriormente, incorporado à Constituição de 1988. Dessa forma, esse conceito de equidade considera uma distribuição heterogênea, de acordo com as diferenças entre as pessoas e suas necessidades diversas. A equidade, segundo Barata (2012) remete à ideia de necessidade, ou seja, parte-se do pressuposto de que os indivíduos possuem diferentes necessidades e que a simples partilha igualitária dos recursos não atenderia, obrigatoriamente, a essas necessidades. Então, a impossibilidade de realizar as necessidades seria considerada como injusta ou iníqua.

No campo da saúde, a equidade pode ser abordada em duas dimensões: condições de saúde e acesso e utilização de serviços de saúde. As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade sociais existente em cada sociedade. Já o acesso e a utilização de serviços de saúde refletem também essas diferenças, mas também dependem da forma de organização dos sistemas de saúde. Dessa forma, modificações nas características dos sistemas de saúde alteram diretamente as iniquidades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as iniquidades sociais nas condições de saúde entre grupos sociais. As condições de saúde, portanto, são influenciadas por fatores que afetam diretamente os grupos sociais, tais como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia e trabalho, entre outros (TRAVASSOS; CASTRO, 2008; BARATA, 2009).

A equidade pode ser analisada como vertical e horizontal. A equidade vertical é compreendida como desigualdade entre desiguais, ou seja, uma regra de distribuição desigual para aqueles sujeitos que estão em condições de vulnerabilidade e risco diferenciados. É geralmente empregada em relação ao financiamento, por exemplo a progressividade no financiamento de saúde representa uma equidade vertical. A equidade horizontal é entendida como igualdade entre iguais, uma regra de distribuição igualitária entre sujeitos que estão em

igualdade de condições. As normas que regem o SUS incorporam o conceito de equidade horizontal (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Os fenômenos da disparidade social, segundo Almeida-Filho e Paim (2014) podem ser descritos em planos ou campos distintos: o conceito de diversidade remete à espécie, diferença ao plano individual, desigualdade à esfera econômica-social, inequidade ao campo da justiça e iniquidade ao político, relacionados à conflitos de distribuição de riqueza. Desse modo, o conceito de desigualdades em saúde determinadas por desigualdades relacionadas com renda, educação e classe social são produtos de injustiça social e, em última análise, resultantes do modo de produção econômica predominante na sociedade. Na medida em que adquirem sentido no campo político como produto dos conflitos relacionados com a repartição da riqueza em sociedade, são conceituadas como inequidades em saúde. Por sua vez, as inequidades em saúde que são evitáveis, injustas e despertam sentimento de aversão são denominadas de iniquidades em saúde.

Em conclusão, a compreensão da iniquidade em saúde constitui uma questão bioética importante no campo de pesquisas, especialmente no que tange a defesa dos mais vulneráveis. Para Almeida-Filho (2009) distinguir inequidade de iniquidade não expressa um mero exercício semântico, mas significa introduzir, no processo de teorização, elementos de indignação moral e política. O caminho é a construção conceitual e metodológica capaz de subsidiar a mobilização política, tornando as diferenças mais iguais (ou menos desiguais), isto é, promovendo a igualdade na diferença, de modo a reduzir as diferenças de gênero, étnico-raciais, culturais e de classe como determinantes de desigualdades, inequidades e iniquidades (ALMEIDA-FILHO; PAIM, 2014).

2.2 SAÚDE BUCAL COLETIVA NO BRASIL – TRAJETÓRIA HISTÓRICA DOS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL AO MOVIMENTO DA SAÚDE BUCAL COLETIVA

A discussão sobre os modelos de atenção para o enfrentamento dos problemas da saúde bucal, que são produto da história na relação da sociedade e grupos sociais em disputa, tem estreita relação com o campo médico, ou seja, as disputas ocorridas no campo médico se refletiram no campo odontológico. O conjunto de movimentos político-ideológicos ocorridos na Medicina, sua relação com o campo odontológico e as prováveis repercussões na prática profissional, são expressas didaticamente pelos seguintes modelos: Odontologia Flexneriana;

Odontologia Sanitária, Odontologia Preventiva e Social; Odontologia Simplificada; Odontologia Integral; e SBC (CHAVES; BOTAZZO, 2014).

2.2.1 Odontologia Flexneriana

Até a década de 1950 a assistência odontológica era prestada, principalmente, nos centros urbanos, sendo de cunho privado e pagos por desembolso direto. De forma similar aos padrões assistenciais da Medicina, a prática odontológica reproduzia, integralmente, o modelo educacional de prática da Escola Norte-Americana, sendo adotado nas universidades brasileiras, caracterizado como cientificista ou flexneriana, na medida em que privilegiava o individualismo, ou seja, centrado no indivíduo como objeto de prática (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

Narvai (2006a) destacou que, no sistema de saúde brasileiro, a Odontologia de Mercado jamais perdeu a hegemonia, sendo um modelo de base biológica e individual, organizado nos moldes da produção capitalista, que transforma os cuidados de saúde em mercadorias e reduz a saúde como bem comum sem valor de troca. De modo geral, este modelo está centrado na assistência odontológica ao indivíduo doente e restrita ao ambiente clínico-cirúrgico, com predomínio não apenas no setor privado, mas também nos serviços públicos.

Uma das principais críticas ao modelo privatista ou “Odontologia de Mercado” se refere à incapacidade de regulação das necessidades de saúde dos indivíduos no mercado privado, uma vez que o capitalismo reforça as iniquidades sociais, na medida em que os indivíduos mais desprovidos socialmente se mantêm sem acesso ao cuidado odontológico (CHAVES; BOTAZZO, 2014).

2.2.2 Odontologia Sanitária

A expressão “Odontologia Sanitária” remete a vários autores, principalmente, Mario Chaves, sendo que a publicação de seu “Manual de Odontologia Sanitária” em 1960, o colocou na condição de principal teórico desse modelo da Odontologia no Brasil. Vale registrar a participação do autor no Curso de Especialização em Saúde Pública para Dentistas, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (NARVAI, 1994).

O sistema incremental, que se iniciou a partir da década de 1950, foi a principal ferramenta teórica utilizada pela Odontologia Sanitária, sendo um modelo voltado para

escolares (NARVAI, 2006b). Esse modelo de programa era o tipo de atendimento prestado pela Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Fundação SESP), órgão responsável pela assistência à saúde da população e financiado pelo governo norte-americano, sendo um convênio firmado entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Este modelo é voltado para a fluoretação da água de abastecimento ou, quando este recurso não estava disponível para a população, recomendava-se aplicações tópicas de fluoreto de sódio a 2,0% nas crianças (NICKEL; LIMA; SILVA, 2008). As críticas a esse modelo apontam uma atenção exclusiva a grupos denominados prioritários (escolares e gestantes) e ao distanciamento das questões estruturais, como as desigualdades sociais, mantendo o foco nos componentes biológicos e ainda nos grupos de risco e fatores de risco comuns (CHAVES; BOTAZZO, 2014).

Chaves e Botazzo (2014) acrescentaram que, atualmente, os programas preventivos de atenção ao escolar e as práticas preventivas no âmbito da saúde bucal da ESF estão ainda muito próximas desse modelo, e ainda com forte influência da Odontologia Preventiva e Social, como um remanescente da Medicina Preventiva que exerce influência no campo odontológico.

2.2.3 Odontologia Preventiva e Social

A Odontologia apresentou forte influência do movimento da Medicina Preventiva que foi investigado por Sergio Arouca, em sua tese de doutorado (AROUCA, 1975), sendo que o “dilema preventivista” se refere à intenção equivocada de mudar a atitude médica, com uma prática mais preventiva, a partir da mudança do ensino médico. Porém, o grande dilema é que, somente a mudança de atitude, sem uma mudança estrutural, não possibilitava uma efetiva transformação no modelo de atenção, com a permanência do enfoque de procedimentos realizados no hospital e a forma de pagamento por procedimentos (CHAVES; BOTAZZO, 2014).

Neste contexto, os autores Chaves e Botazzo (2014) acrescentaram que se pode perceber a influência da Medicina Preventiva a partir das novas disciplinas e departamentos criados nas faculdades de Odontologia, como os Departamentos de Odontologia Preventiva e Social nos anos de 1970/1980. Dessa forma, a Odontologia Preventiva e Social preconizava mudança da atitude do dentista com um olhar sobre a prevenção, porém não se diferenciava estruturalmente dos pressupostos da Medicina Preventiva, uma vez que não buscava

mudanças na organização dos serviços, na forma de remuneração e a incorporação de outros saberes fora da clínica. Como exemplos dessa prática, o Programa Odontológico Escolar de Saúde (PROESA), a Atenção Precoce em Odontologia e a influência do modelo escandinavo, na década de 1980, na disseminação de novos conhecimentos em cariologia, legitimando as práticas de escovação dentária supervisionada e uso intensivo do flúor.

O principal resultado do movimento da Medicina Preventiva na América Latina foi a manutenção da saúde pública tradicional e do modelo médico privatista, pois o que estava em jogo a partir desse movimento, originário nos Estados Unidos, era a redução da influência da Medicina Social na América Latina, de cunho contestador do capitalismo. Porém, em alguns países da América Latina, como o Brasil, a existência desses espaços, como os Departamentos de Medicina Preventiva, possibilitou a formação de uma massa crítica que deu origem à Saúde Coletiva (CHAVES; BOTAZZO, 2014).

2.2.4 Odontologia Simplificada

Na década de 1970, a expressão Odontologia Simplificada apareceu no discurso odontológico brasileiro, utilizada também em outros países da América Latina. A Odontologia Simplificada fazia crítica da Odontologia Científica ou paradigma flexneriano e se reivindicava alternativa, a partir de outro paradigma (NARVAI, 1994).

Porém, o enfoque da Odontologia Simplificada era limitado, uma vez que não questionava o modelo de prática hegemônica – a Odontologia Científica e não pretendia uma mudança qualitativa das práticas odontológicas, sendo considerado um apêndice à Odontologia Tradicional, ou seja, uma Odontologia complementar, que preconizava a simplificação dos elementos da prática odontológica, principalmente de recursos humanos e equipamentos (MENDES, 1986).

Com o objetivo de estabelecer uma Odontologia de alta produtividade, os esforços desse modelo se fizeram no sentido de simplificar recursos humanos, material de consumo, instrumental, equipes odontológicas, sistemas de trabalho, técnicas e espaço físico. O que se preconizava era a produção de mais atos curativos, em menor tempo e com menor custo possível (MENDES, 1986). Dessa forma, Odontologia Simplificada, embora preconizasse a importância da prevenção, priorizava as práticas curativas (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011; MENDES, 1986).

2.2.5 Odontologia Integral

Os dilemas da quantidade *versus* qualidade e da prevenção *versus* curativo levaram a uma reflexão mais aprofundada sobre a prática da Odontologia Simplificada, dando início a uma outra forma de pensar a Odontologia, que não deveria ser mais uma prática complementar à Odontologia Científica, mas uma prática de Odontologia Integral. Esse modelo preconizou a mudança dos espaços de trabalho, que tradicionalmente estavam localizados nas escolas, para as UBS, proporcionando uma ação mais integrada com as outras áreas da saúde na perspectiva de garantir a universalidade (FERREIRA; ABREU; OLIVEIRA, 2011).

A Odontologia Integral é uma possibilidade teórica de uma nova forma de pensar e fazer Odontologia, com o deslocamento da prática hegemônica, com base nos elementos do modelo flexneriano, para uma prática substitutiva da Odontologia Científica, trazendo um novo paradigma para a Odontologia e se aproximando dos princípios da Reforma Sanitária. Essa abordagem da Odontologia Integral apresentou três grandes pilares que se interrelacionam: a simplificação dos elementos da prática profissional, a ênfase na prevenção e a desmonopolização do saber odontológico (MENDES, 1986).

Na década de 1980, em decorrência das críticas ao sistema incremental e como produto desta proposta surgiu o Programa Inversão da Atenção, que adaptou sua estrutura organizativa aos princípios e diretrizes do SUS e apresentou como característica o controle epidemiológico da doença cárie por meio da utilização de métodos preventivos. Porém, esta proposta não se expandiu além dos limites da região Sudeste (CHAVES; BOTTAZO, 2014; NICKEL; LIMA; SILVA, 2008).

Complementando a discussão sobre o modelo da Odontologia Integral, Bottazo et al. (1988) discorreu que esse modelo deve estar além da simples integração entre prevenção e cura, considerando-se que o diagnóstico também deve ser integral, ou seja, não deve estar restrito ao dente ou à boca, mas deve relacionar a doença bucal com outros eventos observáveis no indivíduo, tais como manifestações sistêmicas da doença bucal, e ainda a valorização de aspectos da história médica anterior.

Botazzo (2013) destacou que medida que a Odontologia vai se tornando cada vez “mais integral”, ela se torna cada vez “menos odontologia”. Um exemplo é o consumo de açúcar ou de produtos que contenham açúcar, sendo necessário compreender que a maior parte do consumo ocorre através de produtos industrializados (refrigerantes, balas, bombons e outros), além disso a propaganda maciça através dos meios de comunicação induz este

consumo. Por outro lado, o consumo também depende das práticas sociais e culturais da população. Assim, o consumo de açúcar não ocorre apenas por uma opção individual, mas por uma necessidade existente (práticas culturais e alimentares), ou por necessidades artificialmente criadas, como a propaganda. Por isso, à medida que vai se tornando “mais integral”, a prática será cada vez “menos odontológica”, sendo que estas questões extrapolam a clínica, englobando práticas de saúde não mais no campo da assistência odontológica, mas no campo da SBC.

Dessa forma, a compreensão do processo saúde-doença está além da assistência odontológica, compreendida como ações clínicas e cirúrgicas, mas implica em ações sobre as causas das doenças e suas distintas naturezas: biológicas, sociais, econômicas ou políticas, compreendendo o processo saúde-doença a partir da determinação social. Dessa forma, o modo de ampliar os limites e as funções sociais da Odontologia seria a crítica à explicação ecológica da doença e do seu caráter histórico, biologizante e individual (BOTAZZO, 2013).

2.2.6 Saúde Bucal Coletiva

A SBC, que surgiu no Brasil na década de 1980, constituiu-se em um espaço de luta, produto de movimento pela politização e democratização do campo odontológico, com uma crítica às outras “Odontologias Alternativas”, sendo um referencial teórico para as práticas odontológicas em serviços de saúde (SOARES, 2014, SOARES et al., 2017). A constituição desse espaço foi produto do movimento de RSB, possibilitando uma rede de relações na luta pelo SUS e pela democracia no país (SOARES, 2014).

É necessário considerar que a saúde bucal não resulta apenas de práticas odontológicas, mas de processos sociais complexos, dos quais resultam em manifestações biológicas em indivíduos que vivenciam experiências de dor e de sofrimento únicos e singulares. Portanto, essa concepção implica à SBC a uma ruptura epistemológica com a Odontologia, cujo marco teórico está centrado nos aspectos biológicos e individuais, desconsiderando-se a determinação de processos sociais complexos. No modo de produção capitalista, esta prática produz a Odontologia de Mercado (NARVAI, 1994), e tal ruptura requer a realização do trabalho odontológico a partir das necessidades das pessoas, rompendo com o *status quo*, caracterizado pela mercantilização dos serviços e pela manutenção do monopólio do acesso aos recursos odontológicos pelas elites (NARVAI, 2006a,b).

A partir do conceito de bucalidade, Botazzo (2006) analisou os problemas teórico-práticos enfrentados pela Saúde Coletiva como efeito das políticas neoliberais, tomando por

referência a teoria social da saúde, apontando que os problemas derivados do conceito da SBC foram vistos como sendo da mesma natureza, cujo enfrentamento exige reposicionamento epistemológico, ou seja, o deslocamento do campo biomédico.

Segundo Narvai (2006a), para promover mudanças, a SBC precisa construir uma agenda que leve em consideração eventos relevantes nesta área, sendo que as Conferências Nacionais de Saúde Bucal devem se constituir na principal referência para a agenda da SBC, com destaque para o relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em 2004. Na apresentação do relatório final da Conferência, foi destacado que condições da saúde bucal são, sem dúvida, um dos mais significativos sinais de exclusão social e registram o impacto das precárias condições de vida de milhões de pessoas no país, sendo que o enfrentamento dos problemas nessa área exige mais do que ações assistenciais, requer políticas intersetoriais, a integração de ações preventivas e curativas, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e compromisso do Estado com envolvimento de instituições das três esferas.

A entrada da saúde bucal no SUS com a implantação da saúde bucal na ESF e, principalmente, com a formulação da PNSB em 2004, expressam a principal reivindicação da SBC, significando a inserção da SBC nos serviços de saúde, embora a literatura aponte a permanência das práticas do campo odontológico hegemônico. É preciso considerar também que essa inserção não garantiu a implementação dos princípios da SBC e da RSB nas práticas de saúde bucal no âmbito público. Dessa forma, embora seja uma proposta crítica, permanecem antigas “Odontologias” na produção científica e nas práticas de saúde bucal (SOARES, 2014; SOARES et al., 2016, 2017).

O conflito fundamental que caracteriza a PNSB em curso no Brasil é travado entre as correntes SBC e Odontologia de Mercado, pois ambas, sendo articuladas e fazendo parte de correntes político-ideológicas, procuram influenciar os rumos da PNSB, na defesa de seus respectivos interesses (NARVAI, 2011; NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Entre os novos e velhos problemas relacionados à consolidação de um campo de saberes e práticas de saúde bucal compatível com os princípios da saúde coletiva e da RSB, pode-se elencar: a corporação odontológica que limita os avanços em relação à formação da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF, incluindo a atuação do técnico em saúde bucal; a insuficiência teórica no espaço odontológico sobre a abordagem dos determinantes sociais; a permanência de conceitos antigos da Odontologia Privada nas práticas dos serviços de saúde bucal; bem como a manutenção de ideias higienistas, relacionadas a campanhas sanitárias de escovação dentária supervisionada. Outro desafio fundamental é a necessidade de incorporar

novos agentes, já que a SBC, além da dimensão técnica-científica, exige uma militância sociopolítica (SOARES et al., 2016).

Neste contexto da SBC, Botazzo e Chaves (2014) ilustraram um modelo de abordagem integradora, conforme Figura 1, que busca articular componentes da epidemiologia e da gestão, da clínica e das subjetividades na organização das práticas da SBC. Na formulação de intervenções no âmbito local, as distintas dimensões devem estar articuladas, com foco nas necessidades de saúde bucal, produto de um conjunto de DSS a serem enfrentados.

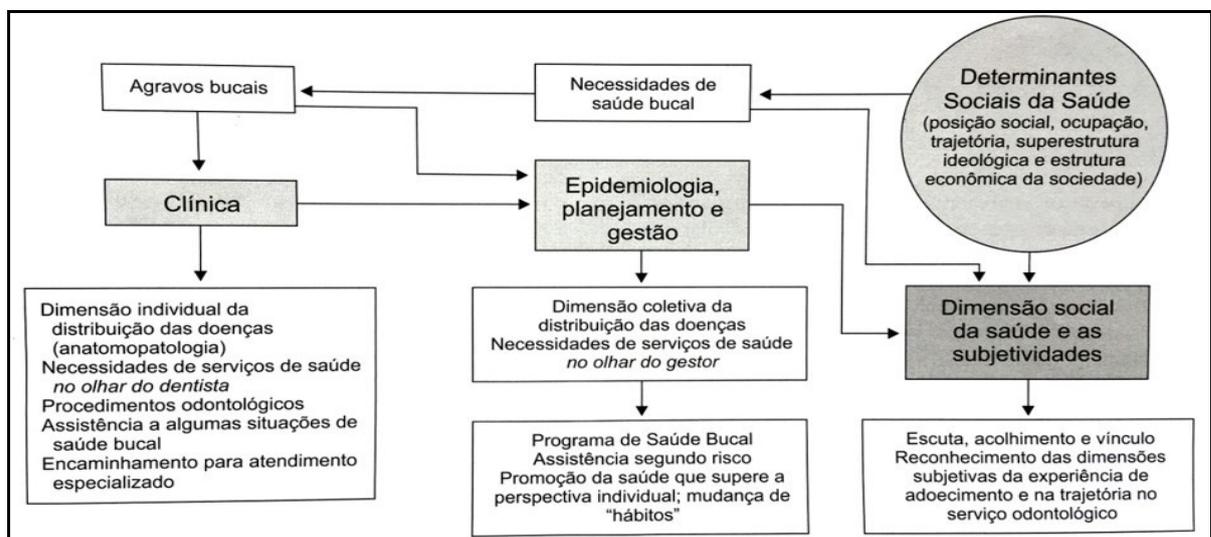


Figura 1 – Abordagem integradora das dimensões epidemiológica, da gestão, da clínica e das subjetividades na organização da atenção à saúde bucal

Fonte: Botazzo e Chaves (2014).

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – UM OLHAR SOBRE A INTEGRALIDADE

A saúde bucal, como política de saúde no Brasil, passou por diversos estágios, desde a sua concepção nos moldes da Medicina Previdenciária e Flexneriana, até mudanças programáticas que refletiram o posicionamento e a preocupação governamental em 2003, com a saúde bucal da população brasileira. Dessa forma, as políticas, em geral, foram amadurecendo e, logo no início do século XXI, passaram a integrar temas como a humanização do atendimento e a noção de integralidade, relacionadas à linhas de cuidado, destacando-se entre estes, a formulação das diretrizes da PNSB em 2004 (BARTOLE, 2008).

O documento das diretrizes da PNSB aponta para uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, tendo o conceito do cuidado como eixo de

reorientação do modelo. Ademais, as ações e serviços devem ser fruto do conhecimento da realidade local, aproximando-se das condições de vida da população atendida, identificando e respeitando além das características regionais, sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas, também os hábitos da população e as providências que tomam para resolver os problemas quando adoecem, bem como o que fazem para evitar enfermidades (BRASIL, 2004).

2.3.1 Saúde bucal na Estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido objeto crescente de estudos de políticas públicas nas últimas décadas no Brasil e no mundo. Em movimentos nacionais e internacionais de reforma dos sistemas de saúde, as propostas, em geral, atribuem à APS um papel crucial de porta de entrada e ordenadora de todo o sistema. A APS corresponde a um nível de atenção que está mais próximo das pessoas, famílias e comunidades, sendo capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde presentes em determinada população e coordenar o conjunto de ações e serviços dos demais níveis do sistema de saúde (AQUINO et al., 2014).

Segundo Starfield (2002), a APS é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, sendo que o entendimento de seu conceito pode ser realizado a partir de quatro princípios ordenadores à atenção primária: 1) primeiro contato – trata-se da acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema, para os quais se procura atenção à saúde. É a acessibilidade considerando a estrutura disponível, no sentido da existência de barreiras. Portanto, a medição da atenção ao primeiro contato envolve a avaliação da acessibilidade (elemento estrutural) e da utilização (elemento processual); 2) longitudinalidade – pressupõe o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde. Pode ser traduzida como o vínculo em um ambiente de relação mútua e humanizada entre a população e os profissionais de saúde, ao longo do tempo; 3) integralidade – diz respeito à capacidade do serviço em garantir a integralidade da atenção à saúde dos usuários, por meio da referência do usuário a outros níveis de atenção quando necessário, e; 4) coordenação – refere-se à capacidade do serviço em garantir a continuidade da atenção, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos.

No Brasil, como forma de reorganizar a APS, o Programa de Saúde da Família (PSF) lançado em 1994 em um contexto de ajuste fiscal e, com reformas setoriais na saúde, ganhou ampla aceitação nacional objetivando superar os limites do modelo vigente, particularmente na esfera municipal (VIANA; DAL POZ, 1998). A partir de 2006, o PSF configurou-se como

estratégia prioritária para reorganização da APS no país, passando a ser denominado de Estratégia Saúde da Família.

Em relação à saúde bucal, segundo Narvai e Frazão (2008), o escasso interesse do Estado nesta área durante muitas décadas e ainda dificuldades oriundas do próprio modelo hegemônico de atenção à saúde bucal privatista, levou a consequente inclusão tardia dos profissionais de saúde bucal no PSF, seis anos depois do início da implantação desse programa no país.

Somente a partir de 2004, durante o governo do presidente Lula, as questões relacionadas à saúde bucal tomaram maior relevância, com a PNSB (BRASIL, 2004). Criada para a reorganização da atenção em saúde bucal nos três níveis, aponta, “fundamentalmente, para a ampliação e qualificação da atenção básica, possibilitando o acesso a todas as faixas etárias e a oferta de mais serviços, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção” (BRASIL, 2004).

Desta forma, foi inegável o aumento do acesso à saúde bucal com a implementação da PNSB, destacando-se a ampliação das ESB na ESF, porém Casotti e Gouvêa (2018) destacaram que alguns estudos não têm evidenciado, necessariamente, melhor desempenho em áreas cobertas pela ESF. Neste sentido, as autoras acrescentaram que a simples inserção de trabalhadores de saúde bucal da ESF pode não significar uma decisão política de reversão do modelo de atenção, da mesma forma, a atuação em Unidade Básica de Saúde (UBS) não implica necessariamente a manutenção do modelo hegemônico. Assim, torna-se importante a decisão política do nível local em organizar o sistema de saúde com base nos fundamentos da APS e da SBC.

De acordo com os dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do MS, em 2001 havia 4.261 ESB implantadas em 2.302 municípios do país, sendo que em 2018 passou para 26.712 ESB em 5.043 municípios. Em relação ao cenário atual, Casotti e Gouvêa (2018) discutem a publicação da última revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ao proporem um novo arranjo para operar a APS, no sentido de flexibilização da carga horária induzindo à fragmentação do processo de trabalho, criando condições para precarização do contratos trabalhistas e para a substituição das ESB na ESF pela lógica da atenção básica tradicional. Ademais, o processo de desfinanciamento federal e congelamento de recursos para a saúde geram preocupações para a manutenção de políticas como no caso da PNSB, com cenário em que é possível vislumbrar cortes de equipes, aumento de número de ESF cobertas por uma mesma equipe de saúde bucal e demissão dos técnicos de saúde bucal (TSB), caracterizando mudanças de equipe de modalidade II para I.

2.3.2 Saúde bucal na atenção especializada: CEO e LRPD

No Brasil, historicamente a assistência odontológica dos serviços públicos no Brasil era restrita quase que exclusivamente aos serviços básicos. Dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) de 2002 indicaram que os serviços especializados correspondiam a não mais do que 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos, sendo evidente a baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária, comprometendo o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, foram estabelecidos os critérios e as normas para a implantação e o credenciamento dos CEO pela Portaria nº. 1.570/GM, de 29 de julho de 2004, bem como estabelecida sua forma de financiamento no sentido de ampliar e a qualificar a oferta de serviços odontológicos especializados, por meio da Portaria nº. 1.571/GM, de 29 de julho de 2004.

Com a implantação em 2004, da Política Brasil Sorridente, os serviços públicos de referência para a atenção especializada são os CEO. Este se constitui na principal estratégia de atenção odontológica especializada no sistema público brasileiro, e possibilitou aumento da oferta de especialidades que evitam a perda dental, como a endodontia e a periodontia. Já a implantação do LRPD, por sua vez, possibilitou a reparação da perda dental já instalada (CHAVES; ROSSI; FREIRE, 2016).

Chaves, Rossi e Freire (2016) analisaram a evolução da política de oferta e produção de serviços especializados a partir do seu crescimento percentual nos três períodos de governo 2003-2006, 2007-2010 e 2011-2014 – a partir de sua implementação, os resultados mostraram que a atenção especializada foi priorizada a partir do primeiro governo Lula (2003-2006), teve avanço importante no período subsequente (2007-2010) e seguiu com redução no ritmo de crescimento no período de 2011-2014. Dessa forma, entre 2004 e 2014 foram implantados 1.030 CEO em todas as regiões do país. Esses serviços foram implantados, em sua maioria, inicialmente nas regiões Sudeste e Nordeste. Ao final da primeira gestão do presidente Lula, 498 serviços especializados e, ao final do segundo mandato, eram 853.

Em relação aos LRPD, iniciou-se em 2010 com 676 laboratórios implantados, 808 LRPD em 2011, chegando a 1.995 serviços em 2015, destacando-se o crescimento percentual da oferta no governo 2011-2014 foi de 189,2%. Quanto à produção de próteses, essas foram 183.152 mil próteses em 2010, chegando a 600.196 mil em 2014. Porém, apesar da expansão expressiva no período por ser um componente mais recente e sua retaguarda aos serviços

especializados ser urgente, torna-se necessário acompanhar sua evolução nos próximos períodos de governo, bem como sua cobertura no território nacional (CHAVES et al., 2016).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a produção científica sobre iniquidades sociais e saúde bucal do Brasil e de outros países da América Latina, no período de 1992 a 2018.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a distribuição e os principais temas da produção científica latino-americana sobre iniquidades sociais no campo da saúde bucal;
- Compreender como o SBBrasil tem sido abordado e discutido na produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal, trazendo para o debate reflexões sobre quais temáticas e abordagens teórico-conceituais esta produção tem trabalhado e como a Política Nacional de Saúde Bucal reflete nestes estudos;
- Identificar como a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal tem sido analisada na produção científica brasileira sobre iniquidades sociais, no sentido de compreender quais as principais temáticas estão sendo abordadas na literatura, bem como analisar os avanços e desafios para reduzir as iniquidades sociais no país.

