

IMPACTO DA DESIGUALDADE SOCIOECONÔMICA NA SAÚDE BUCAL: revisão de literatura

IMPACT OF SOCIOECONOMIC INEQUALITY ON ORAL HEALTH

literature review

Júlia Ferreira Bagliano¹
Jô de Carvalho²

RESUMO

Objetivo: O objetivo principal é entender os impactos causados pela desigualdade socioeconômica na saúde bucal.

Metodologia: A metodologia utilizada para este estudo foi a pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, utilizando-se por base artigos científicos de periódicos e indexadores virtuais como Pubmed, Scielo e Google Acadêmico através das palavras chaves: *Desigualdade Social, Saúde Pública, Odontologia, Acesso, Saúde Bucal*, e livros, programas de saúde bucal já institucionalizados e manuais. Utilizando-se como critério de inclusão ou exclusão dos materiais bibliográficos a proximidade com temas centrais elencados pelos objetivos deste trabalho, sendo que a abordagem que orientará este projeto será os impactos causados pela desigualdade socioeconômica na saúde bucal.

Discussão: Estudos ecológicos apontam que a experiência de agravos bucais é sensível às desigualdades sociodemográficas e geográficas, e que a existência de iniquidades em saúde bucal reflete, inclusive, no acesso e na utilização de serviços de saúde, conforme observado em estudos internacionais e nacionais (PALMIER *et al*, 2012).

Conclusão: É fato que a desigualdade social impacta diretamente a saúde bucal dos indivíduos, e por conseguinte diminui sua qualidade de vida e saúde geral.

Palavras-chave: *Desigualdade Social, Saúde Pública, Odontologia, Acesso, Saúde Bucal*,

ABSTRACT

Objective: The main objective is to understand the impacts caused by socioeconomic inequality in oral health.

Methodology: The methodology used for this study was a qualitative bibliographic research, using scientific articles from journals and online platforms such as Pubmed, Scielo and Google Scholar. The following key words were used: social inequality, public health, dentistry, access to oral health, oral health, books, institutionalized oral health programs and manuals. The inclusion or exclusion criteria was of bibliographic materials that were relevant to the main subjects listed at the objectives section from this study. Thus, this project approached the impacts caused by socioeconomic inequality in oral health

Discussion: When analyzing the subject, it was possible to notice the reasons why there is not many dentist working at the Northeast area, in addition to the work conditions as well as

¹ Graduanda em odontologia pela Faculdade de Ipatinga.

² Doutora pós-doutora em Ciências Técnicas (Administração, Recursos Humanos e Gestão) pela Universidad de Matanzas, Cuba, Mestre em Letras pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Especialista em Psicopedagogia pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, Especialista em Direito Previdenciário: Teoria e Prática - área de conhecimento: Negócios, administração e direito e graduada em Pedagogia pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais e bacharela em Direito pela Faculdade de Direito de Ipatinga.

the state overall situation.

Conclusion: It is a fact that social inequality directly impacts the oral health of individuals and consequently, decreases their quality of life and overall health.

Keywords: Social inequality; Oral Health; Dentistry; Access to oral health; public health.

1 INTRODUÇÃO

Saúde é definido pela Organização Mundial de Saúde como bem-estar pleno, físico, mental e social, não é apenas a ausência de doenças e enfermidades, é qualidade de vida.

Qualidade de vida envolve o bem estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida. Portanto, a saúde bucal também engloba os conceitos de qualidade de vida. Problemas de saúde bucais, tais como a cárie dentária, lesões dentárias traumáticas e maloclusões impactam a qualidade de vida do indivíduo e se tornam um problema de saúde pública.

As condições de saúde bucal da população estão associadas às suas condições socioeconômicas, culturais e ambientais se expressando nas necessidades básicas de cada indivíduo, nas distribuições das doenças, no acesso aos serviços de saúde, nas taxas de morbidade e mortalidade.

Ao longo dos anos, a saúde bucal vem sofrendo grandes transformações no âmbito da saúde pública, com investimentos e criação de equipe de saúde bucal dentro do programa de saúde da família na tentativa de minimizar os impactos causados pela saúde bucal na vida das pessoas.