4 METODOLOGIA

Para a construção deste estudo foi delimitado o seguinte tema “a teoria da determinação social da saúde e sua contribuição no campo da saúde bucal coletiva no Brasil” e como recorte do objeto centrou-se em “iniquidades sociais e saúde bucal”, considerando-se a “trajetória histórica dos modelos de atenção à saúde bucal à implantação da PNSB no país”.

A escolha do tema desta investigação pode ser traduzida na compreensão de que o campo da determinação social da saúde é permeado por disputas entre diferentes correntes e construções teóricas, sendo necessário analisar os diferentes referenciais e projetos em disputa na literatura que se refletem no campo da saúde bucal.

Partindo dos objetivos propostos foi concebida como uma pesquisa bibliográfica exploratória e descritiva, proporcionando uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca do tema estudado (GIL, 2010). Nessa perspectiva, a pesquisa bibliográfica se configura como um exercício permanente do pesquisador que, ao longo de todo o processo de investigação, precisa manter contato com as produções correlatas ao objeto de pesquisa. Esta atividade foi objeto de constante apropriação pela pesquisadora, com vistas a atingir maior aproximação com as políticas públicas.

A metodologia é validada em “um procedimento intelectual em que o pesquisador tem como objetivo adquirir conhecimentos por investigação de uma realidade e da busca de novas verdades sobre um fato (objeto, problema)” (FACHIN, 2003, p. 85). Então, a pesquisa, inserida no estudo metodológico, surge pautada na consciência da existência de um problema e nos anseios por encontrar uma solução.

Para Clark e Castro (2003), a pesquisa é um recurso para a concepção do saber que tem como alvos imprescindíveis desenvolver novo conhecimento e/ou constatar ou contrapor aquele que já é de fato conhecido. É, sobretudo, um método de estudo tanto do sujeito que a realiza quanto da sociedade em que esta, se desenvolve. Quem atua na pesquisa consegue, em um grau mais básico, assimilar os princípios do método científico ou, em um nível mais evoluído, instruir-se com requintes técnicos de métodos já consagrados. Como resultado, a sociedade e a comunidade beneficiam-se com a utilização da nova experiência produzida na população que a constitui. A pesquisa, para ser apontada como científica, deve seguir as pontualidades que determinam o método científico, sendo a particularidade fundamental, a reprodutibilidade.

Conforme Gil (2010), a pesquisa faz-se indispensável e fundamental enquanto pautada na consciência da existência de um problema e nas pretensões por encontrar uma solução.

Para que a disseminação de conhecimentos aconteça de modo eficiente, é necessário que a pesquisa científica ocorra de forma organizada, analisando-se pontos e contrapontos, iniciando-se, geralmente, de um delineamento de etapas a serem realizadas de maneira que delimitem o tema acerca do qual se pretende estudar.

Tomando-se como parâmetros as tipologias de delimitação de pesquisa, este trabalho enquadra-se como uma pesquisa descritiva, que está restrita à análise de dados pré-existentes; porém objetiva constatar as informações, detectar, mencionar e confrontar os dados da amostra estudada, com o propósito de elucidar sobre acontecimentos, ocorrências e opiniões ou comportamentos que têm lugar na população analisada (GIL, 2010).

No que se refere aos métodos, tratando-se da maneira pela qual se conduziu o estudo e se obteve os dados, esta pesquisa também pode ser classificada quali-quantitativa. É qualitativa tendo em vista a necessidade de compreender e interpretar os dados e comportamentos dos dados pesquisados. De outra forma, apesar de não se utilizar o instrumento estatístico específico para análise do problema proposto, valeu-se do uso de quantificações e de percentuais para o tratamento e análise dos dados, por conseguinte, também se enquadra como quantitativa. E conforme retratado por Creswell (2010), a pesquisa de método misto é uma investigação que combina ou associa as formas: qualitativa e quantitativa. Envolve um conjunto de abordagens, de modo que a força geral de um estudo seja maior do que a da pesquisa qualitativa ou quantitativa isolada.

A análise dos dados exige um esforço concentrado do pesquisador, no sentido de realizar o adequado tratamento do material coletado, permitindo o alcance dos objetivos propostos na investigação. Na concepção lógica, significa a superação da imediatez do fenômeno e a apreensão da sua essência (GIL, 2010).

Segundo Frigotto (2008, p. 88):

A análise dos dados representa o esforço do investigador em estabelecer conexões, mediações e contradições dos fatos que constituem a problemática pesquisada. Mediante este trabalho, vão-se identificando as determinações fundamentais e secundárias do problema. É no trabalho de análise de que se busca superar a percepção imediata, as impressões primeiras, a análise mecânica e empiricista, passando-se do plano pseudoconcreto ao concreto que expressa o conhecimento da realidade. É na análise que se estabelecem relações entre a parte e a totalidade.

Espelhando-se em Frigotto (2008) e Gil (2010), a análise dos dados é, portanto, um processamento complexo que demanda retornos entre informações pouco consistentes e conceitos imprecisos, entre argumento indutivo e dedutivo, entre definição e comentário. Estas acepções ou percepções estabelecem a comprovação de uma pesquisa.

As etapas de trabalho foram constituídas, inicialmente, por pesquisa bibliográfica, considerando que o tema em questão tem sido objeto de estudo de distintas pesquisas já consolidadas. Os dados e categorias teóricas desenvolvidas por vários pesquisadores se configuraram como elementos de análise e fundamentação desta investigação.

Para a compreensão do percurso metodológico, faz-se necessário elencar as fases do estudo, de acordo com a classificação de Gil (2010). A primeira fase refere-se à fundamentação sobre a teoria da determinação social da saúde, a partir da definição de autores que constituem referências sobre o assunto. Desta forma, o universo compreendeu livros, artigos de periódicos e documentos, alocados no Quadro 4, buscando-se recuperar o percurso histórico, apreender os objetivos, bem como a retomada do tema na atualidade pela OMS.

Quadro 4 – Bases teóricas selecionadas para o estudo

Autores	Publicações
Breilh, Jaime; Edmundo, Granda	Investigação da Saúde na Sociedade: guia prático sobre um novo enfoque do método epidemiológico
Laurell, Asa Cristina	A Saúde-Doença como Processo Social
Breilh, Jaime	Epidemiologia: Economia, Política e Saúde
Breilh, Jaime	Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade
Arouca, Sergio	O dilema Preventivista: Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva
Donnangelo, Cecília	Saúde e Sociedade
Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) – OMS	Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais
Relatório Final da CNDSS – Brasil	As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil

Fonte: Elaboração própria.

As publicações de Cecília Donnangelo e Sergio Arouca, no Brasil, bem como de Jaime Breilh e Edmundo Granda, no Equador, Asa Cristina Laurell, no México, são consideradas trabalhos pioneiros na teoria da determinação social do processo saúde-doença e na RSB, sendo obras reconhecidas no campo da Medicina Social e Saúde Coletiva. Dessa forma, neste estudo a construção teórica conceitual foi realizada à luz das referidas referências, com base no materialismo histórico.

No campo da SBC, que apresenta como referencial teórico a determinação social da saúde e a RSB, adotou-se como referência os autores também pioneiros e expoentes neste campo: Botazzo et al. (1988); Narvai (1994); Botazzo (2000); Narvai e Frazão (2008), e; Botazzo (2013).

A segunda fase consistiu no levantamento, localização e obtenção do material bibliográfico e documental relacionado ao tema, com objetivo de coletar as informações relevantes e responder às questões principais do estudo. Em seguida, foi realizada a leitura do material bibliográfico referente à teoria da determinação social da saúde, bem como sua contribuição no campo da saúde bucal coletiva. Inicialmente, foram realizadas leituras de reconhecimento, exploratória e seletiva de todo material selecionado. Essa leitura exploratória e seletiva permitiu identificar importantes produções científicas na América Latina, principalmente a partir da década de 1970.

Posteriormente, foram realizadas leituras reflexiva/crítica e interpretativa nos livros, artigos científicos e documentos institucionais com o objetivo de buscar respostas aos objetivos e relacioná-las ao longo da pesquisa. Realizou-se resumos destes referenciais após a leitura para melhor compreensão dos autores.

Quanto aos artigos, tratou-se de revisões integrativas trazendo, como o próprio termo refere, conceitos ou ideias provenientes das pesquisas utilizadas como método, ponto esse que evidencia o potencial para se construir ciência (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Estes autores enfatizam que o método da revisão integrativa pode ser “incorporado às pesquisas realizadas em outras áreas do saber, além das áreas de saúde e da educação”, pelo fato de ele viabilizar a capacidade de sistematização do conhecimento científico e de forma que o pesquisador aproxime-se da problemática que deseja apreciar, traçando um panorama sobre sua produção científica para conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

De acordo com Whittemore e Knafl, (2005), a revisão integrativa é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular. Na revisão integrativa, a combinação de diversas metodologias pode contribuir para a falta de rigor, a falta de acurácia e o viés, devendo ser conduzida dentro de padrões de rigor metodológico. Torna-se imperativo, portanto, tecer pontuais considerações acerca de algumas fases do processo: coleta de dados, análise e discussão dos dados. Um dos métodos para a análise dos dados de uma pesquisa qualitativa relaciona-se com a variedade de achados da revisão integrativa. Consiste na redução, exposição e comparação, bem como na conclusão e verificação dos dados.

Conforme delineado por Souza, Silva e Carvalho (2010), a redução dos dados envolve a determinação de um sistema de classificação geral para o gerenciamento das diversas metodologias. Em princípio, os estudos devem ser distribuídos em subgrupos, de acordo com uma classificação estabelecida previamente, visando a facilitação da análise. Nas revisões integrativas, por exemplo, a categorização pode basear-se no tipo de incidência, cronologia ou características da amostra, assim como em alguma classificação conceitual pré-determinada. Na sequência, dá-se seguimento às técnicas de extração dos dados das fontes primárias, mediante utilização de instrumento elaborado, para simplificar, resumir e organizar os achados de modo que cada estudo seja reduzido a uma página com conteúdo relevante. Essa abordagem, além de permitir a sucinta organização dos dados, facilita a comparação dos estudos em tópicos específicos como problemas, variáveis e características da amostra. A etapa contígua contempla a visualização dos dados, ou seja, a conversão dos achados em uma forma visual de subgrupos. Os modos de visualização podem ser expressos em tabelas, gráficos ou quadros, nos quais é possível a comparação entre todos os estudos selecionados e, logo, a identificação de padrões, diferenças e a sublocação desses tópicos como parte da discussão geral. Todo discernimento de relações ou conclusões requer constatação com a fonte primária, para que não haja conclusões prematuras ou exclusão de evidências pertinentes durante o processo. Diante da necessidade de assegurar uma prática embasada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e orienta a prática fundamentando-se em conhecimento científico.

Assim, a revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados. Pontua-se, então, que o impacto da utilização da revisão integrativa se dá não somente pelo desenvolvimento de políticas, protocolos e procedimentos, mas também no pensamento crítico que a prática diária necessita.

Portanto, optou-se pela análise de conteúdo temática a partir de uma perspectiva qualitativa, que segundo Gomes (2019), se organiza da seguinte forma: decomposição do material a ser analisado em partes; fazer uma descrição dos resultados; fazer inferências dos resultados; interpretar os resultados obtidos com auxílio da fundamentação teórica adotada. O caminho a ser seguido pelo pesquisador vai depender dos propósitos do estudo, da natureza do material disponível e da perspectiva teórica adotada.

A trajetória da análise temática normalmente apresenta-se em três fases: pré-análise; exploração do material, e; tratamento dos resultados/inferência/interpretação. Assim, em um primeiro momento, foi feita uma leitura exaustiva e compreensiva de todo material selecionado. No decorrer dessa leitura teve-se uma visão do conjunto; apreendeu-se as particularidades do material analisado; elaborou-se pressupostos iniciais que serviram de balizadores para a análise e a interpretação, e; determinou-se os conceitos teóricos que orientaram a análise. O momento da exploração do material incidiu na exploração do material identificando os contextos dos documentos. O tratamento dos resultados/inferência/interpretação foi o momento da obtenção dos resultados, ocorrendo a condensação das informações analíticas, culminando nas interpretações inferenciais; foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (GOMES, 2019).

Dessa forma, foram elaborados artigos científicos sobre o objeto de estudo “iniquidades sociais e saúde bucal”, sendo que o primeiro artigo desta tese já foi encaminhado à Revista de Atenção à Saúde e aceito para publicação. Os demais serão enviados para apreciação de periódicos da área de Saúde Coletiva, com o objetivo de contribuir para a difusão e democratização de informação na área.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ARTIGO 1 – INIQUIDADES SOCIAIS E SAÚDE BUCAL: revisão integrativa¹

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 sobre a produção do conhecimento científico em relação ao tema; entretanto, tornam-se necessário 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

¹ Aceito para publicação no periódico Revista de Atenção à Saúde.

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 Policies, 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 da 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 apontou que, apesar dos importantes avanços da produção de conhecimento em relação aos determinantes de saúde, sobretudo das iniquidades, estes 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 sobre 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.

Neste 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 quantiquantitativa 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 desta 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*).

Crêterios 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 restri o de data inicial, entretanto foi considerado o último período de abrangência o mês de dezembro de 2017;
- Não houve restrições quanto   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.

Crêterios de exclusão

Os critérios de exclusão foram as publicações em duplicidade nas diferentes bases de dados; aquelas em que o objeto de estudo não estabeleciam rela o com o tema abordado, sendo caracterizados: doenças não bucais; medicamentos relacionados às patologias bucais; modelos de avalia o 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 rela o paciente-dentista.

Identifica o 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 avalia o quanto aos critérios de inclusão. Do total de estudos selecionados, foi feita uma leitura prévia, identificado alguns eixos temáticos para análise.

Após essa etapa, as informações extraídas dos estudos selecionados incluíram: autores, ano de publica o, a filia o institucional do primeiro autor, o periódico em que o estudo foi publicado, país de realiza o do estudo, o objeto do estudo/tema, a natureza do estudo, os descritores relacionados ao tema (iniquidade, desigualdade, determina o, 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, esta 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.

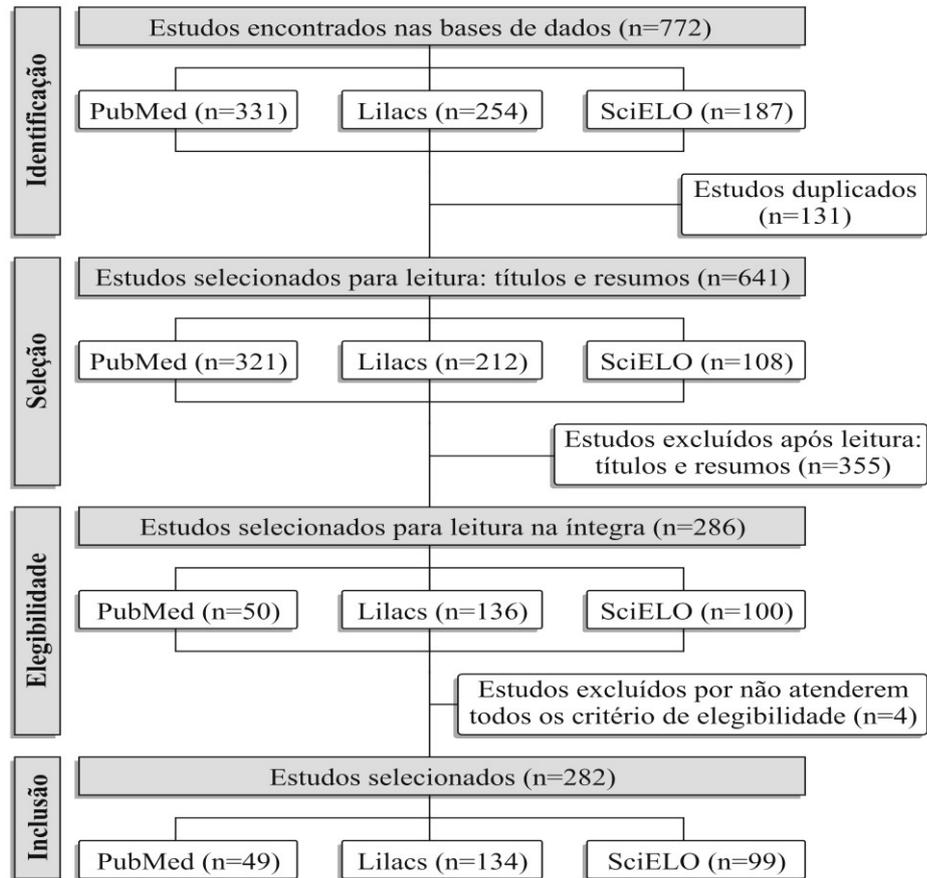


Figura 1 - Diagrama do processo metodológico de busca e análise dos estudos

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

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.

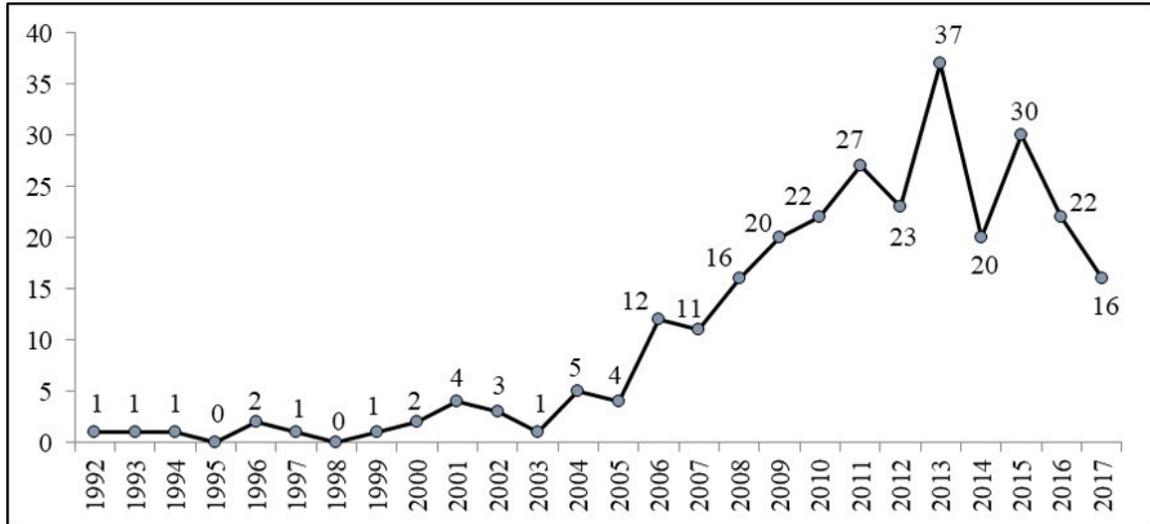


Gráfico 1 - Número de estudos latino-americanos sobre iniquidades sociais e saúde bucal de 1992-2017, por ano de publicação.

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, 88,7% foi constituída por artigos científicos

Os artigos científicos foram publicados em diferentes periódicos, sendo as maiores proporções no 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 instituições, 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	<i>Pesq Bras Odontoped Clín Integ</i>	04	1,6
Universidade Federal de Minas Gerais	14	5,0	<i>BMC Oral Health</i>	03	1,2
Universidade Estadual Paulista	13	4,6	<i>Revista Odonto</i>	03	1,2
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	11	4,0	<i>Revista Baiana de Saúde Pública</i>	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
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-Control	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).

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 discorridos 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, observou-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 nas 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.

Observou-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 das doenças bucais no contexto da pobreza de uma comunidade de baixa renda em Fortaleza, Ceará, por meio de entrevistas etnográficas. Os resultados deste 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 dessa 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 em saúde bucal

Os impactos do processo saúde-doença sobre a 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 sobre o 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 como os cuidados em saúde bucal que 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 intersetoriais 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 brasileiros. 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 sobre as tendências encontradas nos diversos programas educativos no Brasil que observou 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. Nesta mesma perspectiva, outro estudo⁷¹ sobre a 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 discutiram 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, observando-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, observou-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 discutiram 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 das 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 OMS constatou que a perspectiva deste 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%). Este cenário reflete uma preocupação dos pesquisadores brasileiros com esta 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. Este 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 nestes 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}. Observou-se diferentes perspectivas analíticas sobre a temática que enfocaram 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 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, observou-se estudos tanto no âmbito da atenção odontológica básica quanto da especializada, destacando-se estudos sobre a PNSB no Brasil^{60,93}. Nestes 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 sobre a 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 neste 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. Nesta 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 sobre a temática SBC realizou uma revisão de 1970 até 2012 sobre as 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 compreensão da complexidade relacionada ao tema, contribuindo com a produção de informações epidemiológicas sobre a população negra no Brasil que 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 eram 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 investigaram 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-se 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, torna-se necessário 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, desta 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, torna-se necessário 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 sobre o 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 impõem 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 sobre a 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 da população e o modo de organização social vigente que impacta sobre a saúde, inclusive na 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 SSCA, 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 SSCA, 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 decídua 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 SBBrazil 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. *Ciêñ 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. *Ciêñ 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 a raça/etnia: a cárie dentária como indicador de saúde bucal* [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
82. Guiotoku, SK, Moysés ST, Moysés 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.

5.2 ARTIGO 2 – INIQUIDADES SOCIAIS E SAÚDE BUCAL NO BRASIL: reflexões sobre a produção científica no contexto do SBBrasil 2003 e 2010

Resumo

Objetivo: Este estudo centrou-se em analisar a produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal no contexto do SBBrasil, com ênfase nas principais temáticas e abordagem teórica conceitual relacionada ao campo e na compreensão de como a Política Nacional de Saúde Bucal reflete nesta produção. **Materiais e Métodos:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura no período de 2003 a 2017, em que foram encontrados 380 artigos, sendo selecionados 48 estudos nas bases de dados BVS e SciELO. **Resultados:** Observou-se um crescimento da produção teórica, principalmente no período de 2010-2013, com 79,2% dos estudos de abrangência nacional. A partir da análise emergiram cinco categorias temáticas: (i) condições de saúde-doença bucal; (ii) aspectos metodológicos do SBBrasil; (iii) autopercepção e impactos na qualidade de vida; (iv) utilização dos serviços odontológicos, e; (v) raça e condições de saúde-doença bucal. Os desfechos mais analisados foram a cárie e a perda dentária. Em relação às variáveis de exposições, o sexo/gênero, idade/faixa etária, renda, raça/cor e escolaridade foram as variáveis mais frequentes. **Conclusão:** Este estudo mostrou a importância dos dados do SBBrasil que potencializaram a produção científica brasileira na área de vigilância em saúde bucal, constatando-se que a partir da implementação do SBBrasil os estudos não se limitaram à dimensão biológica do processo saúde-doença bucal, inserindo a discussão do impacto e desafios da PNSB sobre as iniquidades sociais no país, principalmente em relação à ampliação da atenção especializada nos municípios, com ênfase nos Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Dessa forma, há necessidade de mais estudos relacionando os dados do SBBrasil com a PNSB, no sentido de que possam dar respostas efetivas às necessidades sociais da população e de contribuir para o campo da saúde bucal coletiva no país.

Palavras-chave: Política de Saúde, Iniquidade Social, Inquéritos Epidemiológicos, Saúde Bucal.

Abstract

Objective: This study focused on analyzing the Brazilian scientific production on social inequalities and oral health in the context of the SBBrasil, with emphasis on the main themes and conceptual theoretical approach related to the field, and on understanding how the National Oral Health Policy impacts this production. **Materials and Methods:** An integrative literature review was performed from 2003 to 2017, in which 380 articles were found, and 48 studies were selected from the BVS and SciELO databases. **Results:** There was a growth of theoretical production, mainly in the period 2010-2013, with 79.2% of studies of national scope. From the analysis five thematic categories have emerged: (i) oral health-disease conditions; (ii) methodological aspects of the SBBrasil; (iii) self-perception and impacts on quality of life; (iv) use of dental services, and; (v) race and oral health-disease conditions. The most analyzed outcomes were cavities and tooth loss. Regarding exposure variables, sex/gender, age/age group, income, race/color and education were the most frequent variables. **Conclusion:** This study showed the importance of the SBBrasil data that enhanced the

Brazilian scientific production in the area of oral health surveillance, noting that from the implementation of SBBrazil the studies were not limited to the biological dimension of the oral health-disease process, fomenting the discussion on the impact and challenges of the PNSB on social inequalities in the country, especially in relation to the expansion of specialized care in the municipalities, with emphasis on Odontological Specialist Centers and Regional Prosthesis Laboratories. Thus, there is a need for further studies connecting the SBBrazil data to the PNSB so that they can provide effective answers to the social needs of the population and contribute to the field of collective oral health in the country.

Palavras-chave: Health Policy, Social Iniquity, Epidemiological Surveys, Oral Health.

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, a inserção da saúde bucal neste sistema tem sido marcada por conflitos e contradições¹. No período pré-constituente, a prática odontológica predominante no Brasil tinha como base a ideologia liberal e mercantilista, privilegiando a atenção individual em detrimento das ações coletivas, com significativa parcela da população sem acesso aos serviços odontológicos públicos².

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde reafirmou a saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, delineando as bases fundamentais do SUS³. No mesmo ano, foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, integrada historicamente à 8ª Conferência Nacional de Saúde, visando a efetivação de mudanças no modelo de prática odontológica que atendia às necessidades de apenas 5,0% da população, caracterizando-se pela “ineficácia e ineficiência, sendo ainda monopolizador, de altos custos, de tecnologia densa, elitista, iatrogênico e mutilador” e, ainda, a inexistência de dados epidemiológicos fidedignos sobre a saúde bucal da população⁴.

Neste contexto, pode-se destacar a realização, também no ano de 1986, do primeiro levantamento de abrangência nacional na área da saúde bucal. O levantamento foi realizado na zona urbana em 16 capitais, com dados para as cinco macrorregiões, analisando-se a prevalência da cárie dentária, das doenças periodontais, da necessidade de prótese total e da procura por serviços odontológicos. Os resultados mostraram uma alta prevalência de cárie dentária aos 12 anos, utilizando-se o índice do número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-d), sendo que este índice médio evoluiu de 1,25 aos seis anos, para 3,61 aos nove anos, atingindo 6,65 aos 12 anos⁵.

Após o levantamento de 1986, realizaram-se novos levantamentos epidemiológicos nacionais de saúde bucal (1996, 2003 e 2010), sendo os realizados em 2003 e 2010 denominados de SBBrazil. A importância do SBBrazil 2003 está relacionada à análise metodológica detalhada e regionalizada das condições de saúde bucal da população, gerando

um diagnóstico que serviu de embasamento para a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no país⁶. A PNSB se configurou como a primeira política específica de saúde bucal no país, sendo estruturada a partir das diretrizes do SUS⁷, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção e práticas odontológicas até então existentes no país, consolidando-se com maior inserção da atenção em saúde bucal no SUS e ampliação de ações e serviços de saúde bucal⁸.

Nesta perspectiva, o SBBrasil 2010 constitui-se como parte integrante do processo histórico expandido e aprofundado do SBBrasil 2003, o qual proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal do país. Assim, os dois projetos com moldes semelhantes, produziram dados que possibilitaram comparações entre 2003 e 2010 nas produções científicas se, ao mesmo tempo, consolidaram um delineamento metodológico que demarca o campo de atuação do componente de vigilância à saúde da PNSB⁹.

Vale ressaltar que na literatura há diferentes correntes teóricas-conceituais e metodológicas em relação ao campo das desigualdades sociais, com uma heterogenicidade de concepções e modelos teóricos em disputa que se reflete nas produções científicas da saúde. Neste contexto, para fins de análise deste estudo será utilizada a abordagem teórica conceitual de Breilh¹⁰ que define iniquidade como um processo injusto de poder; e desigualdade como uma consequência da iniquidade, ou seja, uma simples resultante. Complementando, as iniquidades em saúde são compreendidas como geradoras de desigualdades sociais eticamente inaceitáveis, decorrentes principalmente de estruturas sociais perversas e de políticas iníquas¹¹.

Nesta perspectiva, é imprescindível a distinção de iniquidade e desigualdade para que não ocorra redução ou desvio do olhar para os efeitos do processo saúde-doença bucal, ou seja, gerando diagnósticos de saúde bucal relacionados aos efeitos, desvinculado das condições estruturais de vida e os processos determinantes que atingem, principalmente, a população de maior vulnerabilidade social. Pode-se destacar a relação do conceito de iniquidade com a trajetória histórica da Saúde Pública e Medicina Social latino-americana desde as décadas de 1960/1970, propondo uma ruptura com os modos de produção e reprodução social que perpetuam privilégios econômicos e políticos, sendo essa a raiz das iniquidades em saúde, considerando o processo histórico da tripla dominação e exclusão de classe, etnia e gênero¹⁰.

Frente ao exposto, este estudo centrou-se em analisar a produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal no contexto do SBBrasil, trazendo para o debate reflexões sobre quais temáticas e abordagens teóricas-conceituais esta produção científica tem

trabalhado e como a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) se reflete nestes estudos, no sentido de contribuir com a construção crítica do campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) no Brasil.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem quali-quantitativa, na qual permite uma aproximação do pesquisador com a problemática de pesquisa, permitindo traçar um panorama sobre a produção científica analisada, de forma que possibilite conhecer a evolução do tema ao longo do tempo e oportunidades de pesquisas¹².

O método da revisão integrativa apresentou as seguintes etapas: definição do tema e seleção da questão da pesquisa, critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados – extração dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação da revisão¹².

Definição do tema e seleção da questão da pesquisa

A definição e seleção da questão de pesquisa norteou-se na seguinte pergunta: Como o SBBrasil tem sido abordado na produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal?

Foi realizada uma busca eletrônica das produções científicas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que possibilitou incluir várias bases de dados (Lilacs, Medline, BBO Odontologia, Coleção SUS, IBECs e outras), e, na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). As estratégias de busca foram:

- BVS: ti:(*"iniquidades sociais"* OR equidade OR desigualdades OR "SBBrasil") AND (odontolog* OR dentist* OR "saude bucal");
- SciELO: (*"iniquidades sociais"* OR equidade OR desigualdades OR "SBBrasil") AND (odontolog* OR dentist* OR "saude bucal").

Crêterios de inclusão e de exclusão

Para o estudo foram incluídas publica es nos idiomas português, inglês ou espanhol e com disponibilidade na versão integral. Fora excluídas as publica es repetidas/duplicadas nas diferentes bases de dados; os artigos cujo objeto de estudo não estabeleciam rela o com o tema sobre iniquidades sociais e saúde bucal no contexto do SBBrasil, bem como as teses, disserta es e monografias.

Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Considerando-se os levantamentos epidemiológicos de saúde bucal de 1986, 1996, 2003 e 2010, esta pesquisa bibliográfica centrou-se no SBBrasil integrado à PNSB, portanto, a busca bibliográfica foi realizada no período de 2003 a 2017.

Inicialmente todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram avaliados por meio de análise dos títulos e/ou resumos. Em publicações em que os títulos e resumos não foram suficientes para a seleção inicial, realizou-se a leitura dos textos na íntegra. Posteriormente, os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram recuperados para leitura do texto completo e nova avaliação quanto aos critérios de inclusão. Realizou-se uma leitura prévia dos textos completos, identificado alguns eixos temáticos para análise: objetivo do estudo, método, resultados e conclusão.

Categorização dos estudos selecionados – extração dos dados

Do total de estudos do SBBrasil selecionados, foram coletadas informações bibliográficas e metodológicas: ano de publicação, o periódico em que o estudo foi publicado, a filiação institucional do primeiro autor de cada estudo, o objeto do estudo/tema, o desfecho, as características socioeconômicas e demográficas, o ciclo de vida/faixa etária analisada no estudo e a utilização de conceitos relacionados ao tema (iniquidade, desigualdade, determinante, determinação). Em relação à informação coletada sobre filiação institucional do primeiro autor, presume-se que o primeiro autor seja o responsável do estudo, justificando a coleta deste dado.

Análise de dados

O método de análise de dados desta revisão foi a análise de conteúdo, que segundo Gomes¹³ é compreendida em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos dados e interpretação. A pré-análise é a etapa de seleção dos materiais e a definição dos procedimentos metodológicos. A exploração do material refere-se à implementação de tais procedimentos. Já o tratamento dos dados e a interpretação é a etapa de inferências e de resultados da pesquisa.

Neste estudo optou-se por realizar a análise temática com abordagem quali-quantitativa¹⁴.

Apresentação da revisão

Para sistematizar a análise dos estudos foi construído um quadro, descrito nos resultados. A análise das variáveis, ou seja, das informações bibliográficas e metodológicas, foram organizadas em planilha do programa Excel, sendo realizada a análise das frequências absoluta e relativa, expressas por meio de tabelas.

Resultados

Inicialmente, de um total de 380 produções científicas identificadas nas bases de dados, obteve-se na SciELO um total de 244 produções científicas e na BVS um total de 136. Posteriormente, foram excluídas 186 publicações repetidas/duplicadas nas bases de dados. Do total de 194 produções científicas, depois de revisão de títulos e resumos, foram selecionados 51 estudos. Após critérios de inclusão/exclusão, foram analisados 48 artigos relacionados ao objeto de estudo (figura 1).

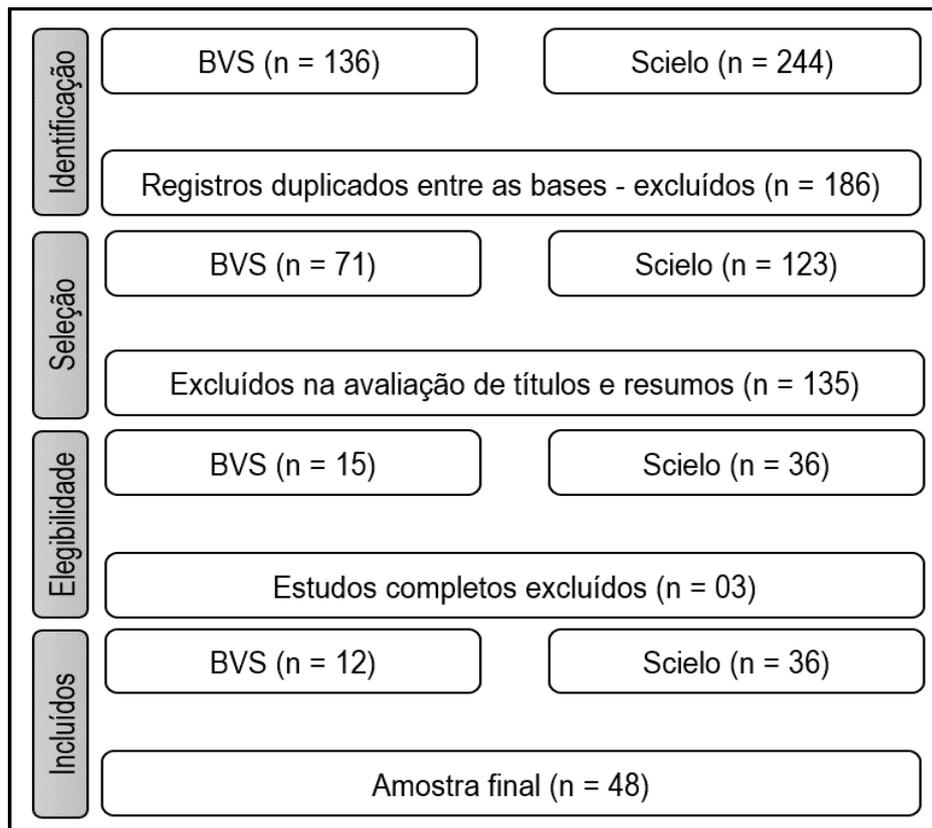


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção das produções científicas
Fonte: Elaboração própria.

As principais informações sobre os 48 artigos selecionados sobre iniquidades sociais no contexto do SBBrasil encontram-se descritas no quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos estudos selecionados segundo título, ano, autores e base de dados

n.º	Título	Ano	Autores	Base
01	Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SBBrazil 2003	2006	Matos & Lima-Costa ¹⁵	BVS
02	Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil	2006	Antunes et al. ¹⁶	SciELO
03	Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social	2006	Narvai et al. ¹⁷	SciELO
04	Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil	2007	Frias et al. ¹⁸	SciELO
05	Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003)	2007	Barbato et al. ¹⁹	SciELO
06	Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros	2007	Martins et al. ²⁰	SciELO
07	Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SBBrazil 2002-2003	2008	Borges et al. ²¹	BVS
08	Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico	2008	Tobias et al. ²²	SciELO
09	Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents	2009	Bastos et al. ²³	SciELO
10	Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional	2009	Barbato & Peres ²⁴	SciELO
11	Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil	2010	Freire et al. ²⁵	SciELO
12	Autopercepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros	2012	Braga et al. ²⁶	SciELO
13	Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil	2012	Guiotoku et al. ²⁷	SciELO
14	Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira	2012	Pinto et al. ²⁸	SciELO
15	Pesquisa sobre condições de saúde bucal da população brasileira (Projeto SBBrazil 2003): determinação dos pesos amostrais e das informações estruturais da amostra	2012	Queiroz et al. ²⁹	BVS
16	Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância	2012	Roncalli et al. ³⁰	SciELO
17	Aspectos metodológicos do Projeto SBBrazil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde	2012	Roncalli et al. ³¹	BVS
18	Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes paulistas	2013	Sousa et al. ³²	SciELO
19	Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes	2013	Peres et al. ³³	SciELO
20	Padrão epidemiológico das oclusopatias muito graves em adolescentes brasileiros	2013	Peres et al. ³⁴	SciELO
21	Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010	2013	Peres et al. ³⁵	SciELO
22	Prevalência e extensão da cárie dentária radicular em adultos e idosos brasileiros	2013	Marques et al. ³⁶	SciELO
23	Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível	2013	Vettore et al. ³⁷	BVS
24	Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil	2013	Vale et al. ³⁸	SciELO
25	Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética	2013	Costa et al. ³⁹	SciELO
26	Reflexões metodológicas sobre prevalência da fluorose dentária nos inquéritos de saúde bucal	2013	Freitas et al. ⁴⁰	SciELO
27	Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010	2013	Freire et al. ⁴¹	SciELO
28	Cárie dentária em escolares de Goiânia no período de 1988 a 2010: tendência e desigualdades	2013	Oliveira et al. ⁴²	BVS
29	Fatores individuais e contextuais associados à má oclusão em crianças brasileiras	2013	Brizon et al. ⁴³	SciELO
30	Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil	2013	Ardenghi et al. ⁴⁴	SciELO
31	Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros	2013	Ferreira et al. ⁴⁵	SciELO
32	A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrazil)	2013	Antunes et al. ⁴⁶	BVS

Fonte: Elaboração própria.

Continua...

Quadro 1 – Descrição dos estudos selecionados segundo título, ano, autores e base de dados (continuação)

nº.	Título	Ano	Autores	Base
33	Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil	2013	Moysés et al. ⁴⁷	SciELO
34	Responsabilidade ética no SBBrasil 2010 sob o olhar dos gestores do inquerito populacional	2013	Andrade et al. ⁴⁸	BVS
35	Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde	2013	Andrade et al. ⁴⁹	SciELO
36	Plano amostral, ponderação e efeitos do delineamento da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal	2013	Silva & Roncali ⁵⁰	SciELO
37	Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil	2014	Bueno et al. ⁵¹	SciELO
38	Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório	2015	Aguiar et al. ⁵²	SciELO
39	Oral impacts on the daily performance of Brazilians assessed using a sociodental approach: analyses of national data	2015	Prado et al. ⁵³	SciELO
40	As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras	2015	Silva et al. ⁵⁴	BVS
41	Fatores associados à concordância entre autopercepção e avaliação clínica da necessidade de tratamento dentário em adultos do Brasil e de Minas Gerais	2016	Nascimento et al. ⁵⁵	SciELO
42	Eticidade da calibração in vivo em inquéritos de saúde bucal	2016	Andrade et al. ⁵⁶	SciELO
43	Fatores individuais associados à má oclusão em adolescentes	2017	Rebouças et al. ⁵⁷	SciELO
44	Association of adverse oral health outcomes with socioeconomic inequalities and dental needs in Brazilian adolescents	2017	Figueiredo et al. ⁵⁸	SciELO
45	Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados	2017	Azevedo et al. ⁵⁹	BVS
46	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010): que propõem os coordenadores para futuros inquéritos?	2017	Soares et al. ⁶⁰	BVS
47	O processo de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBRASIL 2010) na perspectiva dos coordenadores do inquérito	2017	Soares et al. ⁶¹	BVS
48	Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal	2017	Andrade et al. ⁶²	SciELO

Fonte: Elaboração própria.

Em relação às características bibliográficas, quanto ao ano de publicação observou-se o aumento de artigos publicados de 2006 a 2017, conforme tabela 1, sendo que o período de 2010-2013, foi o que concentrou maior número de publicações relacionadas ao SBBrasil (54,2%), ressaltando-se o ano de 2013 (19 publicações). Vale destacar que no período de 2003 a 2005, não foram encontrados estudos relacionados ao SBBrasil.

Tabela 1 – Proporção de estudos segundo características bibliográficas e metodológicas no período de 2006 a 2017

Características		N	%
Ano de Publicação	2006-2009	10	20,8
	2010-2013	26	54,2
	2014-2017	12	25,0
Periódico	Revista de Saúde Pública	18	37,5
	Cadernos de Saúde Pública	10	20,8
	Ciência & Saúde Coletiva	6	12,5
	Revista Panamericana de Salud Publica	6	12,5
	Revista Brasileira de Epidemiologia	4	8,3
	<i>Brazilian Oral Research</i>	1	2,1
	Interface - Comunicação, Saúde, Educação	1	2,1
	Saúde em Debate	1	2,1
	Revista Odontológica do Brasil Central - ROBRAC	1	2,1
Instituição de filiação do 1º autor	Universidade de São Paulo	5	10,4
	Fundação Oswaldo Cruz	4	8,3
	Universidade de Brasília	4	8,3
	Universidade de Santa Catarina	4	8,3
	<i>University of Adelaide</i> – Austrália	3	6,2
	Universidade Federal de Goiás	3	6,2
	Pontifícia Universidade Católica do Paraná	3	6,2
	Universidade Federal de Minas Gerais	2	4,2
	Universidade Federal do Rio Grande do Norte	2	4,2
	Universidade Estadual de Montes Claros	2	4,2
	Universidade Federal de Pelotas	2	4,2
	Outros	12	25,0
População analisada por ciclo de vida/faixa etária	Crianças de 5 anos	2	4,2
	Crianças de 12 anos	8	16,7
	Adolescentes (15-19 anos)	9	18,8
	Adultos (35-44 anos)	8	16,7
	Idosos (65-74 anos)	3	6,3
	Dois ou mais ciclos de vida (adolescentes, adultos e idosos)	5	10,4
	Todos os ciclos de vida	5	10,4
	Não analisou por ciclo de vida (conceitual/metodológico)	8	16,7
Local de realização do estudo (macrorregião)	Nacional	38	79,2
	Sudeste	3	6,3
	Centro-Oeste	2	4,2
	Nordeste	1	2,1
	Norte	1	2,1
	Duas ou mais macrorregiões	3	6,3
Tipos de estudos	Transversal	38	66,7
	Revisão	3	6,3
	Qualitativo	3	6,3
	Ecológico	2	4,2
	Estudo de Caso	1	2,0
	Não descrito	7	14,6
Total		48	100

Fonte: Elaboração própria.

Os estudos foram publicados em diferentes periódicos, sendo as maiores proporções na Revista de Saúde Pública (37,5%), posteriormente no Cadernos de Saúde Pública (20,8%) e Ciência & Saúde Coletiva (12,5%). Os primeiros autores estavam vinculados a diferentes universidades, com maior proporção na Universidade de São Paulo (10,4%), conforme tabela 1.

Em relação às características metodológicas, quanto à população analisada nos estudos do SBBrasil, observou-se uma abrangência de todos os ciclos de vida: criança (5 e 12 anos), adolescente (15 a 19 anos), adulto (35 a 44 anos) e idoso (65 a 74 anos). Do total (48) de artigos publicados: 18,8% analisaram os adolescentes, seguido de 16,7% que analisaram adultos e crianças de 12 anos, 10,4% dos artigos analisaram todas as faixas etárias e dois ou mais ciclos de vida (adultos e idosos; adolescentes, adultos e idosos), 6,3% os idosos e 4,2% as crianças de 5 anos.

Quanto ao local de realização do estudo, observou-se que 79,2% dos estudos (n = 38) são de abrangência nacional, seguido de publicações científicas na Região Sudeste (6,3%), Centro-Oeste (4,2%), Nordeste (2,1%), Norte (2,1%) e não houve publicações na Região Sul no período analisado. Vale ressaltar que três estudos (6,3%) analisaram duas ou mais macrorregiões do país.

Quanto ao desenho metodológico, observou-se que a maior parte dos estudos apresentaram delineamento transversal (79,2%). Este tipo de estudo tem foco em populações bem definidas, com amostras representativas, sendo importantes para subsidiar a avaliação e monitoramento de políticas públicas de saúde, pois permitem a construção de uma série histórica de dados de saúde, reconhecendo os grupos mais vulneráveis.

Em relação aos aspectos conceituais relacionados ao campo das desigualdades sociais, observou-se que 79,2% (38) dos artigos citaram pelo menos uma vez os termos “desigualdade”, “iniquidade”, “determinantes” e/ou “determinação” nas palavras-chaves ou ao longo do texto, sendo que o termo “desigualdade” foi citado em 72,9% (35) dos artigos, o termo “iniquidade” em 39,6% (19), “determinante” em 39,6% (19) e “determinação” em 10,4% (5). Do total de artigos, 14,6% (7) conceituaram ou definiram pelo menos um dos termos “desigualdade/iniquidade/determinantes/determinação”.

A tabela 2 mostra os desfechos e as principais exposições analisadas nos estudos desta revisão, sendo que a cárie/perda dentária foi o desfecho mais utilizado. Em relação às variáveis de exposições socioeconômicas e demográficas, o sexo/gênero, idade/faixa etária, renda, raça/cor e escolaridade foram as mais frequentes. Outros indicadores compostos foram utilizados nos estudos: índice de desenvolvimento humano (IDH), índice de Gini e outros.

Tabela 2 – Principais desfechos e variáveis de exposições socioeconômicas e demográficas utilizados nos estudos, de 2006 a 2017

	Variáveis	N	%
Desfechos*	Cárie/perda dentária	15	31,3
	Autopercepção e impactos na saúde bucal	6	12,5
	Mais de uma condição de saúde-doença bucal	4	8,3
	Utilização dos serviços odontológicos	3	6,3
	Oclusão dentária	3	6,3
	Edentulismo (uso e necessidade de prótese)	2	4,2
	Condição Periodontal	1	2,1
	Fluorose	1	2,1
	Morbidade dentária referida (dor dentária)	1	2,1
	Conceituais/metodológicos (não analisaram por condição de saúde-doença bucal)	12	25,0
Exposições socioeconômicas e demográficas*	Sexo/Gênero	27	56,3
	Idade/faixa etária	25	52,1
	Renda	24	50,0
	Cor/Raça/Etnia	22	45,8
	Escolaridade	17	35,4
	Localização da residência (urbana ou rural)	11	22,9
	Fluoretação da água de abastecimento nos municípios	7	14,6
	Tipos de serviços de saúde (público/privado)	5	10,4

*Um estudo pode apresentar mais de um desfecho e/ou exposição, portanto não soma 48.

Fonte: Elaboração própria.

Os temas/objetos de estudo mais frequentes no período de 2006 a 2017 foram: condições de saúde-doença bucal (52,1%), aspectos metodológicos do SBBrasil (25,0%), autopercepção e impactos na qualidade de vida (12,5%), utilização dos serviços odontológicos (6,3%) e raça e condições de saúde-doença bucal (4,2%). A tabela 3 demonstra a proporção de artigos segundo tema e período de publicação.

Tabela 3 – Proporção de artigos, segundo tema/objeto de estudo e período de publicação

Temas/Objetos de Estudo	Período		2006 a 2009		2010 a 2013		2014 a 2017		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Condições de saúde-doença bucal	7	70,0	12	46,2	6	50,0	25	52,1		
Aspectos metodológicos do SBBrasil	0	0,0	8	30,8	4	33,3	12	25,0		
Autopercepção e impactos na qualidade de vida	1	10,0	3	11,5	2	16,7	6	12,5		
Utilização dos serviços odontológicos	1	10,0	2	3,8	0	0,0	3	6,3		
Raça e condições de saúde-doença bucal	1	10,0	1	3,8	0	0,0	2	4,2		
Total	10	100,0	26	100,0	12	100,0	48	100,0		

Fonte: Elaboração própria.

Vale ressaltar que a partir de 2006 foram publicados artigos que analisaram os dados do SBBrazil 2003, e em 2012 aqueles relacionados ao SBBrazil 2010. Outro aspecto importante é que os artigos foram agrupados por período (2006 a 2009, 2010 a 2013 e 2014 a 2017) com o intuito de apresentar uma perspectiva temporal de comparação quantitativa e qualitativa da produção sobre o tema, conforme Tabela 3. A partir da leitura dos artigos selecionados emergiram as seguintes categorias temáticas sobre iniquidades sociais em saúde bucal no contexto do SBBrazil: Condições de saúde-doença bucal; Aspectos metodológicos do SBBrazil; Autopercepção e impacto na qualidade de vida; Utilização dos serviços odontológicos, e; Raça e condições de saúde bucal.

Condições de saúde-doença bucal

Esta temática apresentou o maior número de estudos com 52,1% (25), principalmente no período 2010 a 2013, mostrando uma redução da prevalência de cárie no Brasil ao comparar os dados do SBBrazil 2003 e 2010, principalmente em crianças de 12 anos, adolescentes e adultos jovens^{39,54}, constatando-se a partir de 2003 ações protetoras do Estado, como adoção de critérios de equidade na destinação dos recursos da saúde e inclusão de populações em vulnerabilidade³⁹. Além disso a fluoretação da água de abastecimento público contribuiu de forma expressiva na diminuição na prevalência da cárie dentária no Brasil, considerada uma importante ação intersetorial da PNSB para a redução das desigualdades sociais⁵⁴. Porém, ainda há desigualdades regionais principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste que apresentam maior carga da doença, e ainda desigualdades no acesso à água fluoretada^{39,41,54}.

Em relação às demais condições de saúde-doença bucal como a doença periodontal (DP), oclusopatias e fluorose, um estudo³⁷ mostrou que a prevalência da DP na população adulta brasileira variou conforme o município, sendo de 15,3% para condição “moderada a grave” e 5,8% para a “grave”, sendo que adultos de cor parda, idade mais avançada, sexo masculino, menor renda e escolaridade apresentavam mais chances de desenvolverem a doença, em ambas condições investigadas. Outro aspecto observado foi que a renda foi independentemente associada com a DP “grave” e o percentual de fumantes associado com a doença “moderada a grave”. Outro estudo⁵⁷ sobre a má oclusão e fatores associados em adolescentes brasileiros mostrou uma prevalência de 17,5% da doença na forma severa e muito severa, sendo que os pretos/pardos, com menor renda familiar e mais dentes anteriores e posteriores perdidos por cárie tinham maior chance de apresentarem má oclusão.

Dessa forma, observou-se nesta categoria temática desde estudos que procuraram retratar os desafios na redução das disparidades socioeconômicas e ações de saúde pública dirigidas aos grupos mais vulneráveis, destacando-se a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal realizada em 2004 que possibilitou de formulação e apresentação de propostas sobre saúde bucal¹⁷ até análise sobre a interface entre o processo saúde-doença bucal e políticas públicas, com estudos^{39,44,54} que medidas de âmbito populacional são importantes para o controle das doenças bucais, voltadas principalmente à população mais vulnerável, sendo um dos avanços da PNSB a ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público.

Com o objetivo de compreender como a saúde-doença bucal está influenciada por condições sociais e políticas públicas, Bueno et al.⁵¹ estudaram a correlação entre o Índice Determinantes Sociais de Saúde Bucal (DSSB) e indicadores de desfechos em saúde bucal em adultos das capitais brasileiras, a partir dos dados do SBBrasil 2010. Os resultados mostraram que o componente equidade social apresentou uma associação estatisticamente significativa com a perda dentária, dentes restaurados e Índice de Cuidados Odontológicos, concluindo que a equidade na construção de políticas públicas pode reduzir as iniquidades sociais e regionais na saúde bucal, dependendo de ações sobre os determinantes sociais como a expansão da cobertura de fluoretação da água de abastecimento público e a melhoria das condições de vida em todo o país.

Aspectos metodológicos do SBBrasil

Nesta categoria temática, observou-se que 25,0% (n = 12) dos estudos estavam relacionados ao debate sobre aspectos de delineamento/plano de amostragem, metodológicos, monitoramento e avaliação do SBBrasil.

De modo geral, esta temática abordou desde estudos sobre o plano amostral, ponderação e efeitos do delineamento⁵⁰, metodológicos³¹, responsabilidade ética^{48,56,62} até estudos que relataram as dificuldades que emergiram na prática profissional no SUS ao realizar a coleta de dados do inquérito SBBrasil 2010, evidenciando-se limitações relacionadas ao modelo biomédico hegemônico predominante no sistema de saúde brasileiro desde os anos de 1970. Este modelo se reproduz nos serviços públicos odontológicos, operando com uma compreensão biológica do processo saúde-doença, voltado para a assistência individual e no âmbito da clínica, descontextualizado do conjunto de problemas e necessidades da população como um todo, ajustado ao modo de produção vigente, gerando iniquidades sociais, conforme retratado no estudo de Andrade & Narvai⁵⁶.

Autopercepção e impacto na qualidade de vida

Outra temática com 12,5% (n = 6) dos estudos foi a autopercepção e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, com estudos mostrando que a vigilância em saúde bucal, por meio do SBBrasil 2010, incorporou de forma pioneira no país a coleta de informações que permitiram analisar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos brasileiros. Conforme retratado por Peres et al.³³ adolescentes brasileiros relataram alto impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida, sendo que a média do impacto negativo foi maior no sexo feminino, nos pardos, amarelos e indígenas, nos adolescentes com menor escolaridade, com renda familiar até R\$ 500,00, com quatro ou mais lesões de cáries não tratadas, uma ou mais perdas dentárias, com dor de dente e com oclusopatia classificada como grave e muito grave. O estudo³³ apontou a necessidade de programação de medidas de prevenção, monitoramento e atenção à saúde bucal nos grupos de maior vulnerabilidade e impacto na qualidade de vida.

Corroborando nesta mesma temática, Prado et al.⁵³ analisaram adultos e idosos brasileiros em relação às condições de saúde bucal e seu impacto no desempenho diário, com a utilização de dados do SBBrasil 2010. Os resultados mostraram a influência da menor escolaridade no impacto no desempenho diário de adultos. Os autores também encontraram uma associação estatisticamente significativa entre os impactos na saúde bucal, etnia e macrorregião do país, sendo que podem estar relacionadas à concentração de renda no país, historicamente maior no Sul e Sudeste. Adultos e idosos que associaram insatisfação com as condições de saúde bucal, dor de dente e necessidade de prótese dentária apresentaram maior prevalência de interferência na qualidade de vida diária.

Utilização dos serviços odontológicos

A quarta temática abordou a utilização dos serviços odontológicos com 6,3% dos estudos, apresentando pesquisas que utilizaram os dados do SBBrasil 2003 para analisar a saúde bucal de adultos. Conforme destacado por Pinto²⁸ há necessidades acumuladas de tratamento da população adulta atendida pelo serviço público, refletindo a histórica segregação desse segmento populacional da atenção à saúde bucal no Brasil, trazendo desafios para as transformações recentes do cenário da atenção em saúde bucal no país, como a integração da saúde bucal à Estratégia Saúde da Família (ESF), a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), bem como a fluoretação da água de abastecimento público. Martins et al.²⁰ analisaram o uso de serviços odontológicos entre idosos, demonstrando que a prevalência de uso de serviço odontológico no último ano foi 26,6% em dentados e 10,4% em edentados,

respectivamente, e que o uso de serviços odontológicos foi menor entre os que mais necessitavam.

Ferreira et al.⁴⁵, com os dados do SBBrasil 2010, mostraram que 46,5% dos idosos utilizaram o serviço odontológico nos dois anos anteriores ao estudo, sendo que idosos com menos de 21 dentes apresentaram menor prevalência de uso recente de serviços odontológicos, concluindo que ainda há iniquidades entre idosos quanto ao uso recente dos serviços odontológicos, associada a fatores socioeconômicos (escolaridade, renda e macrorregião do país) e a medidas clínicas de saúde bucal (número de dentes, uso e necessidade de prótese e necessidade de tratamento).

Raça e condições de saúde bucal

A temática raça e condições de saúde-doença bucal foi analisada como foco central em dois estudos que utilizaram dados do SBBrasil 2003, o que remete à necessidade de mais estudos que possam contribuir com a produção de informações epidemiológicas sobre a população negra no Brasil. Bastos et al.²³ demonstrou que os adolescentes da região Sudeste apresentaram melhores condições de saúde bucal em relação às demais regiões do país, porém demonstrou desigualdades por cor/raça em todos os desfechos investigados, com piores condições em pardos ou pretos, dependendo da condição de saúde bucal investigada, o que demonstra a necessidade de expansão de ações voltadas para diminuir as desigualdades à saúde bucal dos adolescentes brasileiros.

Corroborando com esses resultados, Guiotoku et al.²⁷ 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, concluindo que o perfil de desenvolvimento humano, a distribuição de renda e políticas de saúde desempenham papel essencial na caracterização de grupos mais vulneráveis.