Apesar da evolução da implantação dessas equipes e programas voltados para a saúde bucal, a realidade brasileira ainda apresenta a presença constante de exclusões sociais, tendo em vista que as medidas econômicas e políticas sociais implantadas não satisfazem as iniquidades sociais brasileiras. O processo saúde-doença é complexo e deve compreender políticas públicas amplas que garantam bem-estar da população e a sua qualidade de vida.

Ante o exposto, este estudo pretendeu compreender os impactos causados pela desigualdade socioeconômica na saúde bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender os impactos causados pela desigualdade socioeconômica na saúde bucal.

2.3 Objetivos específicos

- a) Conhecer o contexto da saúde bucal no Brasil;
- b) Discorrer sobre a cobertura de saúde bucal no Brasil;
- c) Analisar o acesso aos serviços odontológicos;
- d) Citar os principais agravos que acometem a saúde bucal;
- e) Abordar os impactos da desigualdade social na saúde bucal.

3 METODOLOGIA

3.1 Cenário e desenho do estudo

A metodologia utilizada para este estudo foi a pesquisa bibliográfica de cunho qualitativo, utilizando-se por base artigos científicos de periódicos e indexadores virtuais como Pubmed, Scielo e Google Acadêmico através das palavras chaves: *desigualdade social, saúde pública, odontologia, acesso a saúde bucal, saúde bucal*, e livros, programas de saúde bucal já institucionalizados e manuais. Utilizando-se como critério de inclusão ou exclusão dos materiais bibliográficos a proximidade com temas centrais elencados pelos objetivos deste trabalho, sendo que a abordagem que orientou este projeto foram os impactos causados pela desigualdade socioeconômica na saúde bucal.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Saúde bucal no Brasil

A odontologia foi regulamentada como profissão no Brasil em 1884 e regulamentada legalmente em 1966, propiciando um rápido crescimento da profissão. Durante o Século XX, a odontologia era uma prática essencialmente privada, direcionada às demandas estéticas e de reposição dentária das camadas mais ricas da população (CASCAES *et al*, 2018).

A saúde bucal no Brasil está intimamente associada à evolução das políticas de saúde, antes e após a Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 2016). Os primeiros programas de saúde bucal no Brasil foram desencadeados, em 1952, com a inauguração do Serviço Especial de Saúde Pública, destinado, principalmente, a crianças em idade escolar consideradas epidemiologicamente suscetíveis à doença e, ao mesmo tempo, altamente sensíveis à intervenção de saúde pública (PUCCA JUNIOR *et al*, 2009). Ainda na década de 1950, as primeiras cidades brasileiras começaram a adotar a fluoretação da água (ANTUNES; NARVAI, 2010).

O primeiro movimento de fluoretar água de abastecimento público se deu no ano de 1944 no Rio Grande do Sul, resultando na aprovação da Lei Estadual nº 3125, de 18 de junho de 1957, obrigando a fluoretação das águas de abastecimento em todas as localidades operadas pelo Estado e que possuíssem estação de tratamento (BRASIL, 2012).

A lei 6.050 de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento (BRASIL, 1974), o Decreto 76.872 de 22 de dezembro de 1974, que regulamenta a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1975 (BRASIL, 1975) e a Portaria N.º 635, de 26 de Dezembro de 1975 que regulamenta as normas e padrão para a fluoretação a serem seguidos em todo o território nacional e defende a análise diária e mensal da concentração de Flúor nas águas, determinando a necessidade do controle sobre a fluoretação (BRASIL, 2012), são os instrumentos legais em vigor que determinam a obrigatoriedade de fluoretar a água em todo o País, nos sistemas públicos de abastecimento dotados de estação de tratamento de águas (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição

Federal, conferindo acesso universal da população aos serviços de saúde, incluindo os serviços odontológicos, um direito de cidadania garantido pelo Estado (CASCAES *et al*, 2018).