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que o SBBrasil têm sido objeto de investigação nacional e internacional no campo das iniquidades sociais em saúde bucal, evidenciando-se o aumento da produção científica brasileira sobre a temática, principalmente no período de 2010 a 2013, com 79,2% dos estudos de abrangência nacional, o que remete à importância dos dados do SBBrasil que potencializaram a produção de estudos sobre iniquidades sociais em todo o país, abrangendo a situação da saúde bucal das capitais e municípios do interior. Os

artigos foram publicados em nove diferentes periódicos de abrangência nacional e internacional, sendo a maior proporção na Revista de Saúde Pública e a instituição com programa de pós-graduação em Saúde Coletiva que mais publicou foi a Universidade de São Paulo (10,4%), seguido da Fundação Oswaldo Cruz, Universidade de Brasília e Universidade de Santa Catarina, sendo que as três apresentaram o mesmo percentual de 8,3%.

Em relação ao conteúdo/tema abordado pelos autores, os resultados mostraram maior proporção de estudos (52,1%) sobre as condições de saúde-doença bucal, principalmente no período de 2010 a 2013^{25,32,33,35-37,39-44}. Outros temas, 25,0% analisaram aspectos metodológicos do SBBrazil, 12,5% analisaram a autopercepção e impactos da saúde bucal na qualidade de vida, 6,3% a utilização dos serviços odontológicos e em menor proporção 4,2% analisaram raça e condições de saúde-doença bucal, como tema central do objeto de estudo.

No Brasil, o campo das iniquidades sociais em saúde bucal tem sido objeto de estudos e pesquisas, principalmente após os últimos levantamentos epidemiológicos nacionais de saúde bucal, SBBrazil 2003 e 2010. Roncalli et al.³⁰ analisaram as principais características dos levantamentos nacionais de saúde bucal, sendo que o primeiro levantamento realizado em 1986 estava vinculado ao Programa de Prevenção de Cárie Dentária (PRECAD), porém sem continuidade. O segundo levantamento em 1996 não apresentava política de saúde bucal definida e articulada ao levantamento, também sem continuidade. A partir das últimas pesquisas do SBBrazil realizadas em 2003 e 2010, estas apresentaram-se articuladas e inseridas a uma política específica de saúde bucal, a PNSB.

Dessa forma, a partir da implementação do SBBrazil 2003, observou-se uma produção científica sobre o tema iniquidades sociais que não se limitou à dimensão biológica da saúde-doença bucal, inserindo a discussão do impacto e desafios da PNSB sobre as iniquidades sociais, principalmente em relação à ampliação da atenção especializada no país.

Entre os estudos que evidenciaram a necessidade de expansão dos CEO e dos LRPD nos municípios, uma pesquisa⁵⁹ mostrou uma prevalência do uso de prótese dentária de 78,2% e de necessidade de prótese de 68,7% entre aproximadamente 3/4 dos idosos brasileiros, sendo que permaneceu alta a ocorrência de perdas dentárias desde o SBBrazil 2003, com diferenças entre as macrorregiões associadas a características socioeconômicas, demográficas e de uso de serviços. Observou-se diferenças significativas entre as regiões Sul e Nordeste, sendo que a Nordeste apresentou a menor prevalência de uso e a maior necessidade de prótese, mostrando que as desigualdades ainda permanecem. Os autores⁵⁹ ressaltaram que os próximos levantamentos epidemiológicos nacionais de saúde bucal poderão avaliar melhor o impacto da PNSB sobre o contexto das iniquidades.

Outro estudo⁵² que relacionou dados da PNSB com indicadores epidemiológicos do SBBrasil, comparou os indicadores epidemiológicos e de necessidade de reabilitação protética com o número de LRPD e Técnicos em Prótese Dentária (TPD) nas cinco regiões brasileiras, entre 2012 e 2013. Os resultados mostraram que houve diferença estatisticamente significativa entre as regiões em relação às taxas de LRPD, TPD e de próteses. Além disso, a maior necessidade de prótese total foi registrada na região Norte, porém, a mesma foi a mais baixa na entrega de próteses. Os autores⁵² ressaltaram que os LRPD são componentes de grande importância para a integralidade da atenção à saúde bucal no SUS no sentido de reverter uma condição histórica e complexa como a perda dentária.

Historicamente, o acúmulo de estudos e pesquisas voltadas exclusivamente aos grupos etários de crianças e adolescentes reproduz aspectos do modelo biomédico, direcionado a faixa etária escolar. Porém, a partir de 2003 os levantamentos epidemiológicos nacionais de saúde bucal não se concentraram na avaliação de escolares de seis a 12 anos conforme ocorrido no ano 1996⁶³, expandindo as avaliações para todas as linhas de cuidado/grupos etários (saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso) e integrado à implantação da PNSB em 2004³¹.

Neste contexto, os resultados desta revisão mostraram estudos sobre iniquidades sociais que analisaram também a saúde do adulto e do idoso^{15,19,20,26-28,33,36-38,45,51-53,55,59} não se concentrando exclusivamente na saúde da criança e do adolescente, o que remete à importância do SBBrasil para analisar iniquidades sociais para além da faixa etária escolar e ainda, a necessidade de expansão dos serviços de saúde bucal especializados nos municípios do país, com ênfase no CEO e LRPD, que possam atender às necessidades bucais da população adulta e idosa.

Com relação à abordagem teórica conceitual, observou-se que a maior parte da produção científica analisada utilizou, indistintamente, os conceitos de desigualdade/iniquidade, assim como determinantes/determinação, sendo que somente 14,6% dos artigos conceituaram os termos mencionados. Então, os resultados mostraram uma lacuna neste debate, uma vez que há distintas definições e abordagens teóricas conceituais, bem como interpretações de como estas categorias se desenvolvem no âmbito de uma estrutura de poder na qual convergem situações de classe, gênero e étnico-raciais¹⁰.

Entre os autores utilizados, dois artigos^{51,55} conceituaram “determinantes sociais da saúde” a partir da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), bem como dois artigos^{39,49} conceituaram a partir de autores latino-americanos como Laurell e

Barata. Em relação ao conceito de desigualdade/iniquidade, observou-se autores^{17,43,44} citando pesquisadores como Whitehead, Peres e Marmot.

De forma complementar, a maior parte da produção científica não explicitou a abordagem teórica metodológica, descrita somente em 8,3% das publicações: modelo de Andersen & Davidson²⁰ e de Andersen & Newman²⁸ para analisar desigualdades na utilização dos serviços odontológicos, bem como o modelo teórico de Dahlgren & Whitehead⁵³ e abordagem da Bioética da Proteção³⁹. Dessa forma, observou-se que 77,1% da produção teórica não explicitou a abordagem conceitual e/ou metodológica utilizada.

Entre os indicadores de saúde bucal analisados pela produção científica de 2006 a 2017, observou-se que a cárie e perda dentária foram os desfechos mais utilizados, conforme retratado no estudo³⁵ sobre as perdas dentárias em adolescentes, adultos e idosos brasileiros, comparando os dados do SBBrasil 2010 e 2003, que evidenciou significativa redução de perdas dentárias entre adolescentes (de 38,9% para 17,4%) e adultos (média de dentes perdidos diminuiu de 13,5 para 7,4), porém estabilidade do edentulismo entre idosos, com aproximadamente 54,0% nos dois levantamentos. Apesar da redução significativa das perdas dentárias, persistiram desigualdades entre os grupos sociais mais vulneráveis, com maior perda dentária no sexo feminino, entre pardos e negros e entre grupos de menor renda e escolaridade e ainda persistem desigualdades regionais, principalmente nas capitais e interiores das regiões Norte e Nordeste, o que indica que existe diferença da cobertura de medidas preventivas de caráter populacional, como a fluoretação de águas, e ainda no uso e no acesso aos serviços de saúde bucal³⁵.

Nesta perspectiva, as iniquidades sociais não estão presentes apenas entre as macrorregiões do país, conforme apontado no estudo de Ardenghi et al.⁴⁴ que, a partir dos dados do SBBrasil 2010, mostrou uma prevalência de cárie não tratada de 48,2% em crianças de cinco anos, com distribuição geográfica desigual que variou de 27,0% no Rio de Janeiro a 68,9% nas cidades do interior da Região Nordeste. Dessa forma, apesar da redução em comparação ao SBBrasil 2003, observou-se uma alta prevalência de cárie não tratada mostrando a necessidade de ações de proteção à saúde bucal infantil e de fluoretação das águas de abastecimento público para os municípios que ainda não implementaram, além disso o contexto epidemiológico da cárie foi pior entre crianças residentes nas regiões mais pobres, principalmente Norte e Nordeste, entre crianças pretas e pardas e aquelas com renda familiar mais baixa.

Dessa forma, apesar dos avanços na redução da prevalência da cárie no país expressos pela comparação entre o SBBrasil 2003 e 2010, os estudos desta revisão mostraram que ainda

há iniquidades regionais na distribuição da cárie dentária e perda dentária, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e na população de maior vulnerabilidade social, expressa por menor escolaridade, menor renda e piores condições de vida^{39,41,44,54}, o que remete à necessidade de compreender a interface entre a determinação social e o processo saúde-doença bucal, sendo necessário medidas econômicas e sociais mais abrangentes, voltadas para redução da exclusão social, especialmente para as populações mais vulneráveis^{17,54}.

Vale ressaltar os avanços na ampliação da atenção à saúde bucal no SUS diante de contextos históricos de exclusão da população ao direito à saúde bucal, destacando-se as estratégias propostas a partir das diretrizes da PNSB em 2004 que orientam para a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção, com a ampliação e qualificação da atenção básica, a implantação e ampliação dos CEO e LRPD, a fluoretação das águas de abastecimento público e a vigilância em saúde por meio do SBBrazil⁷. Porém, ainda há desafios no sentido de compreender a determinação social dos processos de saúde-doença bucal e os limites no âmbito dos serviços e das práticas de saúde bucal, principalmente em contextos de profundas iniquidades sociais.

Em relação às características metodológicas, 66,7% dos estudos apresentaram delineamento transversal. Em relação aos estudos transversais, também denominados de seccionais, de prevalência ou levantamentos epidemiológicos, Roncalli et al.³⁰ ressaltaram que são importantes ferramentas no campo da vigilância em saúde tanto no âmbito da produção científica acadêmica quanto no uso em serviços de saúde, contribuindo no monitoramento das condições de saúde e sistemas, porém é imprescindível que o SBBrazil esteja inserido no eixo da vigilância em saúde da PNSB. Ademais, observou-se 6,3% dos estudos^{49,56,62} com abordagem metodológica qualitativas sobre questões éticas relacionadas ao SBBrazil 2010, e ainda, um estudo de caso³⁹ que apresentou como suporte analítico a Bioética da Proteção.

Conclusão

A partir da implementação do SBBrazil, constatou-se claramente o aumento da produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal, principalmente de 2010-2013, com a maioria dos estudos de abrangência nacional, o que remete à importância dos dados do SBBrazil que potencializaram a produção de estudos na área de vigilância em saúde bucal em todo o país, incluindo as condições de saúde bucal das capitais e os municípios do interior.

Vale ressaltar que os estudos não se limitaram à dimensão biológica do processo saúde-doença bucal, inserindo a discussão do impacto e desafios da PNSB sobre as

iniquidades sociais no país, principalmente em relação à ampliação da atenção especializada nos municípios, com ênfase no CEO e LRPD. É necessário destacar que a PNSB reorganizou a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e estimulou a expansão de medidas populacionais, com destaque para a fluoretação das águas de abastecimento público.

Dessa forma, há necessidade de mais pesquisas sobre o SBBrasil e a PNSB, incluindo questões complexas como a dor de dente e o uso e a necessidade de prótese, com ênfase na mutilação dentária que constitui um enorme desafio para a PNSB, no sentido de garantir a inclusão social de adultos e idosos edêntulos. Essa situação é resultado de modelos assistenciais historicamente centrados nas práticas odontológicas individuais e mutiladoras, ou seja, técnicas de intervenção sobre as doenças bucais que foram incorporadas e aceitas como naturalmente inevitáveis, o que reflete a naturalização das iniquidades sociais do processo saúde-doença bucal.

Este estudo trouxe reflexões para o campo da saúde bucal coletiva sobre a necessidade de acompanhamento da evolução das condições de saúde bucal da população brasileira e do impacto da PNSB, principalmente sobre a população mais vulnerável, destacando-se o eixo da vigilância em saúde bucal, para que possa dar respostas efetivas às necessidades sociais da população, o que pressupõe a garantia de acesso a todos os níveis de atenção à saúde bucal do SUS, garantindo o direito à saúde bucal.

Referências

1. Frazão P, Narvai PC, Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate*. 2009;33(81):64-71.
2. Vianna MI, Paim J. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. In: Chaves SCL. (Org.). *Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática*. Salvador: Edufba; 2016. p. 79-116.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal. Brasília: MS; 1986.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Ministério da Saúde; 1988.

6. Roncalli A. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):105-14.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – Resultados principais. Brasília; 2004.
8. Lucena EHG, Pucca JR GA, Sousa MF. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva*. 2011;5(3):53-63.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006.
11. Almeida-Filho N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*. 2009;33(83):349-70.
12. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestao e Sociedade*. 2011;5(11):121-36
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. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
15. Matos, DL, Lima-Costa, MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SBBrasil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006;22(8):1699-707.
16. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(1):79-87.
17. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(6):385-93.
18. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;22(4):279-85.

19. Barbato, PR, Nagano, HCM, Zanchet, FN, Boing, AF, Peres, MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1803-14.
20. Martins, AMEBL, Barreto, SM, Pordeus, IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;22(5):308-16.
21. 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 SBBrazil 2002-2003. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(8):1825-34.
22. 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(4):608-18.
23. 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(3):313-24.
24. Barbato PR, Peres MA. Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(1):13-25.
25. 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(2):86-91.
26. Braga, APG, Barreto, SM, Martins, AMEBL. Autopercepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(5):889-904.
27. Guiotoku, SK, Moysés, ST, Moysés, SJ, França, BHS, Bisinelli, JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2012;31(2):135-41.
28. Pinto RS, Loyola Filho AI, Matos DL. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(2):531-44.
29. Queiroz et al. Pesquisa sobre Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SBBrazil 2003): determinação dos pesos amostrais e das informações estruturais da amostra. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(2):239-55.
30. Roncalli AG, Peres KG, Côrtes MIS. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(supl):58-68.

31. Roncalli, AG, Nascimento AC, Silva NN, Cortes MIS, Peres MA, Moura L, et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(supl):40-57.
32. Sousa MLR, Rando-Meirelles MPM, Tôres LHN, Frias AC. Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes paulistas. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):50-8.
33. Peres KG, Vettore MV, Cortes MIS, Leão ATT, Cascaes AM. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada a saúde bucal em adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):19-28.
34. Peres KG, Frazão P, Roncalli AG. Padrão epidemiológico das oclusopatias muito graves em adolescentes brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):109-17.
35. 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(supl. 3):78-89.
36. Marques RAA, Antunes JLF, Sousa MLR, Peres MA, Frazao P. Prevalência e extensão da carie dentaria radicular em adultos e idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl.3):59-68.
37. Vettore MV, Marques RAA, Peres MA. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):29-39.
38. Vale, EB, Mendes, ACG, Moreira, RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):98-108.
39. Costa SM, Abreu MHNG, Vasconcelos M, Lima RCGS, Verdi M, Ferreira EF. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2013;18(2):461-70.
40. Freitas CHSM, Sampaio FC, Roncalli AG, Moyses SJ. Reflexões metodológicas sobre prevalência da fluorose dentaria nos inquéritos de saúde bucal. *Ver Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):138-47.
41. Freire MCM, Reis SCGB, Moreira RS, Figueiredo N, Peres KG, Antunes JLF. Determinantes individuais e contextuais da carie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):40-9.
42. Oliveira LB, Reis SCGB, Freire MCM. Cárie dentária em escolares de Goiânia no período de 1988 a 2010: tendência e desigualdades. *Rev Odontol Bras Central*. 2013;21(61):94-8.

43. Brizon VSC, Cortellazzi KL, Gomes VE, Pereira AC, Ambrosano GMB, Vazquez FL, et al. Fatores individuais e contextuais associados a maloclusão em crianças brasileiras. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):118-28.
44. Ardenghi TM, Piovesan C, Antunes JLF. Desigualdades na prevalência de carie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):129-37.
45. Ferreira CO, Antunes JLF, Andrade FB. Fatores associados a utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):90-7.
46. Antunes JLF, Roncalli AG, Narvai PC. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil). *Rev Saude Publica*. 2013;47(supl 3):1-2.
47. Moysés SJ, Pucca Junior GA, Paludetto Junior M, Moura LM. Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):161-7.
48. Andrade FR, Narvai PC, Montagner MA. Responsabilidade ética no SBBrasil 2010 sob o olhar dos gestores do inquerito populacional. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):12-8.
49. Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):154-60.
50. Silva NN, Roncalli AG. Plano amostral, ponderação e efeitos do delineamento da Pesquisa Nacional de Saude Bucal. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):3-11.
51. Bueno, RE, Moysés, ST, Bueno, PAR, Moysés, SJ. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;36(1):17-23.
52. Aguiar VR, Celeste RK. Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3121-8.
53. Prado, RL, Saliba, NA, Garbin, CAS, Moimaz, SAS. Oral impacts on the daily performance of Brazilians assessed using a sociodental approach: analyses of national data. *Braz Oral Research*. 2015;29(1):1-9.
54. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2539-48.
55. Nascimento, AR, Andrade, FB, César, CC. Fatores associados à concordância entre autopercepção e avaliação clínica da necessidade de tratamento dentário em adultos do Brasil e de Minas Gerais. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(10):1-13.
56. Andrade FR, Narvai PC, Montagner MA. Eticidade da calibração in vivo em inquéritos de saúde bucal. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(4):812-21.

57. Rebouças AG, Zanin L, Ambrosano GMB, Flório FM. Fatores individuais associados à má oclusão em adolescentes. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2017;22(11):3723-32.
58. 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(5):e00165415.
59. Azevedo JS, Azevedo MS, Oliveira LJC, Correa MB, Demarco FF. Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(8):1-12.
60. Soares FF, Freire MCM, Reis SCGB. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010): que propõem os coordenadores para futuros inquéritos? *Interface Comunic Saúde Educ*. 2017;21(63):981-9.
61. Soares FF, Freire MCM, Reis SCGB. O processo de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBRASIL 2010) na perspectiva dos coordenadores do inquérito. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(1):176-88.
62. Andrade FR, Narvai PC, Montagner MA. Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal. *Saúde Debate*. 2017;41(114):848-59.
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. Levantamento Epidemiológico em Saúde bucal: 1a etapa - cárie dental - projeto. Brasília; 1996.

5.3 ARTIGO 3 – AVANÇOS E DESAFIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL NA REDUÇÃO DAS INIQUIDADES SOCIAIS NO PAÍS: uma revisão integrativa

Resumo

Objetivo: O objetivo deste estudo foi analisar a produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal a partir do contexto de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no sentido de compreender quais as principais temáticas estão sendo abordadas, bem como analisar os avanços e desafios para reduzir as iniquidades sociais no país, no período de 2003 a 2018. **Método:** Realizou-se uma revisão integrativa, de abordagem quali-quantitativa, de um total de 485 produções científicas nas bases de dados PubMed, Lilacs e SciELO, com a seleção de 134 estudos para análise. **Resultados:** A PNSB tem sido objeto de pesquisas no campo das iniquidades sociais, evidenciando-se o aumento da produção científica, principalmente a partir de 2006, sendo que o ano de 2018 apresentou o maior número de publicações; a utilização de diversos métodos de pesquisa; e sua importância estratégica no sentido de buscar um modelo de atenção à saúde bucal centrado nas necessidades de saúde bucal da população. Os dados revelaram que 51,5% das produções científicas apresentaram abrangência nacional, sendo que a região Nordeste foi a que apresentou o maior número de estudos na análise da PNSB, destacando-se a Universidade Federal da Bahia. Os estudos foram organizados em quatro categorias temáticas: (i) reorganização da atenção em saúde bucal; (ii) implantação da PNSB e financiamento no Sistema Único de Saúde (SUS); (iii) vigilância em saúde bucal; (iv) ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público. **Conclusão:** A PNSB tem apresentado avanços na reorganização, expansão e qualificação da atenção básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família; na ampliação da atenção especializada no país, por meio dos Centros de Especialidade Odontológica e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária; na ampliação do financiamento desde a sua implantação no país; na vigilância em saúde bucal, expressa pela consolidação do levantamento epidemiológico SBBrazil no país, e; no estímulo à expansão da fluoretação das águas de abastecimento público municipais brasileiros. Porém, ainda há desafios, sobretudo, em relação à busca da integralidade da atenção; na superação do modelo de Odontologia Privada que vem crescendo nos últimos anos; na busca de reorganizar as práticas de saúde bucal no SUS, de acordo com os princípios da Saúde Bucal Coletiva; no desmonte das políticas públicas de saúde que vem ocorrendo nos últimos tempos; e no sentido de fortalecer a participação da população para garantir o direito à saúde bucal no país. Dessa forma, são necessários mais estudos no sentido de garantir o direito à saúde bucal e responder às necessidades sociais, em consonância com os princípios da integralidade e equidade do SUS.

Palavras-chave: Política de Saúde, Iniquidade Social, Saúde Bucal Coletiva.

Abstract

Objective: The objective of this study was to analyze the Brazilian scientific production on social inequalities and oral health from the context of implementation of the National Oral Health Policy (PNSB), in order to understand which are the main themes being addressed, as well as to analyze the advances and challenges to the reduction of social inequalities in the country from 2003 to 2018. **Method:** An integrative, qualitative and quantitative review of a total of 485 scientific productions was performed in the PubMed, Lilacs and SciELO

databases, from which 134 studies were selected for analysis. **Results:** The PNSB has been the subject of research in the field of social inequities, which becomes clear from the increase in scientific production, especially since 2006, with the year of 2018 presenting the largest number of publications; the use of various research methods; and its strategic importance in seeking a model of oral health care based on the oral health needs of the population. The data revealed that 51.5% of the scientific productions had national coverage, and that the Northeast region presented the largest number of studies in the PNSB analysis, especially the Federal University of Bahia. The studies were organized into four thematic categories: (i) reorganization of the oral health care system; (ii) implementation of the PNSB and funding from the Unified Health System (SUS); (iii) oral health surveillance; (iv) expansion of fluoridation of the public water supply. **Conclusion:** The PNSB has made progress in: reorganizing, expanding and qualifying primary care, with emphasis on the Family Health Strategy; the expansion of specialized care in the country, through the Dental Specialization Centers and Regional Prosthetic Laboratories; expansion of funding since its implementation in the country; oral health surveillance, expressed by the consolidation of the SBBrasil epidemiological survey in the country; and stimulating the expansion of fluoridation of Brazilian municipal public water supply. However, there are still challenges, especially regarding the pursuit of comprehensive care, overcoming the model of Private Dentistry that has been growing in recent years, seeking to reorganize oral health practices in SUS, according to the principles of Collective Oral Health, the dismantling of public health policies that has been taking place in recent times; and strengthening the participation of the population to guarantee the right to oral health in the country. Thus, further studies are needed to ensure the right to oral health and to respond to social needs, in line with the principles of integrality and equity of the SUS.

Keywords: Health Policy, Social Inequity, Collective Oral Health.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem trazendo para o campo da Saúde Bucal Coletiva (SBC) um conjunto de desafios que, a cada dia, se tornam mais relevantes para reorganização dos serviços e de práticas mais integrais de saúde bucal, de modo a atender às demandas sociais de um país de grande extensão, mas com grandes desigualdades econômico-sociais, inclusive as relacionadas ao acesso à saúde bucal^{1,2}.

Historicamente, a Odontologia foi estabelecida de forma secundária, apresentando um modelo de assistência odontológica hegemônico, com a predominância da prática privada, oferecendo assistência odontológica somente aos trabalhadores urbanos segurados pela previdência social, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) na década de 1920, e Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) na década de 1930, utilizando a contratação de serviços privados^{3,4}.

Dessa forma, desde a inserção no setor público, a Odontologia foi sendo caracterizada pela livre demanda, com o predomínio da prática privada que permanece até a Constituição de 1988, e ainda limitada ao modelo de assistência programática voltada para escolares,

introduzida pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), no início da década de 1950, conhecido por sistema incremental^{3,5}. De maneira acrítica esse sistema foi implementado, em contexto de ausência de enfoque epidemiológico, restando à população adulta a livre demanda, centrada basicamente na mutilação, o que caracterizou a Odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social^{3,6}.

Como o movimento da RSB, a discussão sobre os modelos de atenção à saúde bucal e o referencial teórico-metodológico da determinação do processo saúde-doença tornaram-se objeto de estudos e ganharam amplitude, no sentido de buscar um modelo de práticas em saúde voltado para as necessidades da população e com respaldo do Estado, destacando-se na década de 1980, o movimento teórico-político da SBC como produto de um processo histórico de superação das práticas tradicionais da Odontologia, inserido no contexto da RSB⁷.

As duas Conferências Nacionais de Saúde Bucal de 1986 e 1993 refletiram o pensamento da RSB quanto à necessidade de adoção de um conceito ampliado da saúde no que se refere à integralidade e aos direitos de cidadania, reafirmando o dever do Estado em garantir o direito à saúde bucal, sendo que a 1ª Conferência trouxe a discussão da relação da saúde bucal como parte integrante da saúde geral do indivíduo, diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação. Ao reconhecer a saúde bucal como direito de cidadania, a 2ª Conferência aprovou estratégias políticas para a saúde bucal no Brasil^{8,9}.

Neste contexto histórico da RSB e em consonância com as deliberações das 1ª e 2ª Conferências Nacionais de Saúde Bucal, em 2003 iniciou-se a elaboração da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) no Brasil com o propósito de recuperar o direito do cidadão à atenção em saúde bucal^{5,10}. As estratégias propostas a partir da publicação das diretrizes da PNSB orientaram-se para a reorganização da atenção à saúde bucal em todos os níveis de atenção, com a ampliação e qualificação da atenção básica, implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), fluoretação das águas de abastecimento público e vigilância em saúde bucal¹¹.

Estudo recente¹² analisou a implementação da PNSB a partir de quatro componentes: ações institucionais, implantação, financiamento e resultados, no período entre 2015 a 2017, apontou que apesar da expansão da política de saúde bucal no país, esta tem dificuldade de reduzir as iniquidades em saúde, uma vez que muitas ações são inacessíveis às populações de

maior vulnerabilidade social, destacando que há ainda poucos estudos sobre esta temática, principalmente na questão do enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Dessa forma, considerando-se a implementação da PNSB no sentido de romper com o modelo assistencial privatista predominante no país desde a década de 1970, voltado para as práticas curativistas e mutiladoras, o objetivo deste estudo foi analisar a produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal a partir do contexto de implementação da PNSB, no sentido de compreender quais as principais temáticas estão sendo abordadas e discutidas na literatura, bem como analisar os avanços e desafios da PNSB para reduzir as iniquidades sociais no país no período de 2003 a 2018.

Neste estudo, o conceito de iniquidade compreende, à luz da abordagem conceitual de Breilh¹³, uma categoria analítica que expressa a essência do problema da distribuição desigual da riqueza na sociedade, que difere do conceito de desigualdade que corresponde a uma evidência empírica observável, expressando um contraste produzido pela iniquidade, ou seja, para a compreensão da desigualdade é necessário desvendar a iniquidade que a produz. Pode-se acrescentar ainda, que neste estudo, o conceito de iniquidades sociais remete à necessidade de garantir o direito à saúde bucal que difere das desigualdades naturalizadas, desvinculadas de conteúdo político e da necessidade de enfrentamento do Estado.

Nesta perspectiva, este estudo poderá contribuir para o campo de políticas públicas de saúde no sentido de subsidiar a reflexão crítica sobre a reorganização da atenção e das práticas de saúde bucal para responder às necessidades sociais, principalmente da população mais vulnerável, bem como aprofundar a investigação da implantação da PNSB, em consonância com o movimento da SBC no país.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa, com abordagem quali-quantitativa, na qual permite a busca e avaliação crítica sobre a problemática de pesquisa, possibilitando a síntese do estado de conhecimento sobre o tema, viabilizando a identificação de lacunas para o desenvolvimento de novas pesquisas¹⁴.

O percurso metodológico da revisão integrativa apresentou seis etapas, a saber: identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora da pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, síntese de conhecimento/apresentação da revisão.

Identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora da pesquisa

A identificação do tema da pesquisa norteou-se na seguinte pergunta: Como a PNSB tem sido analisada no contexto da produção científica brasileira sobre iniquidades sociais e saúde bucal, no período de 2003 a 2018?

Foi realizada uma busca eletrônica das produções científicas indexadas no *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). As estratégias de busca foram:

- PubMed: (((("oral health"[Title/Abstract]) OR "dentistry"[Title/Abstract]) OR "dental health"[Title/Abstract]) AND (((("inequity"[Title/Abstract] OR "social inequity"[Title/Abstract]) OR "social inequality" [Title/Abstract]) OR "social determinants of health"[MeSH Terms]) OR "health policy"[Title/Abstract] OR "national oral health policy"[Title/Abstract] OR "dental care" [Title/Abstract])) AND ((Brasil[All Fields] OR ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields])) AND ("2003/01/01"[PDAT] : "2018/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms]) AND ("2003/01/01"[PDAT] : "2018/12/31"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms]);
- Lilacs: tw:(ti:(("iniquidade social" OR desigualdades OR "determinantes sociais da saúde" OR "política de saúde" OR "política nacional de saúde bucal" OR "assistência odontológica") AND (odontolog* OR dentist* OR "saúde bucal")));
- SciELO: tw:(ti:(("iniquidade social" OR desigualdades OR "determinantes sociais da saúde" OR "política de saúde" OR "política nacional de saúde bucal" OR "assistência odontológica") AND (odontolog* OR dentist* OR "saúde bucal"))).

Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos

Este estudo considerou os seguintes critérios de inclusão: produções científicas publicadas em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, no período de 2003 a 2018 e não houve restrições quanto à natureza do trabalho, incluindo artigos, teses e dissertações.

Quanto aos critérios de exclusão, levou-se em consideração: produções científicas em duplicidade nas diferentes bases de dados, publicações que não estivessem no período determinado, e as que não abordavam diretamente a temática, assim caracterizadas: outras políticas de saúde (saúde mental, saúde do homem); ansiedade odontológica; estudos clínicos

com resinas; doenças não bucais; práticas alternativas e complementares, e; Odontologia Forense.

Definição das informações a serem extraídas/categorização dos estudos

A coleta de informações bibliográficas e metodológicas foi organizada por meio de planilha do programa Excel, contendo as seguintes informações: título, base de dados, ano de publicação, filiação institucional do primeiro autor, objeto do estudo/tema, periódico em que o estudo foi publicado, natureza do estudo e resumo de cada estudo.

Avaliação dos estudos incluídos na revisão

Considerando-se o contexto de implementação da PNSB que ocorreu no país a partir de 2003, esta pesquisa centrou-se em realizar a busca bibliográfica no período de 2003 a 2018.

Inicialmente, todos os estudos identificados pela estratégia de busca foram avaliados por meio de análise dos títulos e/ou resumos. Em publicações em que os títulos e resumos não foram suficientes para a seleção inicial, realizou-se a leitura dos textos na íntegra. Posteriormente, os estudos que atenderam aos critérios de inclusão foram recuperados para leitura do texto completo e nova avaliação quanto aos critérios de inclusão.

Interpretação dos resultados

O método de análise e interpretação desta revisão foi a análise de conteúdo^{15,16}, se organiza em três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos dados e interpretação. Na pré-análise o material é organizado em quatro etapas: leitura flutuante, escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos; referenciação dos índices e elaboração de indicadores. Na segunda fase, o material é explorado com a definição de categorias, identificação das unidades de registro de contexto nos documentos. É nesta fase que é feita a descrição analítica, ou seja, aquela que diz respeito aos referenciais teóricos. A terceira fase trata-se dos resultados, inferência e interpretação, sendo este o momento de análise reflexiva e crítica.

Foi escolhida a técnica de análise temática¹⁶ que, em um primeiro momento, faz-se uma leitura compreensiva e exaustiva de todo material selecionado. No segundo momento, realiza-se uma exploração do material, é a análise propriamente dita. Por fim, elabora-se uma síntese interpretativa por meio de uma redação que possa discorrer temas com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

Resultados

De um total de 485 produções científicas nas bases de dados analisadas. No PubMed obteve-se um total de 229 produções, no Lilacs foi possível obter 145 publicações, e na SciELO, um total de 111. Após esta etapa foram excluídas 126 publicações repetidas/duplicadas nas bases de dados.

Do total de 359 produções científicas, depois de revisão dos títulos e resumos, foram selecionados 135 estudos. Após critérios de inclusão/exclusão e leitura do texto completo, foram analisadas 134 produções científicas, sendo no PubMed (n = 75), Lilacs (n = 36) e SciELO (n = 23), conforme figura 1.



Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção

Quanto aos anos de publicação, no gráfico 1 pode-se observar o aumento no volume de estudos sobre a temática investigada, principalmente a partir de 2006, sendo que o ano de 2018 apresentou o maior número de publicações, com 13,4% (n = 18), seguido pelo ano de 2015, com 11,9% (n = 16), e 2012, com 9,7% (n = 13).

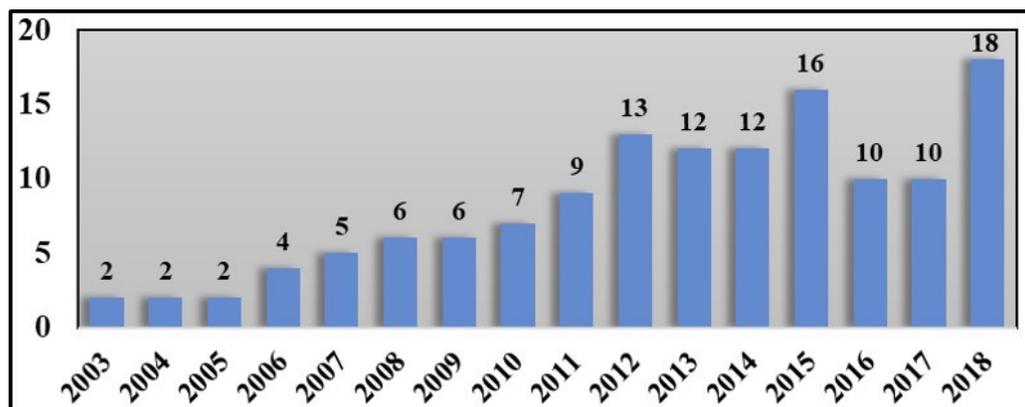


Gráfico 1– Número de estudos de 2003-2018, por ano de publicação

Em relação à natureza dos estudos, 87,3% (n = 117) da produção científica é constituída por artigos científicos, 6,7% (n = 9) dissertações e 6,0% (n = 8) teses. Do total de 117 artigos, a maior proporção foi publicada no Cadernos de Saúde Pública (21,4%), seguido do Ciência & Saúde Coletiva (17,9%) e Revista de Saúde Pública (9,0%) (tabela1).

Tabela 1 – Proporção de estudos segundo periódico no período de 2003 a 2018

Periódico*	N	%
Cadernos de Saúde Pública	25	21,4
Ciência e Saúde Coletiva	21	17,9
Revista de Saúde Pública	12	10,3
Saúde em Debate	06	5,1
<i>Brazilian Oral Research</i>	05	4,3
<i>Community Dentistry and Oral Epidemiology</i>	04	3,4
Revista Panamericana de Salud Pública	04	3,4
Revista Brasileira de Epidemiologia	04	3,4
Saúde e Sociedade	02	1,7
Stomatos	02	1,7
<i>PLoS One</i>	02	1,7
<i>Journal of Dental Research</i>	02	1,7
<i>Int J Environ Res Public Health</i>	02	1,7
<i>International Dental Journal</i>	02	1,7
Cadernos Saúde Coletiva	02	1,7
<i>BMC Res Notes</i>	02	1,7
<i>BMC Public Health</i>	02	1,7
<i>BMC Oral Health</i>	02	1,7
Outros	16	13,7
Total	117	100,0

*Quantitativo de artigos, excluindo-se as teses e as dissertações

Os primeiros autores estavam vinculados a diferentes instituições, com maior proporção da Universidade de São Paulo (10,4%), Fundação Oswaldo Cruz (9,0%),

Universidade Federal da Bahia (9,0%) e Universidade de Santa Catarina (8,3%), conforme tabela 2.

Tabela 2 – Proporção de estudos segundo instituição (1º autor) no período de 2003 a 2018

Instituição de filiação primeiro autor	N	%
Universidade de São Paulo	17	12,7
Fundação Oswaldo Cruz	12	9,0
Universidade Federal da Bahia	12	9,0
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	07	5,2
Universidade Federal de Santa Catarina	07	5,2
Universidade Federal de Minas Gerais	05	3,7
Universidade Estadual de Montes Claros	04	3,0
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	04	3,0
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	04	3,0
Universidade Federal de Pelotas	04	3,0
Unicamp	04	3,0
Universidade Estadual de Ponta Grossa	04	3,0
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	03	2,2
Universidade Federal de Santa Maria	03	2,2
Universidade de Pernambuco	03	2,2
Universidade de Fortaleza	03	2,2
Ministério da Saúde	03	2,2
Universidade Federal do Maranhão	02	1,5
Universidade de Brasília	02	1,5
Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais	02	1,5
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte	02	1,5
Outros	27	20,1
Total	134	100,0

No que concerne às características metodológicas, quanto ao local de realização do estudo, aproximadamente metade dos estudos apresentou abrangência nacional (51,5%), sendo que a região Nordeste teve maior representatividade (17,9%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Proporção de estudos segundo local de realização no período de 2003 a 2018

Local de realização estudos	N	%
Nacional	69	51,5
Nordeste	24	17,9
Sudeste	22	16,4
Sul	14	10,4
Centro-Oeste	02	1,5
Norte	02	1,5
Duas ou mais macrorregiões	01	0,7
Total	134	100,0

Quanto ao desenho metodológico, a maior parte dos estudos apresentou delineamento transversal (56,2%), posteriormente de revisões sistemática/integrativa e narrativa (11,9%), estudo de caso (9,7%), ecológico (7,5%), qualitativo (6,0%), e outros (tabela 4).

Tabela 4 – Proporção de estudos segundo desenho metodológico no período de 2003 a 2018

Desenho metodológico estudos	N	%
Transversal	75	56,0
Revisão	16	11,9
Estudo de Caso	13	9,7
Ecológico	10	7,5
Qualitativo	08	6,0
Pesquisa Documental	05	3,7
Qualiquantitativo	04	3,0
Coorte ou Longitudinal	01	0,7
Ensaio Comunitário	01	0,7
Levantamento de campo	01	0,7
Total	134	100,0

A partir da leitura dos estudos, estes foram organizadas em categorias temáticas, a saber: reorganização da atenção em saúde bucal; implantação da PNSB e financiamento no SUS; vigilância em saúde bucal e ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público.

Reorganização da atenção em saúde bucal

A temática mais frequente foi sobre a reorganização da atenção em saúde bucal, com 50,7% das produções científicas (n = 68), apresentando estudos que buscaram compreender desde a reorganização do modelo de atenção no âmbito da PNSB, tanto da atenção básica quanto da especializada, até as práticas e necessidades de cuidado em saúde bucal da população, tanto em áreas periféricas urbanas¹⁷, quanto em áreas rurais e do interior do país¹⁸. Observou-se também estudos que buscaram investigar a temática segundo a natureza pública ou privada dos serviços, apontando que o campo das práticas de saúde bucal permanece em disputa com o campo odontológico privado no país¹⁹⁻²².

Em relação à atenção básica no âmbito da PNSB, observou-se estudos sobre a reorganização da Estratégia Saúde da Família (ESF) no nível federal²³⁻²⁶, estadual^{27,28} e municipal²⁹⁻³², abrangendo estudos que mostram o impacto da inclusão da Equipe de Saúde Bucal (ESB) na ESF na saúde da população^{23,25}, evidenciando-se dados que indicam uma maior provisão de atendimento odontológico público nas regiões com piores indicadores

socioeconômicos, conforme retratado no estudo²³ que mostrou maior proporção de dentistas contratados pelo SUS nas regiões Norte e Nordeste em 2008, sendo que nas regiões Sul e Sudeste, onde há maior concentração de dentistas trabalhando (respectivamente, 16,0% e 59,0%), foi relativamente menor a sua incorporação no SUS.

Outro estudo²⁵ apontou uma tendência pró-equidade em relação aos indicadores de oportunidade de acesso à atenção básica em saúde bucal, o que reflete esforços a partir de 2004 do aumento do incentivo financeiro para a saúde bucal da ESF em municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), bem como incentivos adicionais do Brasil Sorridente para insumos e equipamentos, porém essa tendência ainda não se refletiu nos indicadores de uso dos serviços, nos quais a proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais é maior entre as capitais de maior IDH.

Observou-se também alguns estudos sobre a utilização dos serviços odontológicos em áreas cobertas pela ESF que apontaram como desafios a necessidade de uma mudança efetiva do modelo de atenção à saúde bucal no âmbito da ESF^{28,30-32}. O estudo²⁸ que analisou a incorporação da saúde bucal na ESF no Rio Grande do Norte apontou que a maioria dos municípios apresentou pouco ou nenhum avanço no modelo de atenção à saúde bucal, sendo que os municípios que demonstraram avanços apresentaram alta expectativa de vida ao nascer, baixas taxas de mortalidade infantil, valores *per capita* entre os mais altos do estado e altos valores de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M). Corroborando com estes resultados, Pereira et al.²⁹ mostraram que a saúde bucal da ESF apresentou impacto positivo somente quando comparada com áreas cobertas por unidades básicas de saúde tradicionais ou áreas sem cobertura.

Outro estudo³² realizado no município de Ponta Grossa, estado do Paraná, mostrou que 41,0% da população residente em áreas cobertas pela ESF haviam realizado consulta odontológica recentemente, com menores proporções entre idosos e 15,0% nunca tinham realizado uma consulta odontológica, com maiores proporções entre crianças de zero a seis anos que atingiu um percentual de 50,5%. A idade, melhor posição social e possuir um dentista regular associaram-se positivamente às consultas recentes ao dentista. O estudo³² concluiu que, embora a implantação e regulação da ESF tenha sido realizada para melhorar as condições de acesso aos serviços odontológicos, há importantes desigualdades que afetam o acesso e uso dos serviços que continua sendo favorável à população de melhores condições socioeconômicas.

Dessa forma, pode-se perceber a partir dos estudos analisados, que a implantação da ESF não significou maior utilização dos serviços odontológicos e diminuição das iniquidades sociais, sendo necessário refletir sobre os diferentes arranjos organizacionais dos municípios a partir da indução e estímulo de financiamento no âmbito federal, que podem favorecer ou dificultar a reorganização da atenção no nível local, com base nos princípios do SUS. Pode-se acrescentar ainda, conforme Antunes & Narvai²³, que mudanças nos modelos assistenciais necessitam de ser acompanhadas por políticas públicas de desenvolvimento social, ultrapassando o setor saúde. Portanto, há limites de enfrentamento no âmbito dos serviços de saúde sobre a complexidade do processo saúde-doença, o que remete à discussão sobre a determinação social que também reflete no âmbito da atenção especializada.

Em relação à atenção especializada, estudos mostraram que a PNSB tem ampliado a atenção especializada por meio dos CEO e LRPD no país³³⁻³⁸, porém há desafios para garantir a integralidade da atenção conforme discutido no estudo de Chaves et al.³⁴, que analisou quatro CEO da Bahia em 2008, por meio de entrevista com 611 usuários. Os resultados mostraram que usuários com maior facilidade no acesso geográfico ao serviço especializado, residentes em municípios com cobertura > 50,0% da ESF, mais jovens, com necessidade de tratamento endodôntico, tiveram mais chance de alcançar a integralidade na atenção à saúde bucal. Concluíram que o CEO deve ser implantado em municípios nos quais a atenção primária à saúde esteja adequadamente estruturada no sentido de cumprir com o princípio da integralidade, uma vez que não é papel do CEO realizar atendimentos à livre demanda e executar procedimentos básicos realizados na atenção primária.

No que diz respeito à interface entre a atenção básica e especializada como desafio para garantir o cuidado integral, Chaves et al.³⁹ analisaram o acesso e utilização de serviços odontológicos em dois municípios da Bahia com 100,0% de cobertura da ESF. Os resultados mostraram que a utilização de serviços públicos odontológicos especializados foi de 11,7% e básicos de 26,0%, sendo que a principal barreira de acesso se situou na atenção primária, entre 5,0% e 15,2%, observando-se pouca interface com a atenção secundária, uma vez que apenas 16,6% dos usuários retornaram a esse nível de atenção. Concluíram que a atenção primária é a principal barreira de acesso, em municípios com realidades organizacionais e geográficas específicas, sendo necessário repensar a atenção primária e o estabelecimento de estratégias de referência e contrarreferência.

No que concerne à reorganização das práticas de saúde bucal após a implantação da PNSB, os estudos buscaram compreender desde a reorganização do processo de trabalho no âmbito da ESF⁴⁰ até a necessidade de estabelecer mudanças em relação ao modelo e práticas

de saúde bucal^{41,42}, bem como a discussão sobre a interface entre formação e processo de trabalho⁴³.

Em relação à reorganização do processo de trabalho da ESF, Baldani et al.⁴⁰ realizaram um estudo com ESB dos municípios do estado do Paraná utilizando dados do Programa Nacional do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), referentes ao acesso, qualidade e organização do processo de trabalho das equipes. Os resultados mostraram que ainda há municípios que não possuem serviços especializados de referência, com predominância para os mais carentes e com menor porte populacional, e dificuldades em romper com os modelos tradicionais, observando-se baixas proporções de equipes que planejam em conjunto com os demais profissionais da ESF, que fazem o acompanhamento de indicadores e de ações voltadas a adultos e idosos como relacionadas ao câncer bucal e necessidade de prótese. Dessa forma, a condição social, demográfica e econômica dos municípios associou-se com o desempenho das ESB, evidenciando-se desigualdades desfavoráveis aos municípios menores e mais carentes, o que remete a necessidade de que a regionalização seja efetiva e de organização da rede de forma mais equânime.

O estudo de Pires & Bottazo⁴¹ mostrou que, desde a década de 1950, os serviços públicos reproduzem de forma acrítica a técnica odontológica centrada no biologicismo, predominando nos serviços um *modus operandi* baseado na pragmática prática odontológica, mostrando-se insuficiente para atender às necessidades e conduzindo para uma perversa exclusão social de tecnologias de cuidado, gerando conflitos e contradições. Apesar da PNSB propor uma mudança do modelo de atenção, permanecem ainda modelos embasados por padrões biomédicos, centrados no conhecimento etiopatogênico da doença, ou seja, técnico-biologicista, e uma formação profissional centrada no “fazer” mercantilista e pouco direcionada a uma prática social, considerando a dimensão humana da prática e o envolvimento subjetivo do profissional na produção do cuidado. Dessa forma, para que as diretrizes da PNSB possam transformar a prática em saúde, é necessário repensar a tecnologia do cuidado a partir da atenção com integralidade e perceber que as condições de saúde bucal não são determinadas pelos sujeitos individualmente, mas dependem das condições de moradia, emprego, saneamento, acesso aos serviços de saúde e modos de levar a vida.

Outros estudos foram realizados sob a perspectiva de gestores, dentistas e usuários⁴⁴ e usuários⁴⁵. O estudo de Chaves & Vieira-da-Silva⁴⁴ analisou as práticas de saúde bucal e o acesso ao atendimento odontológico de indivíduos de acordo com sua posição no espaço social, utilizando como referência Bourdieu, com a realização de 22 entrevistas

semiestruturadas em dois municípios do estado da Bahia. Os resultados mostraram que as diferenças observadas nas práticas de cuidados pessoais em saúde bucal e na aquisição de serviços odontológicos por agentes ou grupos de agentes situados em diferentes posições no espaço social podem ser influenciadas pelo *habitus* das diferentes classes sociais e também pela diferença de *habitus* entre gerações, produtores de práticas e valores que envolvem dimensões estruturais e simbólicas no espaço social. Além disso, condições de vida precárias e dificuldade de acesso ao tratamento odontológico restaurador no setor público podem explicar parte do padrão de perda dentária encontrado na população adulta brasileira. Dessa forma, a dimensão estrutural dos determinantes sociais requer transformações nas estruturas que geram percepções e práticas dos agentes.

No que tange à assistência odontológica pública e privada no Brasil, um estudo¹⁹ revelou limitações na oferta de serviços odontológicos suplementares para prover assistência odontológica aos brasileiros, reforçando a necessidade de continuidade e expansão da PNSB. Outro estudo²⁰ realizado em dois municípios da Bahia com 100,0% de cobertura da ESF, por meio de um inquérito populacional, mostrou que 38,8% da população analisada usou o serviço privado no último ano, 33,8% atenção básica e 17,3% atenção básica e o CEO. Observou-se desigualdades no uso do serviço público entre diferentes níveis assistenciais, sendo que a população de menor escolaridade e exposta a uma pior organização da rede de serviços utilizaram menos o CEO. A comparação entre serviços públicos e privados mostrou uma tendência pró-equidade, com maior uso dos serviços públicos para a população com maior vulnerabilidade social: mulheres, beneficiários de programa social, com menor escolaridade e residentes em zona rural.

Implantação da política e financiamento no SUS

A análise da implantação da PNSB no SUS, considerando-se seus avanços e desafios para reduzir as iniquidades sociais em diferentes contextos municipais/locais, foi o segundo tema mais frequente com 29,1% (n = 39), apresentando estudos desde a formulação da política resgatando o Movimento Sanitário Brasileiro e elementos que contribuíram no processo, atores e estratégias desenvolvidas⁴⁶⁻⁴⁹, bem como o movimento da SBC cujas premissas influenciaram os debates da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a elaboração da PNSB⁵⁰ até estudos sobre a implantação da política no âmbito nacional⁵¹⁻⁵³, estadual^{54,55} e municipal^{48,56-62}, com foco em diferentes necessidades de populações socialmente excluídas conforme retratado no estudo de Lemos et al.⁶³, sobre os povos indígenas e no estudo de Freire⁶⁴, sobre a saúde bucal de pacientes com necessidades especiais.

Em relação à implantação da PNSB no âmbito nacional, estudo de Lorena-Sobrinho⁵² analisou sua interface com as ações do Estado de combate à exclusão social entre 1995 e 2013. Os resultados mostraram que a partir da implantação da PNSB em 2004 com o incremento do financiamento ocorreu o aumento da cobertura das ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, com ênfase em populações socialmente excluídas como índios, pacientes com necessidades especiais, população da zona rural, de áreas quilombolas, fluviais e ribeirinhas. Em relação ao impacto sobre a saúde bucal, pode-se destacar a redução do número de dentes perdidos e do CPO-d em todas as faixas etárias, porém persistem desigualdades regionais.

No âmbito estadual, Guimarães⁵⁵ estudou a implantação e manutenção dos LRPD, em 317 municípios do estado de Minas Gerais, os resultados mostraram uma associação entre a presença do LRPD credenciado e maior contingente populacional do município. Em relação aos municípios que apresentavam LRPD credenciados (26,0%), 67,0% dos municípios apresentavam esse serviço nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 77,0% dos LRPD eram terceirizados, o que remete à necessidade de ações voltadas à formação do técnico de prótese dentária, qualificação dos dentistas, melhor comunicação entre os entes públicos e estratégias governamentais para melhor aporte financeiro.

No que concerne ao nível municipal/local, os estudos mostraram a implantação da PNSB em diferentes contextos, dada a diversidade entre os municípios brasileiros, e com foco nas necessidades das populações excluídas, conforme retratado por Lemos et al.⁶³ que analisou a evolução dos indicadores de saúde bucal no período de 2004-2013 no Parque Indígena do Xingu. Considerando que em 2011 a PNSB redefiniu seu modelo de atenção para a população indígena, os resultados mostraram que o acesso à saúde bucal obteve uma cobertura de primeira consulta odontológica > 60,0% em todos os anos analisados, com exceção de 2009 e 2010, o indicador de tratamento odontológico básico concluído apresentou aumento significativo entre 2006 e 2008, a proporção de exodontias no conjunto dos procedimentos diminuiu de 24,3% em 2004 para 3,8% em 2011 e a cobertura de escovação dental supervisionada obteve a maior variação (1,2 a 23,3%) no período analisado.

Freire⁶⁴, com foco em pacientes com necessidades especiais, analisou a implementação da PNSB no município do Rio de Janeiro, realizando-se um estudo de caso com abordagem qualitativa em um CEO, concluindo que há fragilidade entre os níveis de atenção odontológica de ações para pacientes com necessidades especiais, com desafios da equidade, integralidade e intersetorialidade das ações, sendo necessário priorizar a ESF.

Uma estratégia utilizada nos estudos foi a análise da implementação da PNSB segundo a fonte de financiamento^{12,65-67} no sentido de dimensionar a efetividade da PNSB sobre as iniquidades sociais na atenção odontológica, com um estudo focado no financiamento da assistência odontológica de média complexidade⁶⁵. No estudo⁶⁷ que analisou os repasses financeiros federais para a PNSB no período 2003-2017, observou-se um aumento do financiamento da atenção especializada passando de 2,3% em 2008 para 21,6% em 2017, porém, uma redução na atenção básica de 97,3% em 2003 para 78,3% em 2017.

Vigilância em saúde bucal

A terceira temática refere-se à vigilância em saúde bucal no contexto da PNSB com 16,4% (n = 22) dos estudos que utilizaram dados do SBBrasil, sendo esta temática um dos pressupostos das diretrizes da PNSB para avaliação e acompanhamento dos determinantes do processo saúde-doença bucal. De um modo geral, os estudos buscaram expor iniquidades no quadro epidemiológico das condições de saúde-doença bucal⁶⁸⁻⁷⁰, bem como trazer à tona avanços e desafios da PNSB em relação às necessidades de saúde bucal da população, tanto no âmbito individual quanto de medidas populacionais, como a fluoretação das águas de abastecimento público^{71,72}, principalmente nas necessidades de tratamento odontológicos⁷¹⁻⁷⁶.

Entre os estudos sobre iniquidades no processo saúde-doença que utilizaram dados do SBBrasil 2003, Pinto et al.⁶⁹, referente à histórica segregação da população adulta da atenção em saúde bucal no país, mostrou que a população atendida pelo serviço público odontológico apresentava piores condições socioeconômicas, sendo que o uso dos serviços pela população adulta esteve associado a queixas de dor de dente ou gengival, necessidades de prótese e de tratamento restaurador, avaliação do tratamento recebido como regular, baixa escolaridade e renda, sexo feminino, residentes no Nordeste e Sul e em municípios de menor porte. Os autores⁶⁹ ressaltaram transformações no cenário da atenção à saúde bucal no Brasil com a inclusão da ESF, criação de CEO e LRPD e fluoretação da água de abastecimento público que poderão contribuir para reverter esse quadro de necessidades acumuladas da população adulta brasileira.

Outro estudo com adultos, utilizando os dados do SBBrasil 2003, mostrou que as perdas dentárias foram fortemente associadas com indivíduos residentes em zona rural, mulheres, mais pobres, de menor escolaridade e aqueles de idade mais avançada⁶⁸. Corroborando com esses resultados relacionados à população adulta brasileira, um estudo⁷⁰ mostrou desigualdade racial na saúde bucal para os indicadores de cárie, perda dentária, dor e

necessidade de próteses, a partir da análise dos dados do SBBrasil 2003, com maior vulnerabilidade da população negra.

Em relação aos avanços e desafios da PNSB, Bueno et al.⁷¹ realizaram estudo sobre os determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil, com a análise da correlação do índice Determinantes Sociais de Saúde Bucal (DSSB) com indicadores sociais (determinantes sociais estruturais), indicadores da PNSB (determinantes sociais intermediários) e indicadores de saúde bucal. Os resultados mostraram que o índice DSSB e seu componente equidade social se correlacionaram significativamente com desfechos em saúde bucal de adultos nas capitais brasileiras, sendo que observou-se iniquidades regionais com melhores índices de desempenho (determinantes sociais estruturais e intermediários) apenas em capitais do Sudeste e Sul e o pior desempenho foi da Região Norte. Concluíram pela necessidade de políticas equitativas, como água fluoretada, saneamento e redução das iniquidades regionais.

Ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público

Outra temática abordada foi a fluoretação das águas de abastecimento público com estudos⁷⁷⁻⁸² que abordaram a necessidade de sua ampliação no país, sendo uma estratégia de intervenção sobre os determinantes populacionais da cárie de grande importância para redução dos indicadores da doença no país⁷⁷ e constituindo um desafio à PNSB em expandir esta medida de âmbito populacional, principalmente para os municípios com piores indicadores socioeconômicos e maiores necessidades sociais da população.

Antunes⁷⁷ em estudo sobre políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto nas desigualdades em saúde, mostrou que, apesar da obrigatoriedade da fluoretação das águas de abastecimento público, observou que somente 7,3% e 15,9%, respectivamente, dos municípios das regiões Norte e Nordeste implementaram fluoretação da água, enquanto nos municípios das regiões Sudeste e Sul foi, respectivamente, de 70,1% e 68,9%. Tais achados corroboram com a “lei da equidade inversa”, ou seja, demonstrando que as políticas e programas de saúde atingiram primeiramente a população com melhores condições socioeconômicas. Assim, o estudo concluiu que a adoção dessa medida de âmbito populacional não atingiu a necessária cobertura universal, nem mesmo após mais de cinco décadas de sua implantação e expansão no país, assim, torna-se necessário considerar a adoção de estratégias focais da saúde pública, a fim de direcionar recursos adicionais a áreas de maiores necessidades sociais.

De forma complementar, a PNSB tem adotado o incentivo à expansão da implantação de água de abastecimento fluoretada como umas das frentes de redução das desigualdades em saúde bucal, sendo que em 2009 o Ministério da Saúde (MS) assumiu a fluoretação como elemento essencial de promoção da saúde, conforme relatado no estudo de Silva et al.⁷⁹, demonstrando que a política pública nacional de fluoretação das águas de abastecimento, bem como condições sociais e econômicas relacionaram-se com a redução da prevalência da cárie dentária em crianças de 12 anos nas capitais brasileiras em 2010, sendo necessário políticas sociais e econômicas voltadas para as populações mais vulneráveis, a fim de melhorar o padrão de saúde bucal nas capitais brasileiras.

Discussão

Os dados desta revisão revelaram que a PNSB tem sido objeto de estudos e pesquisas no campo das iniquidades sociais, evidenciando-se o aumento da produção científica brasileira sobre a temática, principalmente a partir de 2006, a utilização de diversos métodos de pesquisa, inclusive de coorte prospectivo¹⁸, e a importância estratégica de sua implantação para mudança do modelo assistencial que historicamente predominou as práticas iatrogênicas e mutiladoras, elitista e voltadas para os interesses do setor privado⁴⁶ para um modelo de atenção à saúde bucal fundamentado nas necessidades de saúde bucal da população.

De forma complementar em relação ao local de realização do estudo, pode-se destacar que 51,5% das produções científicas apresentaram abrangência nacional, sendo que a região Nordeste foi a que apresentou o maior número de estudos em relação as demais macrorregiões do país, principalmente relacionadas ao estado da Bahia, expressando assim a importância das universidades e centros de pesquisa do Nordeste na análise da PNSB, destacando-se a Universidade Federal da Bahia, que foi uma das instituições com programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva que mais publicou ao longo do período analisado.

Em relação ao ano de publicação, observou-se o aumento considerável da produção científica sobre a temática com a centralidade na PNSB, com o crescimento no volume de pesquisas principalmente a partir de 2006, sendo que o ano de 2018 apresentou o maior número de publicações. A temática mais recorrente em 2018 foi sobre a implementação da PNSB (33,3%), apresentando desde estudos sobre o financiamento federal da política no período de 2003 e 2017⁶⁷, a implementação da política entre 2015 e 2017¹² até sobre a atuação de agentes não governamentais na implementação da política como o Conselho Federal de Odontologia, a Associação Brasileira de Odontologia (ABO), as Federações de sindicatos e a Associação de Saúde Bucal Coletiva⁸³.

Pode-se acrescentar ainda que os estudos em 2018 sinalizaram a necessidade de debater os rumos da PNSB diante dos resultados atuais no sentido de fortalecer sua legitimidade social no país, conforme retratado por Chaves et al.¹² que demonstraram a redução da implantação da PNSB entre 2015 e 2017, com uma menor cobertura populacional das ESB e estabilidade do número de CEO, bem como queda de indicadores como a cobertura de primeira consulta odontológica programática que decresceu de 14,6% em 2015 para 8,3% em 2017, e ainda um cenário político restritivo com a menor implantação de novos serviços e mudanças sucessivas na coordenação nacional da política.

Corroborando, Rossi et al.⁶⁷ mostraram de 2003 a 2017 um gasto federal crescente até 2012, manutenção de 2013 a 2016 e redução de valores em 2017, observando-se uma diminuição do financiamento federal da atenção básica de 97,3% em 2003 para 78,3% em 2017. Almeida et al.⁸³ acrescentaram que, diante da dada crise política, o futuro do SUS é incerto, incluindo as políticas de saúde como a PNSB, concluindo sobre a necessidade de acompanhamento das ações das entidades odontológicas, uma vez que apresentam um potencial histórico de influenciar o processo de implantação da PNSB.

Em relação às principais temáticas que emergiram a partir da literatura, os resultados mostraram maior proporção de estudos (50,7%) relacionados à reorganização da atenção em saúde bucal no país, abrangendo pesquisas que mostraram a reorganização e expansão da atenção básica, especialmente por meio da ESF^{23,25}; a ampliação da atenção especializada, mediante a implantação de CEO e LRPD no país³³⁻³⁸, bem como a interface entre atenção básica e especializada na perspectiva da integralidade do cuidado⁸⁴. Silva & Gottens⁸⁴ destacaram os fatores que influenciam na integralidade da atenção no SUS, como a cobertura da saúde bucal na ESF; a implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) de forma estruturada; o acesso à atenção secundária; o contrarreferenciamento para a APS; os indicadores e condições socioeconômicas, e; as desigualdades na distribuição dos CEO.

Em relação à reorganização das práticas de saúde bucal no SUS, para que as diretrizes da PNSB possam transformar efetivamente as práticas em saúde bucal no SUS e promover novos arranjos tecnológicos no processo de trabalho, torna-se claro a necessidade de aperfeiçoar a formação dos profissionais no sentido de uma prática em consonância com os fundamentos da ESF, bem como em novas abordagens para o cuidado na direção do sujeito e não mais da doença, no sentido de produzir efeitos para uma desnaturalização do cotidiano dos serviços de saúde bucal no SUS. Neste contexto, outras formas de vínculo e comprometimento devem ser priorizadas na perspectiva da integralidade do cuidado, no sentido de reorganizar um fazer voltado para novas relações entre sujeitos, percebendo as

subjetividades produzidas nas condições do processo saúde-doença, superando a manutenção de modelos de prática centrados em estratégias organizativas e centrado no conhecimento técnico-biologicista⁴¹.

A segunda temática mais abordada refere-se à implantação da PNSB e financiamento no SUS, estudo de Lorena Sobrinho⁵² destacou a saúde bucal como parte integrante das políticas de inclusão social, evidenciando-se que nas regiões Nordeste e Norte, que se concentram maiores quantidades de habitantes em situação de vulnerabilidade social, houve o maior crescimento de serviços como ESB e Unidades Móveis Odontológicas (UMO). Da mesma forma ocorreu com a atenção especializada, uma vez que o maior crescimento do número de CEO e LRPD ocorreu na região Nordeste. Porém, os desafios persistem relacionados à formação com perfil para atuação nos serviços públicos, à mudança do modelo de atenção à saúde bucal, ao financiamento na lógica de pacto federativo, à integração com políticas intersetoriais e ao de promover equidade em um país que saiu da condição de “bocas famintas” pela fome e alcançou a condição de “bocas sorridentes” pela inclusão social dada pela PNSB, sendo necessário esforços de profissionais, gestores públicos, estudantes, membros do meio acadêmico e da sociedade, no sentido de que “estas bocas sorridentes não se caem no exercício contínuo da militância”.

Outro estudo⁵⁰ que analisou a construção de políticas de saúde bucal no Brasil evidenciou o potencial da PNSB para reorganizar a saúde bucal de acordo com os pressupostos do SUS e da SBC, sinalizando a necessidade de mudanças na sociedade e no Estado, com a criação de mecanismos participativos institucionais, que possam estabelecer diálogo com as estruturas de participação do SUS. Desta forma, o estudo mostrou a expansão progressiva da intervenção do Estado nas políticas de saúde bucal, destacando-se: a elaboração de uma lei para regulamentação da fluoretação das águas de abastecimento público; a fluoretação do creme dental no Brasil; os levantamentos epidemiológicos da situação da saúde bucal da população brasileira; a inclusão da saúde bucal na ESF; e a elaboração da PNSB. Porém, ainda permanece no SUS e na ESF a reprodução de práticas derivadas dos dois modelos hegemônicos: Odontologia de Mercado e Odontologia Preventiva e Social.

Na temática vigilância em saúde bucal foi abordada a importância do SBBrasil no planejamento, acompanhamento e monitoramento da PNSB, com importantes implicações para a política de saúde, conforme retratado em estudo⁷⁵ que avaliou as desigualdades na necessidade de prótese total entre idosos brasileiros em relação aos determinantes sociais em níveis individuais e contextuais, utilizando os dados do SBBrasil 2010. Os resultados

mostraram uma alta prevalência de necessidade de prótese total entre idosos, sendo que a necessidade estava associada a fatores socioeconômicas individuais e contextuais, sendo que idosos que vivem em municípios com menor IDH apresentaram maiores necessidades de tratamento odontológico. Concluíram que, além da necessidade da PNSB expandir a atenção especializada, por meio de LRPD e CEO, há necessidade de expandir a fluoretação da água de abastecimento público em municípios com piores níveis socioeconômicos e a implementação da ESB na ESF.

Em relação à saúde bucal dos adultos também utilizando dos dados do SBBrasil 2010, Roncalli et al.⁷⁴ concluíram que as necessidades de tratamento odontológico em adultos brasileiros relacionadas à atenção primária e secundária foram fortemente associadas à posição socioeconômica individual, principalmente renda e educação. Além do efeito individual, também foi observado um efeito contextual, representado pelo IDH, para a necessidade de restaurações e próteses. Ressaltaram a importância desses resultados para o planejamento e financiamento da política de saúde. Outro⁷³ mostrou que menor cobertura de equipes de saúde bucal foi associada com as duas formas de doença periodontal (DP) em adultos, sugerindo um possível efeito da atenção básica na prevenção e promoção da DP, porém são necessários mais estudos.

Outra temática analisada foi a fluoretação das águas de abastecimento público, considerada uma das mais importantes ações intersetoriais da PNSB, no sentido de reduzir as iniquidades sociais no país, sendo objeto de estudos, uma pesquisa⁸¹ demonstrou aumento de 8,6% na cobertura populacional da fluoretação das águas de abastecimento público de 2000 a 2008, observando-se a ampliação expressiva em municípios com < 10 mil habitantes e com IDH-M baixo ou muito baixo, concluindo que esta política pública é um fator de proteção sanitária no contexto das políticas de proteção social do país, contribuindo para a diminuição de desigualdades.

Quanto aos aspectos metodológicos, destacam-se os estudos transversais (56,0%), com a utilização de dados de levantamentos populacionais nacionais como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁸⁵, a Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2008-2009²¹, bem como a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2003 e 2010) que foi o levantamento mais utilizado nos estudos desta revisão. Observou-se também diversos métodos de pesquisa, destacando-se o estudo de coorte¹⁸, que investigou a assistência odontológica sob a perspectiva do *lifecourse* em jovens no município de Sobral, Ceará, baseados na trajetória dentária em relação ao tratamento restaurador, com ondas em 2000, 2006 e 2012. O estudo demonstrou iniquidades na

assistência odontológica ao longo da vida dos jovens, sendo que as piores condições socioeconômicas ao longo da vida apresentaram-se como fator de risco para ausência da assistência odontológica.

Conclusão

Os dados desta revisão revelaram que a PNSB tem sido objeto de estudos e pesquisas no campo das iniquidades sociais, evidenciando-se o aumento da produção científica brasileira sobre a temática, principalmente a partir de 2006, a utilização de diversos métodos de pesquisa, inclusive de coorte prospectivo, e a importância estratégica de sua implantação no sentido de buscar um modelo de atenção à saúde bucal fundamentado nas necessidades de saúde bucal da população.

De forma complementar, 51,5% das produções científicas apresentaram abrangência nacional, sendo que a região Nordeste foi a que apresentou o maior número de estudos em relação as demais macrorregiões do país, principalmente relacionadas ao estado da Bahia, expressando assim a importância das universidades e centros de pesquisa do Nordeste na análise da PNSB, destacando-se a Universidade Federal da Bahia que foi uma das instituições com programa de pós-graduação em Saúde Coletiva que mais publicaram ao longo do período analisado.

Diante das considerações, constatou-se que a PNSB tem apresentado avanços na reorganização, expansão e qualificação da atenção básica, com ênfase na ESF; na ampliação da atenção especializada no país, por meio do CEO e LRPD; na ampliação do financiamento da PNSB desde sua implantação no país; na vigilância em saúde bucal, expressa pela consolidação do levantamento epidemiológico SBBrazil no país; e no estímulo à expansão da fluoretação das águas de abastecimento público nos municípios do país. Porém, ainda há desafios, sobretudo, em relação à busca da integralidade da atenção no âmbito da PNSB; na superação do modelo de odontologia privada que vem crescendo nos últimos anos; na busca de reorganizar as práticas de saúde bucal no SUS, de acordo com os princípios da SBC; no desmonte das políticas públicas de saúde que vem ocorrendo nos últimos tempos; e no sentido de fortalecer a participação da população para garantir o direito à saúde bucal no país.

Nesta perspectiva, este estudo contribuiu em compreender a luta cotidiana contra as iniquidades sociais que se expressam no acesso e na atenção à saúde bucal, trazendo um olhar mais abrangente do processo saúde-doença bucal e sua determinação social, que não se restringe no âmbito da saúde, transcendendo às demais políticas sociais e com a necessidade de

ações intersetoriais como a ampliação da política de fluoretação das águas de abastecimento público dos municípios.

Dessa forma, são necessários mais estudos sobre a PNSB, com destaque para a adição de flúor nas águas de abastecimento público, no sentido de garantir o direito à saúde bucal e responder às necessidades sociais de saúde, principalmente da população mais vulnerável, em consonância com os princípios da integralidade e equidade do SUS, contribuindo para a saúde bucal coletiva, campo em permanente construção.

Referências

1. Botazzo C. Saúde Bucal e cidadania. Transitando entre a teoria e a prática. In: Pereira AC (Org.). Odontologia em Saúde Coletiva. Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 17-27.
2. Botazzo C. Integralidade da atenção e produção do cuidado: perspectivas teóricas e práticas para a clínica odontológica à luz do conceito de bucalidade. In: Macau M. Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade. Rio de Janeiro: Rubio; 2008. p. 3-30.
3. Narvai PC. Odontologia e saúde bucal coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994.
4. Narvai P, Frazão P. Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
5. Moysés S. Saúde Bucal. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L, Noronha J, Carvalho A. (Eds). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 705-34.
6. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da Odontologia sanitária à bucalidade. Rev Saúde Pública. 2006;40(espec.):141-7.
7. Botazzo C, Chaves SCL. Saúde bucal coletiva: antecedentes e estado da arte. In: Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 639-48.
8. Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. 10 a 12 de outubro, 1986. Brasília: MS; 1986.
9. Brasil. Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. 25 a 27 de setembro, 1993. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
10. Narvai P. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. Rev Tempus Actas Saúde Coletiva. 2010;5(3):21-34.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
12. Chaves SCL Almeida AMFL, Reis CS, Rossi TRA, Barros SG. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. *Saúde Debate*. 2018; 42(espec. 2):76-91.
13. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006.
14. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto – Enferm*. 2008;17(4):758-64.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13a. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. (Orgs.). *Pesquisa social: teórica, método e criatividade*. 2a. reimpressão. Petrópolis: Vozes; 2019. cap. 4. p. 72-95.
17. Alves FN, de Andrade CL, Vettore MV. Planning oral health care using the sociodental approach and the index of family living conditions: a cross-sectional study in Brazilian adolescents. *BMC Res Notes*. 2015;8(588):1-10.
18. Teixeira AKM, Roncalli AG, Noro LRA. Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: um estudo de coorte. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2018;23(1):249-58.
19. Manfredini, MA, Moysés SJ, Noro, LRA, Narvai, PC. Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI. *Saúde Soc*. 2012;21(2):323-35.
20. Soares FF, Chaves SC, Cangussu MC. Local government and public dental health services: an analysis of inequality in use. *Cad Saude Publica*. 2015;31(3):586-96.
21. Cascaes AM, Camargo MB, Castilhos ED, Silva AE, Barros AJ. Private spending on oral health in Brazil: analysis of data from the Family Budgets Survey, 2008-2009. *Cad Saude Publica*. 2017;33(1):e00148915.
22. Cascaes, AM, Menegaz, AM, Spohr, AR, Bomfim, RA, Barros, AJD. Desigualdades no comprometimento da renda domiciliar dos brasileiros com gastos privados em assistência odontológica. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(7):1-12.

23. Antunes, JLF; Narvai, PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev. saúde pública.* 2010;44(2):360-365.
24. Correa GT, Celeste RK. Association between coverage by oral health teams in the family health and the increase in dental care output in Brazilian municipalities, 1999 and 2011. *Cad Saude Publica.* 2015;31(12):2588-98.
25. Fernandes JK, Pinho JR, Queiroz RC, Thomaz EB. Evaluation of oral health indicators in Brazil: a trend towards equity in dental care? *Cad Saúde Pública.* 2016;32(2):1-18.
26. Martins PHS, Amaral Júnior OL, Faustino-Silva DD, Torres LHN, Giordani JMA. Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil. *Stomatos.* 2017;23(45):4-13.
27. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da Odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(4):1026-35.
28. Souza TM, Roncalli AG. Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation. *Cad Saude Publica.* 2007;23(11):2727-39.
29. Emmi DT, Barroso RF. Evaluation of oral health actions in the Family Health Program in the Mosqueiro district, Parana State, Brazil. *Ciêns Saude Colet.* 2008;13(1):35-41.
30. Pereira CR, Patrício AA, Araújo FA, Lucena EE, Lima KC, Roncalli AG. Inclusion of oral health teams in the Family Health Program and its impact on the use of dental services. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(5):985-96.
31. Baldani MH, Brito WH, Lawder JA, Mendes YB, da Silva Fde F, Antunes JL. Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals. *Rev Bras Epidemiol.* 2010 Mar;13(1):150-62.
32. Baldani, MH; Antunes, JLR. Desigualdades no acesso e utilização de serviços odontológicos: estudo transversal em uma área atendida pela Estratégia Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(supl.2):272-83.
33. Pedrazzi V, Dias KR, Rode SM. Oral health in Brazil--part II: dental specialty centers (CEOs). *Braz Oral Res.* 2008;22(Suppl 1):18-23.
34. Chaves SCL, Barros SG, Cruz DN, Figueiredo ACL, Moura BLA, Cangussu MCT. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(6):1005-13.
35. Souza LF, Chaves SCL. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços Odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2010;34(2):371-87.

36. Pinto V de P, Teixeira AH, Santos PR, de Araújo MW, Moreira MA, Saraiva SR. Evaluation of the accessibility to the Specialized Dental Care Center within the scope of the macro region of Sobral, in the state of Ceará, Brazil. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2014;19(7):2235-44.
37. Machado FC, Silva JV, Ferreira MÃ.,. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2015;20(4):1149-63.
38. Castro RD, Rangel ML, da Silva MA, de Lucena BT, Cavalcanti AL, Bonan PR, Oliveira JA. Accessibility to Specialized Public Oral Health Services from the Perspective of Brazilian Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(10):1-10.
39. Chaves SC, Soares FF, Rossi TR, Cangussu MC, Figueiredo AC, Cruz DN, Cury PR. Characteristics of the access and utilization of public dental services in medium-sized cities. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3115-24.
40. Baldani, Márcia Helena, Ribeiro, Ana Elisa, Gonçalves, Jéssica Rodrigues da Silva Noll, Ditterich, Rafael Gomes. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. *Saúde em Debate*. 2018; 42(spec.1):145-62.
41. Pires, Fabiana Schneider, Botazzo, Carlos. Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal. *Saúde e Sociedade*. 2015;24(1):273-84.
42. Scherer CI, Scherer MD. Advances and challenges in oral health after a decade of the Smiling Brazil Program. *Rev Saúde Pública*. 2015; 49:1-13.
43. Santos NMLD, Hugo FN. Training in Family Health and its association with work processes of Primary Care Dentistry Teams. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2018 Dec;23(12):4319-29.
44. Chaves SC, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. *Health Policy*. 2008;86(1):119-28.
45. Carreiro DL, Oliveira RFR, Coutinho WLM, Martins AMEBL, Haikal, DS. Avaliação da satisfação com a assistência odontológica na perspectiva de usuários brasileiros adultos: análise multinível. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2018;23(12):4339-49.
46. Bartole MS. Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.

47. Garcia DV. A Construção da Política Nacional de Saúde Bucal: percorrendo os bastidores do processo de formulação [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
48. Soares, CLM. A política nacional de saúde bucal no âmbito municipal/ The national oral health policy at the municipal [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2008.
49. Rendeiro, MMP. O ciclo da política de saúde bucal no sistema de saúde Brasileiro: atores, idéias e instituições [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
50. Soares CLM. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. *Braz Oral Res.* 2012;26(Suppl 1):94-102.
51. Vieira, Cristine. Políticas governamentais e planos privados de assistência odontológica no Brasil [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012.
52. Lorena Sobrinho JED. Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da política nacional de saúde bucal no Brasil [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
53. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, Santana SF de, Barros SG de, Santos, CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciêns Saúde Coletiva*; 22(6):1791-803.
54. Maia LS. Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
55. Guimarães, MRC. Política nacional de saúde bucal: estudo dos serviços de reabilitação protética [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
56. Lopes, MGM. Política Carioca Rindo à Toa e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola: análise da política de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o Brasil Sorridente [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
57. Webber AA. Política nacional de saúde bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
58. Martelli PJJ. Política Nacional de Saúde Bucal, da teoria à prática: um estudo de caso acerca de sua implantação em Recife-PE no período 2000 a 2007 A atenção à saúde bucal no estado de Pernambuco: uma avaliação dos modelos assistenciais [tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

59. Contarato PC. Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no município de Vitória, do Espírito Santo [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2011.
60. Soares CLM. A política nacional de saúde bucal no âmbito municipal [dissertação]: Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2011.
61. Martinho LVS. A política nacional de saúde bucal em municípios da região metropolitana de São Paulo, na primeira década do século XXI [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
62. Ilha MC, Borges TS, Imperatore SLB, Fontanella VRC. Política de saúde bucal do Município de Porto Alegre: Análise do banco de dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. *Stomatos*. 2015;21(40):36-44.
63. Lemos PN, Rodrigues DA, Frazão P, Hirooka LB, Guisilini AC, Narvai PC. Oral health care in the Xingu Indigenous Park, Brazil, from 2004 to 2013: an analysis based on evaluation indicators. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(4):1-11.
64. Freire ALASS. Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
65. Santana VGD; Lima AS, Macedo CLSV, Pimentel Junior FCJ, Araújo JLAC; Martelli PJJ. Análise da evolução e financiamento da assistência odontológica na média complexidade no município do Recife no período de 2000 a 2007. *Cad Saúde Coletiva*. 2008;16(3):
66. Pucca Junior GA, Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res*. 2010;24(supl. 1):26-32.
67. Rossi TRA, Chaves SCL, Almeida AMFL, Santos CML, Santana SF. O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017. *Saúde Debate*. 2018 42(119); 826-36.
68. Barbato, PR, Nagano, HCM, Zanchet, FN, Boing, AF, Peres, MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1803-14.
69. Pinto RS, Loyola Filho AI, Matos DL. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(2):531-44.

70. Guiotoku, SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2012;31(2):35-41.
71. Bueno, RE, Moysés, ST, Bueno, PAR, Moysés, SJ. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2014;36(1):17-23.
72. Fonseca LL, Nehmy RM, Mota JA. The social value of teeth and access to dental health services. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3129-38.
73. Vettore MV, Marques RAA, Peres MA. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(supl. 3):29-39.
74. Roncalli AG, Tsakos G, Sheiham A, de Souza GC, Watt RG. Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults. *BMC Public Health*. 2014;14:1-11.
75. Veiga Pessoa DM, Roncalli AG, de Lima KC. Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2016;17(1):1-8.
76. Andrade FB, Antunes JLF. Trends in socioeconomic inequalities in the prevalence of functional dentition among older people in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(10):7-9.
77. Antunes JLF. Fluoretação da água e mais dentistas no SUS diminuem desigualdades em saúde bucal. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(2):366-9.
78. Alves FN, de Andrade CL, Vettore MV. Planning oral health care using the sociodental approach and the index of family living conditions: a cross-sectional study in Brazilian adolescents. *BMC Res Notes*. 2015;8:1-10.
79. Silva JV, Machado FCA, Ferreira MAF. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2539-48.
80. Fabruccini A, Alves LS, Alvarez L, Alvarez R, Susin C, Maltz M. Comparative effectiveness of water and salt community-based fluoridation methods in preventing dental caries among schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2016 Dec;44(6):577-85.
81. Frazão P, Narvai, PC. Water fluoridation in Brazilian cities at the first decade of the 21st century. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(5):1-11.
82. Aguiar VR, Pattussi MP, Celeste RK. The role of municipal public policies in oral health socioeconomic inequalities in Brazil: A multilevel study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018;46(3):245-50.

83. Almeida AMFL, Chaves SCL, Nunes LR, Araújo CO. Posicionamento das entidades odontológicas sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2015-2017. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe2): 92-110.
84. Silva HECD, Gottens LBD. The interface between primary and secondary care in dentistry in the Unified Health System (SUS): an integrative systematic review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(8):2645-57.
85. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública*;46(2):250-58.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar o debate sobre as iniquidades sociais e saúde bucal a partir da construção teórico-conceitual da determinação social do processo saúde-doença, percebe-se a importância deste debate estar vinculado a uma ação política, com um potencial transformador de despertar a consciência dos sujeitos em relação às contradições socio-históricas iníquas da sociedade capitalista, explicitadas na determinação estrutural do processo saúde-doença, com o resgate da Medicina Social e dos fundamentos da Saúde Coletiva.

Nesta perspectiva, a apropriação do debate teórico conceitual de determinação social do processo saúde-doença, vinculado intrinsecamente aos fundamentos da RSB, deu origem à SBC no final da década de 1980. Esse movimento teórico-político tem sido importante no sentido de trazer transformações relevantes nos processos de formação de estudantes de Odontologia no que se refere à construção de um cuidado integral; no âmbito das políticas de saúde bucal, no caso a PNSB, de reorientar as práticas de cuidado mais centradas nos sujeitos, e; na produção de conhecimento científico no sentido de incorporar a construção crítica da determinação social do processo saúde-doença no campo acadêmico.

Neste contexto de análise do conhecimento científico do campo da saúde bucal coletiva, a produção sobre iniquidades sociais e saúde bucal no Brasil e América Latina mostrou um aumento expressivo ao longo das últimas décadas, principalmente a partir de 2006, com 2,5% na década de 1990, para 27,7% na década de 2000 e 69,9% no período de 2001- 2017, com uma tendência de triplicar o volume dos estudos até o final do ano de 2019 em relação à década anterior. Porém, observou-se um conhecimento centrado no enfoque dos determinantes sociais da saúde, tema retomado pela CDSS da OMS na década de 2000, e bem menos atento à perspectiva teórica crítica da Medicina Social e Saúde Coletiva, o que reflete em um espaço de disputas com diferenças de perspectivas conceituais, teóricas e metodológicas que se refletem no campo da saúde bucal.

De igual forma, observou-se o predomínio de estudos voltados à análise dos comportamentos individuais e estilos de vida relacionados à saúde bucal, ou seja, às práticas individuais de higiene bucal, ao consumo de açúcares, ao uso de tabaco, bem como ao consumo excessivo de álcool, em detrimento da análise de perspectivas críticas, à luz da teoria da determinação social do processo saúde-doença, que incorporem os aspectos estruturais e políticos da organização social em que os sujeitos estão inseridos e que impactam sobre o processo saúde-doença bucal.

Vale ressaltar que as abordagens centradas em comportamentos individuais e estilos de vida acabam por não reconhecer as estruturas sociais que influenciam e determinam as escolhas, principalmente em contextos de profundas iniquidades sociais, em que as margens de escolha por parte de determinados grupos sociais praticamente não existem. Neste contexto, percebe-se a inexistência de opções ou chances de escolhas, principalmente para as classes sociais mais vulneráveis, somente meios de sobrevivência diante de profundas iniquidades sociais que se refletem na saúde bucal, produzindo diversas condições como as cáries não tratadas, perdas de dentes, dores, infecções e danos psicológicos da mutilação dentária.

Ao mesmo tempo, as propostas hegemônicas que reduzem a saúde bucal ao nível individual e naturalizam os processos sociais, ancoradas na perspectiva da tradicional educação em saúde, acabam por culpabilizar os sujeitos por suas condições de saúde bucal, com uma concepção biomédica que reduz o processo saúde-doença bucal a um olhar individualizado, desconectado das condições sociais em que os sujeitos estão inseridos.

As mutilações dentárias entre adultos e idosos brasileiros expressam sinais de exclusão e de profundas iniquidades sociais historicamente presentes no modelo de atenção à saúde bucal do país, caracterizado por práticas individuais em detrimento das coletivas, privadas e hegemonicamente centradas no modelo biomédico, que compreendem a condição bucal somente por seus aspectos biológicos, separando o sujeito de seu contexto de vida. Este deslocamento para o campo biológico acaba produzindo a culpabilização dos sujeitos pelas condições de vida e de saúde bucal, e ao não questionamento dos processos sociais inerentes à forma de organização da sociedade, gerando mais preconceitos e discriminações diante da imensa exclusão social.

Neste sentido, torna-se imprescindível um debate da determinação social do processo saúde-doença seja incorporado à produção científica da saúde bucal, no sentido de propor reflexões em defesa do direito à saúde bucal para que se consiga alcançar a raiz das iniquidades sociais, com uma perspectiva crítica mais abrangente sobre os processos sociais, que se traduz no modo de produção capitalista vigente e suas contradições que afetam a saúde, inclusive a saúde bucal.

No que diz respeito aos recortes temáticos da produção científica latino-americana sobre iniquidades sociais e saúde bucal, a análise apontou uma abrangência de temas, com ênfase na publicação de estudos epidemiológicos, principalmente no Brasil, destacando-se os estudos relacionados ao SBBrasil. Porém, observou-se que as temáticas de políticas públicas de saúde e de saúde bucal coletiva, de forma geral, têm ganhado maior espaço nos debates

com uma perspectiva crítica do processo saúde-doença bucal e sua determinação social, sendo o foco desta reflexão, inserindo a discussão sobre um conjunto de desafios a serem enfrentados diante da complexidade do tema.

Entre as questões que permitem pensar a saúde bucal na perspectiva crítica pode-se discorrer sobre a estrutura curricular dos cursos de Odontologia, que mesmo quando propositores de uma formação voltada para a construção do cuidado integral em saúde bucal, suas bases predominantes produzem um olhar fragmentado sobre o cuidado, com um conhecimento centrado na operacionalidade técnica voltada para um núcleo de saberes especializados, em detrimento de práticas de saúde bucal voltadas para as necessidades sociais dos sujeitos, bem como de perspectivas críticas sobre a complexidade do processo saúde-doença bucal e sua determinação social. Certamente, os desafios são grandes e exigem análise crítica das bases do conhecimento, no sentido de incorporar perspectivas pedagógicas voltadas a integração ensino-serviço e para a formação de profissionais com uma consciência crítica sobre o processo saúde-doença bucal e comprometidos com as transformações sociais.

O segundo desafio desta reflexão crítica está relacionado às práticas de saúde bucal, cabe indagar em que medida há um predomínio da medicalização social e das práticas voltadas para as necessidades do mercado sobre o cuidado centrado nas necessidades de saúde bucal coletiva. Por outro lado, surgem outros questionamentos de como os profissionais que não tiveram uma formação voltada para a integralidade lidam com a complexidade do processo saúde-doença bucal e sua determinação social? Diante disso, é preciso potencializar as tecnologias leves e repensar uma práxis voltada para a construção coletiva da saúde bucal, na luta cotidiana contra as iniquidades sociais que se manifestam no processo saúde-doença bucal.

Outra questão a ser considerada na perspectiva da determinação social é a participação da população na construção da política de direitos sociais, inclusive o direito à saúde bucal, e na consolidação da equidade, da universalidade e da integralidade do SUS. Neste sentido, cabe indagar em que medida a construção democrática com a participação de todos envolvidos no SUS vem se transformando para responder aos desafios postos pelas práticas corporativas e em defesa da saúde bucal como conceito ampliado relacionado às condições sociais e de vida.

Em relação à produção científica brasileira, a partir da implementação do SBBrasil 2003, observou-se um aumento principalmente no período de 2010 a 2013 e uma abrangência de temas, o que remete à importância dos dados do SBBrasil que ampliaram o conhecimento sobre as condições de saúde bucal da população brasileira, evidenciando-se iniquidades

sociais do processo saúde-doença bucal principalmente nas regiões Norte e Nordeste, contribuindo para uma melhor percepção de que a implementação da PNSB nos municípios deve ser acompanhada do princípio da equidade.

Os temas que emergiram a partir da análise mostraram que o SBBrasil têm proporcionado uma maior aproximação do SUS com a produção científica acadêmica, com a produção de um conjunto de recortes de objetos de estudos, cujo eixo central está relacionado à implantação da PNSB no país, abrangendo as condições de saúde-doença bucal, os aspectos metodológicos do SBBrasil, a autopercepção e impactos na qualidade de vida, a utilização dos serviços odontológicos, bem como a temática sobre a raça e condições de saúde-doença bucal.

Em relação os desafios do SBBrasil, aponta-se que ainda há necessidade de avanços nos municípios em relação à incorporação do planejamento e da programação em saúde bucal à prática cotidiana das equipes de saúde bucal, incluindo a análise da situação de saúde bucal da população, de maneira a organizar os serviços com ações programadas centradas nas necessidades coletivas do SUS, o que reflete a necessidade da vigilância em saúde bucal. Esta precisa estar inserida em todos os níveis de atenção, trazendo ao campo a reflexão de que as práticas nos serviços públicos vão além do âmbito da clínica odontológica.

Vale ressaltar que a discussão da produção acadêmica no contexto do SBBrasil, não se limitou à concepção biológica, incorporando o impacto e desafios da PNSB sobre as iniquidades sociais. A política de reorganização da atenção básica, a adoção das equipes de saúde bucal da ESF, a ampliação de ações e serviços na atenção especializada, por meio da implantação dos CEO e LRPD, a política de expansão da fluoretação da água de abastecimento público, bem como a vigilância em saúde bucal, por meio dos levantamentos epidemiológicos nacionais de saúde bucal, ilustram processos de transformação social em curso.

Assim, com o panorama das condições de saúde bucal da população brasileira a partir do SBBrasil, comparando-se os dados de 2003 e 2010, percebe-se que a saúde bucal evoluiu do campo individual, mutilador e curativista para uma abordagem ampliada do processo saúde-doença bucal, considerando-se a elaboração da PNSB em 2003, no sentido de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção, gerando a inclusão de uma população historicamente excluída e desenvolvendo suas ações em todas as fases de vida, infância, adolescência, adultos e idosos, não restringindo a atenção à grupos populacionais tradicionalmente priorizados como pré-escolares e escolares, da forma que era realizado no sistema incremental.

Em relação aos avanços e desafios da PNSB para reduzir as iniquidades sociais no país, a análise da produção científica brasileira mostrou que a PNSB tem sido objeto de pesquisas, apontando-se um aumento expressivo principalmente a partir de 2006. Ademais, os propósitos dos estudos não se limitaram às ações no âmbito da saúde bucal, abrangendo, além das temáticas de reorganização da atenção, de implantação da PNSB e financiamento no SUS e de vigilância em saúde bucal, uma discussão sobre a necessidade de ações intersetoriais como a expansão da fluoretação das águas de abastecimento público nos municípios do país, com ações de natureza abrangente que impactam nos principais indicadores epidemiológicos de saúde bucal.

O lançamento da PNSB marcou a trajetória dos modelos de atenção à saúde bucal, sendo elaborada e consolidada como uma política diferenciada e destacada, pautada nos princípios e diretrizes do SUS, com o escopo de recuperar a saúde bucal como direito de cidadania, representando o compromisso do Estado diante das contradições históricas com a saúde bucal da população, persistindo altos índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, bem como a falta de acesso a serviços de saúde bucal, principalmente dos grupos socialmente mais vulneráveis.

Quase duas décadas de lançamento da PNSB, também denominada de Brasil Sorridente, muitas mudanças ocorreram no sentido de reorganizar a atenção em saúde bucal em todos os níveis, abrangendo a ESF para auxiliar na reorganização da atenção básica em saúde bucal, articulando-a com a atenção especializada, com a implantação dos CEO e dos LRPD. Diante disso, a política compreende ações de prevenção, de recuperação e de reabilitação de acordo com as necessidades locais, individuais e coletivas, bem como a valorização do cuidado em saúde bucal, a humanização das relações, o acolhimento e o vínculo da equipe com o usuário, considerando-se as características regionais, culturais, epidemiológicas e socioeconômicas, consolidando-se como uma política integral, cujas diretrizes norteiam a construção de experiências de práticas de saúde bucal mais integrais.

Por outro lado, há desafios da PNSB para enfrentar as dimensões estruturais das iniquidades sociais, buscando-se a integralidade a partir de uma rede de atenção básica com suporte eficiente e de qualidade de média e alta complexidades e no sentido de reformular o campo de práticas em saúde bucal, de forma a romper com práticas ineficientes, mutiladoras e fragmentadas, trazendo para o campo reflexões e transformações mais profundas que aquelas centradas na operacionalidade técnica, respeitando a autonomia das pessoas e fortalecendo a participação da população. A expansão de modelo de Odontologia Privada e de planos odontológicos acessíveis somente para quem pode pagar pelos serviços também constitui um

desafio. Além disso, vale ressaltar a conjuntura política e econômica atual do país refletindo em desmontes de um conjunto de políticas setoriais, incluindo a saúde bucal, repercutindo na população mais vulnerável.

De um modo geral, os resultados obtidos nesta pesquisa apontam para a necessidade de mais estudos vinculados ao marco teórico da construção crítica da determinação social do processo saúde-doença, com resgate dos pressupostos da RSB, contribuindo para um olhar mais abrangente e trazendo para o debate a necessidade de construir a saúde bucal com responsabilização compartilhada entre os níveis federal, estadual e municipal, abrangendo as ações do Estado, do sistema de saúde, de participação da população, bem como de ações intersetoriais, no sentido de pensar em uma construção democrática de rede de cuidado centrada nas necessidades dos sujeitos, na luta contra as contradições da sociedade capitalista.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2009.
- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciêñ Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, out./dez. 2004.
- ALMEIDA-FILHO, P.; PAIM J.S. Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 13-27.
- ARAÚJO, J.W. Epidemiologia e senso comum: a construção compartilhada do conhecimento em saúde In: BAGRICHEVSKY, M.; ESTEVÃO, A. (Orgs.). **Saúde Coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. Ilhéus: Editus, 2015. p. 473-511.
- ARCAYA, M.C.; ARCAYA, A.L.; SUBRAMANIAN, S.V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Glob Health Action**, Philadelphia, v. 24, n. 8, p. 1-13, June 2015.
- AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1975.
- AQUINO, R. et al. Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 353-371.
- BALESTRIN, M.F.; BARROS, S.A.B.M. A relação entre a concepção do processo saúde e doença e identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **Voos – Rev Polidisc Eletr Fac Guairacá**, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 18-41, jul. 2009.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 120 p.
- BARATA, R. B. Desigualdade sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 457-486.
- BARATA, R. B. Epidemiologia e saber científico. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 14-27, abr. 1998.
- BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde doença. **Rev USP**, São Paulo, n. 51, p. 138-145, set./nov. 2001.
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 7-17, mar. 2005.

BARROS, M. B. A. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 15, n. 51, p. 1-8, mar. 2017.

BARTOLE, M. C. S. Concepção e formulação de políticas e programas com enfoque da integralidade: o exemplo da Política Nacional de Saúde Bucal. In: MACAU, M. **Saúde Bucal Coletiva: implementando idéias, concebendo integralidade**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008. p. 161-173.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BLANE, D. et al. Social-biological transitions: how does the social become biological? **Long Life Course Studies**, Bristol, v. 4, n. 2, p. 136-146, Jan, 2013.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Vol. I. 4. ed. Brasília: Universidade de Brasília; 1998. 674p.

BOTAZZO, C. **Da Arte Dentária**. São Paulo: Hucitec, FAPESP; 2000.

BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013.

BOTAZZO, C. et al. **Saúde bucal coletiva**. 1988. (Texto elaborado como material de apoio para formação do ACD e THD, no projeto Larga escala).

BOTAZZO, C.; CHAVES, S. C. L. Saúde bucal coletiva: antecedentes e estado da arte. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 639-648.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-136, maio/ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS; 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010**. Relatório Final. Brasília, DF, 2011.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 41-80.

CARVALHO, A.I.; BUSS, P.M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes, 2008. p. 141-166.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec; 2005. 183p.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M.S. **Correndo o risco uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. 134p.

CHAVES, S.C.L.; BOTAZZO, C. Prevenção, atenção e vigilância da saúde bucal. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 465-477.

CHAVES, S. C. L.; ROSSI, T. A.; FREIRE, A. M. Implementação de serviços públicos odontológicos especializados no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 227-253.

CLARK, O. A. C.; CASTRO, A. A. A pesquisa. **Pesqui Odontol Bras**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 67-69, maio 2003.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE - CNDSS. **Iniquidades em Saúde no Brasil: nossa mais grave doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/369572>>. Acesso em: 25 nov. 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296p.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E.M.G.S.; OVIEDO, R.A.M. **Os sentidos da Saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 119p. (Coleção Temas em Saúde).

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 202-210.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes, 2008. p. 385-434.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. 4a. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FERREIRA, E. B.; ABREU, T. Q.; OLIVEIRA, A. E. F. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: revisão de literatura. **Rev Pesq Saúde**, São Luís, v. 12, n. 3, p. 37-42, set./dez. 2011.

FIORATI, R.C. et al. Social iniquities and intersectoriality: challenge to primary health care. **J Nurs UFPE**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1705-1716, June 2018.

FRANCO, S. et al. **Debates em Medicina Social**. Equador: Ediciones OPS/Alames, Série Desarrollo de Recursos Humanos, 92, 1991.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. 11a. ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 54-69.

GALOBARDES, B.; LYNCH, J.; SMITH, G.D. Measuring socioeconomic position in health research. **Br Med Bull**, London, v. 81-82, n. 1, p. 21-37, Feb. 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 8a. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa social: teórica, método e criatividade**. 2a. reimpressão. Petrópolis: Vozes, 2019. cap. 4. p. 72-95.

GONZALEZ, V. V. **A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde**. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V.; ALMEIDA-FILHO, N. A glossary for health inequalities. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 56, n. 9, p. 647-652, Sep. 2002.

KRIEGER, N. A glossary for social epidemiology. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 55, n. 10, p. 693-700, Oct. 2001.

KRIEGER, N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? **Soc Sci Med**, Pergamon, v. 39, n. 7, p. 887-903, Oct. 1994.

LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como processo social. **Cuad Med Soc**, Rosario, v. 2, n. 19, p. 7-25, Ene.1982.

LORENA SOBRINHO, J. E. D. **Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da política nacional de saúde bucal no Brasil**. 2014. 225 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2014.

MACINKO, J. A.; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001. **Int J Equity Health**, London, v. 1, n. 1, p. 1-20, Apr. 2002.

MARMOT, M. G. et al. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. **J Epidemiol Community Health**, London, v. 32, n. 4, p. 244-249, Dec. 1978a.

MARMOT, M. G. et al. The changing social class distribution of heart disease. **Br Med J**, London, v. 2, n. 6145, p. 1109-1112, Oct. 1978b.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **Lancet**, London, v. 365, n. 9464, p. 1099-10104, Mar. 2005.

MARMOT, M. **The Marmot review final report: fair society, healthy lives.** University College London, 2010. 237p.

MARMOT, M.; BELL, R. Social inequalities in health: a proper concern of epidemiology. **Ann Epidemiol**, New York, v. 26, n. 4, p. 238-240, Apr. 2016.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 533-552, dez. 1986.

MOREIRA, M. C. **Determinação social da saúde: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira.** 2013. 144 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Rev Tempus – Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 5, n. 3, p. 21-34, jul./set. 2011.

NARVAI, P. C. et al. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão social. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 19, n. 6, p. 385-393, June 2006.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva.** São Paulo: Hucitec; 1994.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 18-21, mar. 2006a.

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da Odontologia sanitária à bucalidade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. espec., p. 141-147, ago. 2006b.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

NICKEL, D. A.; LIMA, F. G.; SILVA, B. B. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 241-246, fev. 2008.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 107-116, ago. 1998.

PAIM, J. S. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).

OLIVEIRA, M. A. **A perspectiva civilizatória das ações coletivas em saúde.** 2014. 83 f. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia, São Paulo, 2014.

PUCCA JUNIOR, G. A.; LUCENA, E. H. G.; CAWAHISA, P. T. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 26-32, Out./Dec. 2010.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-114, jan./mar. 2006.

- RONCALLI, A. G. et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, supl., p. 40-57, 2012.
- ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- RUIZ MENDOZA, D. C.; MORALES BORRERO, M. C. Social determination of the oral health-disease process: a social-historical approach in four Latin American countries. **Invest Educ Enferm**, Medellín, v. 33, n. 2, p. 248-259, May/Aug. 2015.
- SILVA, J. V.; MACHADO, F. C. A.; FERREIRA, M. A. F. As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2539-2548, ago.2015.
- SINGH, A. et al. Theoretical basis and explanation for the relationship between area-level social inequalities and population oral health outcomes – a scoping review. **SSM Popul Health**, London, v. 2, n. 1, p. 451-462, June 2016.
- SISSON, K. L. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 35, n. 2, p. 81-88, Apr. 2007.
- SOARES, C. L. M. **A constituição da saúde bucal coletiva no Brasil**. 2014. 180 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Salvador, 2014.
- SOARES, C. L. M. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. **Braz Oral Res**, São Paulo, v. 26, n. espec. 1, p. 94-102, Oct. 2012.
- SOARES, C. L. M. et al. O espaço da saúde bucal coletiva: contribuições para compreensão da formulação e implementação das políticas de saúde bucal no Brasil. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: EDUFBA, 2016.
- SOARES, C. L. M. et al. O movimento da Saúde Bucal Coletiva no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1805-1816, jun. 2017.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. S.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, jan./mar. 2010.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: MS/UNESCO; 2002.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes, 2008. p. 215-243.
- WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**, v. 52, n. 5, p. 546-553, Dec. 2005.
- VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11-48, dez. 1998.

VIANNA, M. I.; PAIM, J. Estado e atenção à saúde bucal no Brasil no período pré-constituente. In: CHAVES, S. C. L. (Org.). **Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática**. Salvador: Edufba; 2016. p. 79-116.

WILKINSON, R. G.; MARMOT, M. **Social determinants of health: the solid facts**. 2nd ed. World Health Organization, 2003.

WILKINSON, R. **Unhealthy societies: the afflictions of inequality**. London New York: Routledge, 1996.

APÊNDICE – PUBLICAÇÕES UTILIZADAS NOS ARTIGOS

Quadro A – Artigo 1 - Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa

Ano	Autores	Titulo
1992	Pinto	A questão epidemiológica e a capacidade de resposta dos serviços de saúde bucal no Brasil
1993	Poletto	Levantamento epidemiológico do estado de saúde bucal da população urbana da cidade de Bauri
1994	Maciel	Saúde bucal infantil: a participação da mãe
1996	Freire & Rosana	Assistência à saúde bucal nas creches de Goiânia
1996	Tomita et al.	Prevalence of dental caries in children from 0 to 6 years old attending nursery: the influence of socioeconomic factors.
1997	Freire et al.	Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de seis a doze anos de idade, Goiânia, GO, Brasil, 1994
1999	Freire et al.	Prevalência de cárie e necessidades de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino
2000	Peres et al.	Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais
2000	Unfer & Orlando	Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal
2001	Elias et al.	A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto
2001	Gesser et al.	Gingival and periodontal conditions associated with socioeconomic factors.
2001	Silva et al.	Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos
2001	Barros et al.	Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses
2002	Baldani et al.	Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996
2002	Gontijo	A saúde bucal e coletiva na visão do estudante de odontologia: estudo de uma experiência
2002	Matos et al.	Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato
2003	Fraão et al.	Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade: estado de São Paulo, Brasil, 1998
2004	Ferreira et al.	Educação em saúde bucal para pacientes adultos: relato de uma experiência
2004	Finkler et al.	Saúde bucal materno-infantil: um estudo de representações sociais com gestantes
2004	Pauleto et al.	Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares
2004	Biazevic et al.	Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil
2004	Baldani et al.	Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil
2005	Lucas et al.	Variations in tooth decay rates among children 5 and 12 years old in Minas Gerais, Brazil.
2005	Mello et al.	Áreas rurais: pólos de concentração de agravos à saúde bucal?
2005	Fernandes & Peres	Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais
2005	Moreira et al.	A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal
2006	Victora et al.	Methodological aspects of the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study
2006	Roncalli	Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado
2006	Antunes et al.	Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil
2006	Matos & Lima-Costa MF	Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003
2006	Silva et al.	Saúde bucal e autopercepção em adultos e idosos de Piracicaba, SP
2006	Reis et al.	Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005
2006	Araújo et al.	Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil
2006	Figueiredo et al.	Frequência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida: avaliação dos efeitos de características sócio-demográficas e do estilo de vida
2006	Silva et al.	Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil
2006	Santos	Da fragmentação à integralidade: construindo e desconstruindo a prática da saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas
2006	Warmling et al.	Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista
2006	Ferreira et al.	A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal
2007	Figueira	Educação em saúde bucal para gestantes: possibilidades de construção e multiplicação de saberes
2007	Junqueira	Efetividade de procedimentos coletivos em saúde bucal: cárie dentária em adolescente de Embu, SP, 2005
2007	Tassinari et al.	Contexto sócio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível
2007	Bastos et al.	Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual
2007	Barbato et al.	Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003)
2007	Solla et al.	Mudanças recentes no financiamento federal do Sistema Único de Saúde: atenção básica à saúde
2007	Moreira et al.	Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil
2007	Hiramatsu et al.	Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos
2007	Matos & Lima-Costa	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)
2007	Martins et al.	Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros
2007	Villalobos-Rodelo et al.	Socioeconomic and sociodemographic variables associated with oral hygiene status in Mexican schoolchildren aged 6 to 12 years.
2008	Borges et al.	Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003
2008	Tobias et al.	Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico

2008	Granville-Garcia et al.	Influência do fator socioeconômico no comportamento dos adolescentes em relação à saúde bucal
2008	Mello et al.	Prevalência de cárie não tratada na dentição decidua em áreas urbanas e rurais do Estado de São Paulo, Brasil
2008	Almeida & Ferreira	Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo
2008	Toledo	A interface da urgência em saúde bucal no SUS: o caso de um Pronto Socorro, no município de São Paulo, 2006
2008	Silva et al.	A salutogenic approach to oral health promotion
2008	Faustino-Silva et al.	Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de Porto Alegre, RS
2008	Lacerda et al.	Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil
2008	Oliveira	O técnico de higiene bucal: trajetória e tendências de profissionalização com vista ao maior acesso aos serviços de saúde bucal
2008	Nations et al.	Cultural significance of primary teeth for caregivers in Northeast Brazil
2008	Domingues et al.	Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde
2008	Rosa et al.	Odontogeriatrics: a saúde bucal na terceira idade
2008	Noro et al.	Use of dental care by children and associated factors in Sobral, Ceará State, Brazil.
2008	Rocha & Goes	Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil
2008	Ramírez et al.	Representaciones sociales sobre salud oral y su relación con los discursos y prácticas profesionales
2009	Celeste	Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal/ Socioeconomic inequalities and oral health
2009	Barbato & Peres	Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional
2009	Araújo et al.	Aspectos da saúde bucal de adultos no município de Grão Mogol/ Aspects of the oral health of adults in the city of Grão Mogol
2009	Ferreira et al.	Saúde bucal de idosos residentes em instituições de longa permanência de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
2009	Bastos et al.	Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents
2009	Mendonça	Saúde da Família, agora mais do que nunca!
2009	Silva	Desvelando os mistérios da saúde bucal: estudo epidemiológico e contribuições da salutogênese para a promoção da saúde bucal
2009	Moimaz et al.	Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos
2009	Martins et al.	Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional
2009	Mesquita & Vieira	Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida
2009	Bastos	Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 a 19 anos, numa dicotomia socioeconômica, no município de Bauru, São Paulo, em 2009
2009	Gontijo et al.	A saúde bucal coletiva na visão do estudante de odontologia: análise de uma experiência
2009	Pinheiro et al.	A formação do cirurgião-dentista no Brasil: contribuições de estudos para a prática da profissão
2009	Pereira et al.	Impacto da Estratégia Saúde da Família com equipe de saúde bucal sobre a utilização de serviços odontológicos
2009	Cohen-Cameiro et al.	Oferta e utilização de serviços de saúde bucal no Amazonas, Brasil: estudo de caso em população ribeirinha do Município de Coari
2009	Dias	A saúde bucal do idoso assistido em domicílio
2009	Araújo et al.	Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil
2009	Baldani et al.	Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná
2009	Agudelo Suárez & Martínez Herrera	La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico
2009	Rengifo-Reina & Corchuelo-Ojeda	Inequalities in oral health services in Cali, Colombia.
2010	Freire MCM et al.	Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil
2010	Rihs et al.	Desigualdades na distribuição da cárie dentária em adolescentes de Indaiatuba (SP), 2004
2010	Mendes et al.	Discriminant validity of the International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and comparability with World Health Organization criteria in a cross-sectional study.
2010	Piovesan et al.	Socioeconomic inequalities in the distribution of dental caries in Brazilian preschool children.
2010	Arantes et al.	Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil
2010	Rodrigues et al.	Agente comunitário de saúde: sujeito da prática em saúde bucal em Alagoinhas, Bahia
2010	Chaves et al.	Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado
2010	Saliba et al.	Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional
2010	Manfredini	Saúde bucal na perspectiva de usuários do Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo no início do século XXI
2010	Antunes & Narvai	Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde
2010	Antunes	Fluoretação da água e mais dentistas no SUS diminuem desigualdades em saúde bucal
2010	Campos et al.	Conhecimento de mães de diferentes classes sociais sobre saúde bucal no município de Cocal do Sul (SC)
2010	Piovesan et al.	Impact of socioeconomic and clinical factors on child oral health-related quality of life (COHRQoL).
2010	Alcarde et al.	Qualidade de vida pela saúde bucal em uma população de idosos do município de Piracicaba: um estudo transversal
2010	Cohen-Cameiro et al.	Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil
2010	Cruvinel et al.	A formação do cirurgião-dentista generalista na Universidade Católica de Brasília
2010	Fadel & Saliba	As representações sociais como instrumento de informação para a saúde bucal coletiva
2010	Pereira AC et al.	Saúde bucal coletiva: principais metodologias de estudo utilizadas em manuscritos nacionais e internacionais publicados no período de 2002 a 2007
2010	Batista	Associação entre indicadores de atenção primária em saúde bucal e condições socioeconômicas e de provisão de serviços públicos odontológicos nos municípios do Estado de Goiás
2010	Fischer et al.	Indicadores de atenção básica em saúde bucal: associação com as condições socioeconômicas, provisão de serviços, fluoretação de águas e a estratégia de saúde da família no Sul do Brasil
2010	Robles et al.	Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina
2010	Baldani et al.	Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda
2011	Fonseca et al.	Public primary oral health care: a bioethical reflection

2011	Koltermann et al.	The association between individual and contextual factors and functional dentition status among adults in Rio Grande do Sul State, Brazil: a multilevel study.
2011	Celeste et al.	The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases
2011	Piovesan et al.	Inequalities in the distribution of dental caries among 12-year-old Brazilian schoolchildren.
2011	Frias et al.	Estudo de base populacional sobre as condições periodontais e determinantes socioeconômicos em adultos residentes no município de Guarulhos (SP), Brasil, 2006
2011	Piovesan et al.	Socioeconomic and clinical factors associated with caregivers' perceptions of children's oral health in Brazil.
2011	Borges	A potencial influência do capital social na saúde bucal: um estudo de perdas dentárias em adultos
2011	Martins et al.	Association between socioeconomic factors and the choice of dentifrice and fluoride intake by children.
2011	Silva et al.	Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009
2011	Freire	Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local
2011	Fernandes	A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde
2011	Cunha et al.	Saúde bucal em Diadema: da odontologia escolar à estratégia saúde da família
2011	Komis et al.	Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais
2011	Moreira Júnior	Capital social e saúde bucal: contribuição de programa socioeducativo
2011	Cohen-Carneiro et al.	Quality of life related to oral health: contribution from social factors
2011	Silva	Avaliação da influência da saúde bucal na qualidade de vida de pré-escolares no município de Porto Velho/RO
2011	Souza et al.	Qualidade de Vida do Cuidador e Saúde Bucal do Indivíduo com Necessidade Especial
2011	Fonseca et al.	Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada
2011	Passos et al.	Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais
2011	Coimbra et al.	Reorganização da demanda para atendimento odontológico no município de Amparo/SP: o desafio de garantir o acesso equânime às ações de saúde bucal
2011	Peres et al.	Oral health studies in the 1982 Pelotas (Brazil) birth cohort: methodology and principal results at 15 and 24 years of age
2011	Baldani & Antunes	Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy
2011	Piovesan et al.	Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren.
2011	Guimarães et al.	Associação entre as ações de serviços de saúde bucal, Índice de Desenvolvimento Humano, presença de água fluoretada e cárie dentária em crianças aos cinco anos de idade
2011	Santos et al.	Contexto familiar e condições de saúde bucal em crianças de 2 a 5 anos no município de Salvador, Bahia: uma análise descritiva
2011	Alves	Organização da atenção em saúde bucal na estratégia saúde da família: análise da utilização da abordagem sócio-dental e do Índice de Desenvolvimento Familiar na ESF Mangueiras, RJ
2011	Carnut et al.	Validação inicial do índice de necessidade de atenção à saúde bucal para as equipes de saúde bucal na estratégia de saúde da família
2012	Peres et al.	Desigualdades contextuais e individuais da prevalência de dor dentária em adultos e idosos no Brasil
2012	Barros et al.	Perfil da saúde bucal de trabalhadores na indústria metalúrgica
2012	Batista et al.	Risk indicators for tooth loss in adult workers.
2012	Ferreira et al.	Odontalgia associada a variáveis socioeconômicas, psicossociais e saúde bucal
2012	Leitão et al.	Fatores socioeconômicos associados à necessidade de prótese, condições odontológicas e autopercepção de saúde bucal em população idosa institucionalizada
2012	Fontanini	A relação entre rede e apoio social com a saúde bucal em adolescentes
2012	Mendonça et al.	Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005
2012	Guiotoku et al.	Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil
2012	Bertanha et al.	Atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas: evolução e desafios - uma revisão de literatura
2012	Navarro et al.	Social disparity and oral health.
2012	Lacerda et al.	Relação entre senso de coerência materno, condições socioeconômicas e percepção da saúde bucal
2012	Andrade et al.	Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil.
2012	Andrade et al.	Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians.
2012	Vasconcelos et al.	Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro
2012	Moura	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
2012	Palmier et al.	Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida
2012	Silva et al.	A percepção dos usuários sobre a incorporação da equipe de saúde bucal no Programa de Saúde da Família
2012	Bulgarelli et al.	Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião dentista
2012	Bulgarelli et al.	Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos
2012	Peres et al.	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)
2012	Machado et al.	Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil
2012	Peres et al.	Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008
2012	Pinto et al.	Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira
2013	Costa et al.	Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética
2013	Kobayashi	Efeito residual na saúde bucal de crianças de um programa preventivo longitudinal, dirigidos a mães primíparas
2013	Freire	Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010
2013	Peres et al.	Padrão epidemiológico das oclusopatias muito graves em adolescentes brasileiros
2013	Peres et al.	Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010

2013	Vale et al.	Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil
2013	Ardenghi et al.	Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil
2013	Vettore et al.	Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível
2013	Marques et al.	Prevalência e extensão da cárie dentária radicular em adultos e idosos brasileiros
2013	Freitas et al.	Reflexões metodológicas sobre prevalência da fluorose dentária nos inquiridos de saúde bucal
2013	Barbosa et al.	Interferência da saúde bucal em funções biológicas e sociais segundo a percepção de adolescentes brasileiros
2013	Brizon et al.	Fatores individuais e contextuais associados à má oclusão em crianças brasileiras
2013	Figueiredo et al.	Chewing impairment and associated factors among adults.
2013	Bonfim et al.	Social determinants of health and periodontal disease in Brazilian adults: a cross-sectional study.
2013	Kurihara et al.	Relação entre saúde bucal e fatores psicológicos em idosos institucionalizados e não institucionalizados
2013	Celeste	The role of potential mediators in racial inequalities in tooth loss: the Pró-Saúde study.
2013	Ferreira	Coesão familiar associada à saúde bucal, fatores socioeconômicos
2013	Santiago	Iniquidades sociais, capital social e condições de saúde bucal no estado da Paraíba
2013	Gabardo	Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática
2013	Sardenberg et al.	Malocclusion and oral health-related quality of life in Brazilian school children.
2013	Bittencourt et al.	O impacto da saúde bucal nas atividades diárias de indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS
2013	Peres et al.	Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes
2013	Santos	Avaliação da dimensionalidade e de um modelo conceitual de qualidade de vida relacionada à saúde bucal utilizando a escala oral health impact profile
2013	Nóbrega et al.	Perception of oral health by patients who use dental clinics
2013	Paula et al.	The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren.
2013	Aguilera	Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na região metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores
2013	Alves Filho et al.	Social and environmental inequities in dental caries among indigenous population in Brazil: evidence from 2000 to 2007
2013	Miranda & Peres	Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil
2013	Ferreira et al.	Factors associated with the use of dental services by elderly Brazilians.
2013	Luchi et al.	Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos
2013	Oliveira et al.	Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis?
2013	Machry et al.	Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children.
2013	Soares et al.	Desigualdade na utilização de serviços de saúde bucal na atenção básica e fatores associados em dois municípios brasileiros
2013	Fuentes-García et al.	Oral health-related quality of life of older people from three South American cities.
2013	Ruiz Gómez et al.	Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008.
2013	Rocha-Buelvas	Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad
2014	Kubo et al.	Teachers' view about barriers in implementing oral health education for school children: a qualitative study
2014	Costa et al.	Conhecimento e práticas em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental de um município de pequeno porte do sertão paraibano
2014	Peres et al.	Saúde bucal no EpiFloripa: estudo prospectivo das condições de saúde de adultos de Florianópolis, Sul do Brasil
2014	Campos et al.	Satisfação com saúde bucal de idosos brasileiros: um estudo de gênero com modelo hierárquico
2014	Boing et al.	Social determinants of health and dental caries in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2010
2014	Bezerra et al.	Associação entre capital social, condições e comportamentos de saúde bucal
2014	Chalub et al.	Association between social determinants of health and functional dentition in 35-year-old to 44-year-old Brazilian adults: a population-based analytical study.
2014	Melo et al.	Comparação de métodos de regressão multivariada no estudo de determinantes da cárie dentária em crianças
2014	Carvalho et al.	Oral health determinants and caries outcome among non-privileged children.
2014	Borges et al.	Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas
2014	Bueno et al.	Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil
2014	Ferreira et al.	Accumulated knowledge and prevention practices in oral health.
2014	Lemos et al.	Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects
2014	Silveira et al.	Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling
2014	Paredes et al.	Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares/ Influence of oral health on the life quality of preschool children
2014	Oliveira	A perspectiva civilizatória das ações coletivas em saúde bucal/ The civilizatory perspective of the collective actions in oral health
2014	Venancio et al.	Oral health care: the knowledge and work of the community health agent/ Atenção à saúde bucal: o saber e o trabalho do agente comunitário de saúde
2014	Fonseca et al.	Influência da organização da atenção básica e das características sociodemográficas da população na demanda pelo pronto atendimento odontológico municipal
2014	Gomes et al.	Fatores associados ao uso dos serviços de saúde bucal: estudo de base populacional em municípios do Maranhão, Brasil
2014	Moura et al.	Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil
2014	Agudelo-Suárez 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
2015	Silvina Dho	Conocimientos de salud bucodental en relación con el nivel socioeconómico en adultos de la ciudad de Corrientes, Argentina

2015	Noro et al.	Contribution of cohort studies in the analysis of oral health in children and adolescents in Sobral, Ceará
2015	Souza et al.	Relação entre fatores socioeconômicos, clínicos e saúde bucal em escolares da zona rural: um estudo longitudinal
2015	Barbato & Peres	Contextual socioeconomic determinants of tooth loss in adults and elderly: a systematic review
2015	Ferreira-Júnior et al.	Contextual and individual determinants of dental pain in preschool children.
2015	Freire et al.	Socioeconomic inequalities and changes in oral health behaviors among Brazilian adolescents from 2009 to 2012
2015	Paula et al.	The impact of social determinants on school children's oral health in Brazil.
2015	Silveira et al.	Cárie dentária e fatores associados entre adolescentes no norte do estado de Minas Gerais, Brasil: uma análise hierarquizada
2015	Silva et al.	As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras
2015	Aguiar	O papel das políticas públicas municipais sobre as iniquidades socioeconômicas em saúde bucal no Brasil: um estudo multinível
2015	Souza et al.	Saúde Bucal no Âmbito Escolar e Familiar: da Autonomia à Transformação Social
2015	Fontanini et al.	Social support and social network as intermediary social determinants of dental caries in adolescents.
2015	Araújo	Avaliação comparativa entre as escolas municipais de ensino básico que receberam e as que não receberam o programa de promoção em saúde bucal da Faculdade de Odontologia de Araçatuba
2015	Gabardo et al.	Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults
2015	Gabardo et al.	Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study
2015	Villa Nova et al.	Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas
2015	Leão et al.	Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil
2015	Molina et al.	A sociologia na prática de estudantes de Odontologia: tribos urbanas e saúde bucal
2015	Corrêa & Celeste	Associação entre a cobertura de equipes de saúde bucal na saúde da família e o aumento na produção ambulatorial dos municípios brasileiros, 1999 e 2011
2015	Austregésilo et al.	A Interface entre a Atenção Primária e os Serviços Odontológicos de Urgência (SOU) no SUS: a interface entre níveis de atenção em saúde bucal
2015	Pinto	Uso de serviços públicos de saúde bucal pela população adulta
2015	Martins et al.	Access to information on how to avoid oral health problems among elderly persons registered with the Family Health Strategy
2015	Laroque et al.	Avaliação da atenção secundária em saúde bucal do Centro de Especialidades Odontológicas de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2012-2013
2015	Costa et al.	Nonuse of dental service by schoolchildren in Southern Brazil: impact of socioeconomic, behavioral and clinical factors.
2015	Sanabria-Castellanos et al.	Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en veinte países
2015	Alzate-Urrea et al.	Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia
2015	Ruiz Mendoza et al.	Social determination of the oral health-disease process: a social-historical approach in four Latin American countries
2015	Hernández-Palacios et al.	Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans. An exploratory study
2015	Álvarez et al.	Dental caries in Uruguayan adults and elders: findings from the first Uruguayan National Oral Health Survey Oral
2015	Lorenzo et al.	Periodontal conditions and associated factors among adults and the elderly: findings from the first National Oral Health Survey in Uruguay
2016	Vilella et al.	The Association of Oral Health Literacy and Oral Health Knowledge with Social Determinants in Pregnant Brazilian Women.
2016	Lopes et al.	Conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias dos serviços de saúde em São Luís, Maranhão, 2007-2008/
2016	Teixeira et al.	Factors associated with malocclusion in youth in a municipality of Northeastern Brazil.
2016	Teixeira et al.	Factors related to the dental caries incidence in youth: a cohort study in Brazilian Northeastern
2016	Chalub et al.	Functional Dentition in Brazilian Adults: An Investigation of Social Determinants of Health (SDH) Using a Multilevel Approach.
2016	Engelmann et al.	Association between Dental Caries and Socioeconomic Factors in Schoolchildren - A Multilevel Analysis
2016	Massoni et al.	Percepções das gestantes e puérperas sobre a saúde bucal infantil: influência das condições sociodemográficas
2016	Nico et al.	Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013
2016	Drummond	Iniquidades entre adolescentes brasileiros relacionadas a raça/etnia: a cárie dentária como indicador de saúde bucal
2016	Lima Júnior	Estudo sobre a integração e coordenação assistencial entre os serviços de atenção primária e especializados em saúde bucal da área de planejamento 3.1 da cidade do Rio de Janeiro
2016	Fernandes et al.	Avaliação dos indicadores de saúde bucal no Brasil: tendência evolutiva pró-equidade?
2016	Celeste et al.	Half-century of Dental Public Health research: bibliometric analysis of world scientific trends.
2016	Silveira Filho et al.	Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil
2016	Paula et al.	School performance and oral health conditions: analysis of the impact mediated by socioeconomic factors.
2016	Lawi	Qualidade de vida e a saúde bucal dos universitários idosos do município de Bauru
2016	Pinto et al.	Use of Public Oral Health Services by the Adult Population: A Multilevel Analysis.
2016	Damiance	Acesso da pessoa com deficiência múltipla aos serviços de saúde bucal
2016	Ely et al.	Impacto das equipes de saúde bucal da Estratégia da Saúde da Família na saúde bucal de adolescentes do sul do Brasil
2016	Hoffmeister et al.	Factors associated with early childhood caries in Chile
2016	Roggerone	Inequidades en salud bucal: Factores que determinan su realidad en Chile
2016	Ardila & Agudelo-Suárez	Association between dental pain and caries: a multilevel analysis to evaluate the influence of contextual and individual factors in 34.843 adults.
2016	Caicedo-Rosero AV Estrada-Montoya JH	Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia

2017	Rueda Martínez & Albuquerque	La salud bucal como derecho humano y bien ético
2017	Rocha et al.	Longitudinal study into the determining factors of dental caries in children aged 4: socio-behavioral aspects and oral health of pregnant women
2017	Figueiredo et al.	Association of adverse oral health outcomes with socioeconomic inequalities and dental needs in Brazilian adolescents
2017	Tomazoni et al.	The associations of socioeconomic status and social capital with gingival bleeding among schoolchildren.
2017	Gomes et al.	Oral Problems and Self-Confidence in Preschool Children.
2017	Barros	Social inequality in health: revisiting moments and trends in 50 years of publication of RSP
2017	Frazão & Narvai	Water fluoridation in Brazilian cities at the first decade of the 21st century
2017	Cascaes et al.	Gastos privados com saúde bucal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, 2008-2009
2017	Aguiar et al.	The role of municipal public policies in oral health socioeconomic inequalities in Brazil: A multilevel study.
2017	Barbosa Neves et al.	Perception of parents and self-reports of children regarding the impact of traumatic dental injury on quality of life.
2017	Silva & Gottens	Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa
2017	Bof et al.	Measuring socioeconomic inequalities in the use of dental care services among older adults in Brazil.
2017	Martins et al.	Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil
2017	Baldani et al.	Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children
2017	Pérez-Pérez et al.	Factors affecting dental fluorosis in low socioeconomic status children in Mexico.
2017	Escoffié-Ramirez et al.	Factors Associated with Dental Pain in Mexican Schoolchildren Aged 6 to 12 Years.

Quadro B – Artigo 2 - Iniquidades sociais e saúde bucal no Brasil: reflexões sobre a produção científica no contexto do SBBrasil 2003 e 2010

Ano	Autores	Title
2006	Matos & Lima-Costa	Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SBBrasil 2003
2006	Antunes et al.	Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decidua no Brasil
2006	Narvai et al.	Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social
2007	Frias et al.	Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil
2007	Barbato et al.	Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003)
2007	Martins et al.	Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros
2008	Borges et al.	Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SBBrasil 2002-2003
2008	Tobias et al.	Prevalência e gravidade da cárie dentária e necessidade de tratamento em crianças de 12 anos de município de pequeno porte inserido no contexto amazônico
2009	Bastos et al.	Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents
2009	Barbato & Peres	Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional
2010	Freire et al.	Condição de saúde bucal em escolares de 12 anos de escolas públicas e privadas de Goiânia, Brasil
2012	Braga et al.	Autopercepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros
2012	Guiotoku et al.	Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil
2012	Pinto et al.	Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira
2012	Queiroz et al.	Pesquisa sobre condições de saúde bucal da população brasileira (Projeto SBBrasil 2003): determinação dos pesos amostrais e das informações estruturais da amostra
2012	Roncalli et al.	Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância
2012	Roncalli et al.	Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde
2013	Sousa et al.	Cárie dentária e necessidades de tratamento em adolescentes paulistas
2013	Peres et al.	Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes
2013	Peres et al.	Padrão epidemiológico das oclusopatias muito graves em adolescentes brasileiros
2013	Peres et al.	Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010
2013	Marques et al.	Prevalência e extensão da cárie dentária radicular em adultos e idosos brasileiros
2013	Vettore et al.	Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível
2013	Vale et al.	Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil
2013	Costa et al.	Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética
2013	Freitas et al.	Reflexões metodológicas sobre prevalência da fluorose dentária nos inquéritos de saúde bucal
2013	Freire et al.	Determinantes individuais e contextuais da cárie em crianças brasileiras de 12 anos em 2010
2013	Oliveira et al.	Cárie dentária em escolares de Goiânia no período de 1988 a 2010: tendência e desigualdades
2013	Brizon et al.	Fatores individuais e contextuais associados à má oclusão em crianças brasileiras
2013	Ardenghi et al.	Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil
2013	Ferreira et al.	Fatores associados à utilização dos serviços odontológicos por idosos brasileiros
2013	Antunes et al.	A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil)
2013	Moysés et al.	Avanços e desafios à Política de Vigilância à Saúde Bucal no Brasil
2013	Andrade et al.	Responsabilidade ética no SBBrasil 2010 sob o olhar dos gestores do inquerito populacional
2013	Andrade et al.	Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde
2013	Silva & Roncali	Plano amostral, ponderação e efeitos do delineamento da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
2014	Bueno et al.	Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil
2015	Aguiar et al.	Necessidade e alocação de laboratórios regionais de prótese dentária no Brasil: um estudo exploratório
2015	Prado et al.	Oral impacts on the daily performance of Brazilians assessed using a sociodental approach: analyses of national data
2015	Silva et al.	As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras
2016	Nascimento et al.	Fatores associados à concordância entre autopercepção e avaliação clínica da necessidade de tratamento dentário em adultos do Brasil e de Minas Gerais
2016	Andrade et al.	Eticidade da calibração in vivo em inquéritos de saúde bucal
2017	Rebouças et al.	Fatores individuais associados à má oclusão em adolescentes
2017	Figueiredo et al.	Association of adverse oral health outcomes with socioeconomic inequalities and dental needs in Brazilian adolescents
2017	Azevedo et al.	Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrasil 2010): prevalências e fatores associados
2017	Soares et al.	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010): que propõem os coordenadores para futuros inquéritos?
2017	Soares et al.	O processo de trabalho da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBRASIL 2010) na perspectiva dos coordenadores do inquérito
2017	Andrade et al.	Conflitos éticos em um inquérito populacional em saúde bucal

Quadro C – Artigo 3 - Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal na redução das iniquidades sociais no país: uma revisão integrativa

Ano	Autores	Titulo
2003	Antunes et al.	City-level gender differentials in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment.
2003	Antunes et al.	Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children.
2004	Mello & Antunes	Prevalence of dental caries in schoolchildren in the rural area of Itapetininga, São Paulo State, Brazil.
2004	Matos & Tomita	Oral health in the Brazilian Family Health Program: from the university to training centers.
2005	Baldani et al.	Inclusion of oral health services in the Family Health Program in the State of Paraná, Brazil.
2005	Moreira et al.	Oral health of Brazilian elderly: a systematic review of epidemiologic status and dental care access.
2006	Bartole	Da boca cheia de dentes ao Brasil Sorridente: uma análise retórica da formulação da Política Nacional de Saúde Bucal.
2006	Garcia	A construção da política Nacional de Saúde Bucal percorrendo os bastidores do processo de formulação.
2006	Mendes	Avaliação da qualidade da assistência odontológica municipal da cidade do Rio de Janeiro.
2006	Leal et al.	Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais.
2007	Silva et al.	Perfil da assistência odontológica pública para a infância e adolescência em São Luís (MA).
2007	Souza & Roncalli	Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation.
2007	Lopes	Política Carioca Rindo à Toa e o Programa Saúde e Cidadania Dentescola: análise da política de Saúde Bucal no município do Rio de Janeiro e sua trajetória rumo à implementação considerando a interface com o Brasil Sorridente.
2007	Moreira et al.	Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil.
2007	Barbato et al.	Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: an analysis of the Brazilian Oral Health Survey, 2002-2003.
2008	Emmi & Barroso	Evaluation of oral health actions in the Family Health Program in the Mosqueiro District, Pará, State, Brazil.
2008	Pedrazzi et al.	Oral health in Brazil - part II: dental specialty centers (CEOs).
2008	Santana et al.	Análise da evolução e financiamento da assistência odontológica na média complexidade no município do Recife no período de 2000 a 2007.
2008	Maia	Política Nacional de Saúde Bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal no estado do Rio de Janeiro frente aos incentivos federais.
2008	Soares	A Política Nacional De Saúde Bucal no âmbito municipal.
2008	Chaves & Vieira-da-Silva	Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study.
2009	Pereira et al.	Inclusion of oral health teams in the Family Health Program and its impact on the use of dental services.
2009	Bastos et al.	Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents.
2009	Pucca Jr et al.	Oral health policies in Brazil.
2009	Bittar et al.	O PES e a construção de uma Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil.
2009	Webber	Política nacional de saúde bucal: uma análise da reorganização da atenção à saúde bucal em Cascavel e demais municípios.
2009	Camargo et al.	Regular use of dental care services by adults: patterns of utilization and types of services.
2010	Baldani et al.	Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals.
2010	Fischer et al.	Primary dental care indicators: association with socioeconomic status, dental care, water fluoridation and Family Health Program in Southern Brazil.
2010	Chaves et al.	Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado.
2010	Souza et al.	Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços Odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia.
2010	Pucca Jr et al.	Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System.
2010	Antunes et al.	Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde/ Dental health policies in Brazil and their impact on health inequalities
2010	Martelli	Política nacional de saúde bucal, da teoria à prática: um estudo acerca de sua implantação em Recife - PE no período 2000 a 2007.
2011	Celeste et al.	Time series analysis of dental care procedures in Brazilian public services, 1994-2007.
2011	Baldani & Antunes	Inequalities in access and utilization of dental services: a cross-sectional study in an area covered by the Family Health Strategy.
2011	Carnut et al.	Initial validation of the index of oral healthcare needs for oral health teams in the family healthcare strategy.
2011	Rendeiro	O ciclo da política de saúde bucal no sistema de saúde Brasileiro: atores, idéias e instituições.
2011	Freire	Saúde bucal para pacientes com necessidades especiais: análise da implementação de uma experiência local.
2011	Soares & Paim	Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil.
2011	Contarato	Política nacional e contexto local: uma análise da implementação da política de saúde bucal no município de Vitória, do Espírito Santo.
2011	Martinho	A política nacional de saúde bucal em municípios da região metropolitana de São Paulo, na primeira década do século XXI.
2011	Fortuna	A média complexidade no quadro da Política Nacional de Saúde Bucal: uma abordagem do seu processo de desenvolvimento em uma perspectiva regional.
2012	Costa et al.	Política Nacional de Saúde Bucal e bioética da proteção na assistência integral
2012	Guiotoku et al.	Racial inequity in oral health in Brazil.
2012	Souza et al.	Race and the use of dental health services by the elderly
2012	Alves et al.	Evolution in access to fluoridated water in São Paulo State, Brazil, from the 1950s to the early 21st century.
2012	Soares	Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection.
2012	Vieira	Políticas governamentais e planos privados de assistência odontológica no Brasil.
2012	Manfredini et al.	Assistência odontológica pública e suplementar no município de São Paulo na primeira década do século XXI.
2012	Palmier et al.	Socioeconomic indicators and oral health services in an under privileged area of Brazil.
2012	Peres et al.	Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008
2012	Peres et al.	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)
2012	Chaves et al.	Characteristics of the access and utilization of public dental services in medium-sized cities.
2012	Machado et al.	Regular use of dental services among adults and older adults in a vulnerable region in Southern Brazil.

2012	Pinto et al.	Characteristics associated with the use of dental services by the adult Brazilian population.
2013	Nascimento et al.	Oral health in the context of primary care in Brazil.
2013	Almeida et al.	Analysis of the evolution and determinants of income-related inequalities in the Brazilian health system, 1998 - 2008
2013	Costa et al.	Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética
2013	Alves Filho et al.	Social and environmental inequities in dental caries among indigenous population in Brazil: evidence from 2000 to 2007
2013	Oliveira et al.	Socio-demographic factors and oral health conditions in the elderly: a population-based study.
2013	Machry et al.	Socioeconomic and psychosocial predictors of dental healthcare use among Brazilian preschool children.
2013	Oliveira et al.	Inequalities in oral health: are schoolchildren receiving the Bolsa Família a more vulnerable?
2013	Luchi et al.	Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos.
2013	Oliveira et al.	Cárie dentária em escolares de Goiânia no período de 1988 a 2010: tendência e desigualdades/ Dental caries in schoolchildren from Goiânia in the period 1988-2010: trends and inequalities
2013	Vettore et al.	Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível
2013	Ardenghi et al.	Desigualdades na prevalência de cárie dentária não tratada em crianças pré-escolares no Brasil
2013	Vilela et al.	Association between self-rated oral appearance and the need for dental prostheses among elderly Brazilians.
2014	Fonseca et al.	Influence of the organization of primary care and the socio-demographic characteristics of the population on the demand for municipal emergency dental care.
2014	Pinto et al.	Evaluation of the accessibility to the Specialized Dental Care Center within the scope of the macro region of Sobral, in the state of Ceará, Brazil.
2014	Lorena Sobrinho	Das bocas famintas às sorridentes: uma análise da Política Nacional de Saúde Bucal do Brasil.
2014	Paludetto Jr et al.	Avaliação da estrutura normativa da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, no período de 2003 a 2011.
2014	Aguiar et al.	Oral health technicians in Brazilian primary health care: potentials and constraints.
2014	Chalub et al.	Association between social determinants of health and functional dentition in 35-year-old to 44-year-old Brazilian adults: a population-based analytical study.
2014	Rodrigues et al.	Locked mouths: Tooth loss in a women's prison in Northeastern Brazil.
2014	Frazão et al.	Food insecurity and dental caries in schoolchildren: a cross-sectional survey in the western Brazilian Amazon.
2014	Roncalli et al.	Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults.
2014	Bueno et al.	Social determinants and adult oral health in Brazilian state capitals.
2014	Mendes	Cárie dentária e desigualdades socioeconômicas no Brasil.
2014	Moura et al.	Self-rated oral health and associated factors among adults in rural settlements, Pernambuco State, Brazil.
2015	Corrêa & Celeste	Association between coverage by oral health teams in the family health and the increase in dental care output in Brazilian municipalities, 1999 and 2011.
2015	Alves et al.	Planning oral health care using the sociodental approach and the index of family living conditions: a cross-sectional study in Brazilian adolescents.
2015	Machado et al.	Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers.
2015	Silva et al.	Social Inequalities and the Oral health in Brazilian Capitals.
2015	Pucca Jr et al.	Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges.
2015	Guimarães	Política nacional de saúde bucal: estudo dos serviços de reabilitação protética
2015	Aquilante & Aciole	Oral health care after the National Policy on Oral Health - Smiling Brazil: a case study.
2015	Scarpato et al.	Impacto da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente – sobre a provisão de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro
2015	Aquilante & Aciole	Building a "Smiling Brazil"? Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy in a health region in the State of São Paulo
2015	Ilha et al.	Oral health policy of the city of Porto Alegre, southern Brazil: Analysis of the database of the Outpatient Information System of the Brazilian Unified Health System.
2015	Pires & Botazzo	Organização tecnológica do trabalho em saúde bucal no SUS: uma arqueologia da política nacional de saúde bucal
2015	Scherer & Scherer	Advances and challenges in oral health after a decade of the Smiling Brazil Program.
2015	Soares et al.	Local government and public dental health services: an analysis of inequality in use.
2015	Fonseca et al.	The social value of teeth and access to dental health services.
2015	Fonseca et al.	The oral health of seniors in Brazil: addressing the consequences of a historic lack of public health dentistry in an unequal society.
2015	Saintrain et al.	Brazilian adolescents' oral health trends since 1986: an epidemiological observational study.
2016	Fernandes et al.	Evaluation of oral health indicators in Brazil: a trend towards equity in dental care?
2016	Castro et al.	Accessibility to Specialized Public Oral Health Services from the Perspective of Brazilian Users.
2016	Fabruccini et al.	Comparative effectiveness of water and salt community-based fluoridation methods in preventing dental caries among school children.
2016	Martins et al.	Relationship between Primary and Secondary Dental Care in Public Health Services in Brazil.
2016	Antunes et al.	Oral health in the agenda of priorities in public health.
2016	Oliveira et al.	Flexibilização dos vínculos de trabalho na atenção secundária: limites da política nacional de saúde bucal
2016	Frazão et al.	Dental caries in 12-year-old schoolchildren from a non-fluoridated municipality in the Western Brazilian Amazon, Brazil, 2010.
2016	Monteiro et al.	Socioeconomic inequalities in dental health services in Sao Paulo, Brazil, 2003-2008.
2016	Pinto et al.	Use of Public Oral Health Services by the Adult Population: A Multilevel Analysis.
2016	Veiga et al.	Economic and sociodemographic inequalities in complete denture need among older Brazilian adults: a cross-sectional population-based study.
2017	Martins et al.	Desigualdades na distribuição das equipes de saúde bucal no Brasil.
2017	Mendes et al.	Dental Procedures in Primary Health Care of the Brazilian National Health System.
2017	Frazão & Narvai	Water fluoridation in Brazilian cities at the first decade of the 21st century
2017	Silva & Gottens	The interface between primary and secondary care in dentistry in the Unified Health System (SUS): an integrative systematic review.
2017	Chaves et al.	Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados
2017	Gabardo et al.	Inequalities in the workforce distribution in the Brazilian Dentistry
2017	Cascaes et al.	Private spending on oral health in Brazil: analysis of data from the Family Budgets Survey, 2008-2009.
2017	Bof et al.	Measuring socioeconomic inequalities in the use of dental care services among older adults in Brazil.
2017	Rebouças et al.	Individual factors associated to malocclusion in adolescents.

2017	Figueiredo et al.	Association of adverse oral health outcomes with socioeconomic inequalities and dental needs in Brazilian adolescents
2018	Bastos et al.	Racial Inequalities in Oral Health.
2018	Rossi et al.	O financiamento federal da política de saúde bucal no Brasil entre 2003 e 2017
2018	Chaves et al.	Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017
2018	Aguiar et al.	The role of municipal public policies in oral health socioeconomic inequalities in Brazil: A multilevel study.
2018	Lemos et al.	Oral health care in the Xingu Indigenous Park, Brazil, from 2004 to 2013: an analysis based on evaluation indicators.
2018	Almeida et al.	Posicionamento das entidades odontológicas sobre a Política Nacional de Saúde Bucal, no período de 2015-2017
2018	Soares et al.	Trabalho e poder na Secretaria Municipal de Saúde: implantação da Política de Saúde Bucal em um município - 2007/2008
2018	Caldas et al.	A política de saúde bucal em um município baiano: os agentes da burocracia estatal
2018	Santos & Hugo	Training in Family Health and its association with work processes of Primary Care Dentistry Teams.
2018	Baldani et al.	Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB
2018	Cascaes et al.	Desigualdades no comprometimento da renda domiciliar dos brasileiros com gastos privados em assistência odontológica
2018	Baumgarten et al.	Curative procedures of oral health and structural characteristics of primary dental care.
2018	Teixeira et al.	Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: um estudo de coorte
2018	Calvasina et al.	The association of the Bolsa Família Program with children's oral health in Brazil.
2018	Carreiro et al.	Avaliação da satisfação com a assistência odontológica na perspectiva de usuários brasileiros adultos: análise multinível
2018	Souza et al.	Socioeconomic inequalities in the use of dental care services during early childhood: an epidemiological survey.
2018	Souza et al.	Contextual and Individual Determinants of Root Caries in Older People.
2018	Andrade & Antunes	Trends in socioeconomic inequalities in the prevalence of functional dentition among older people in Brazil.