As práticas de saúde no Brasil a partir do século XX apresentavam uma visão predominantemente curativista e mecanicista, centrada no ambiente hospitalar, com ausência de ações preventivas e com abordagens menos humanizadas nos enfermos, trazendo uma necessidade de romper esse tipo de assistência médica (ROCHA *et al*, 2022). Essa ruptura começou com a Portaria n. 184, de 9 de outubro de 1991, publicada pelo Ministério da Saúde, que incorporou a cobertura dos procedimentos coletivos de saúde bucal (CP), marcando a década de 1990 com essa importante mudança de uma postura individualista-curativa para uma coletiva-preventiva (PUCCA JUNIOR *et al*, 2009).

Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), com foco na família, no registro do paciente e na prática clínica baseada na lógica da epidemiologia social, tornou-se uma estratégia eficiente para a reorganização da atenção básica. As Equipes de Saúde Bucal (ESB) foram incluídas efetivamente no Programa Saúde da Família pela Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (PUCCA JUNIOR *et al*, 2009). A assistência odontológica foi inserida de forma paralela aos outros serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), focada na saúde bucal infantil, materno e escolares, adotando uma abordagem preventiva (ROCHA *et al*, 2022).

Segundo o Ministério de Saúde, é necessário haver pelo menos uma equipe de saúde bucal a cada 3.600 habitantes. As ESBs podem ser divididas em duas modalidades: a I é composta por um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB); enquanto que a II é composta por um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde da família (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou outro técnico em saúde bucal (TSB) (BRASIL, 2012). Desde 2001, as equipes de saúde bucal (ESB) passaram a ser incorporadas à Estratégia Saúde da Família (ESF), na proporção de uma ESB para cada duas equipes de saúde da família, e em 2003 em qualquer proporção. Dessa forma, no ano de 2011, 4.847 municípios brasileiros já contavam com 21.038 dessas equipes (CORRÊA; CELESTE, 2015).

Os serviços odontológicos prestados pela Atenção Básica devem ser voltados para as patologias mais prevalentes nas comunidades. Os principais agravos que acometem a saúde bucal e que têm sido objeto de estudos epidemiológicos em virtude de sua prevalência e gravidade são: cárie dentária; doença periodontal (gengivite e periodontite); câncer de boca; traumatismos dentários; fluorose dentária; edentulismo; e, má oclusão (BRASIL, 2008).

A ESF (Estratégia de Saúde da Família) possibilitou a adoção de uma postura mais ativa de atenção primária em saúde bucal, e os Centros de Especialidades Odontológicas (no âmbito do programa Brasil Sorridente) ampliaram a oferta de atendimentos protéticos, de endodontia e radiologia odontológica, representando novos impulsos para a ampliação da oferta de atendimento odontológico (ANTUNES; NARVAI, 2010). Além dessa expansão na oferta, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) estimulou a qualificação do processo de atenção à saúde bucal, superando o modelo tradicional, antes caracterizado pelo preventivismo (ações coletivas e preventivas voltadas exclusivamente aos escolares) e ações clínicas mutiladoras (CORRÊA; CELESTE, 2015).

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tiveram grande participação na promoção do serviço odontológico no SUS (ROCHA *et al*, 2022). Em 2004, foi lançada a “Política Nacional de Saúde Bucal

– Brasil Sorridente”. Então, a saúde bucal passou a ser ofertada de forma integral, com a inserção de procedimentos mais complexos na Atenção Básica e a criação de uma rede de serviços de atenção em saúde bucal no SUS (BRASIL, 2012). A PNSB estabeleceu diretrizes para a assistência odontológica, enquanto que a PNAB, propôs a reorganização do modelo de atenção em saúde bucal e ampliou o acesso às ações e serviços odontológicos, objetivando superar o modelo tradicional, muitas vezes excludente e mutilante (ROCHA *et al*, 2022).

A portaria GM 2.372, de 7 de outubro de 2009 que criou o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a portaria GM 3.012, de 26 de dezembro de 2012 que redefiniu a composição das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família foram instrumento importante para consolidação das ações em saúde bucal (PINHO *et al*, 2015). Foi em 2009 também que o Ministério da Saúde assumiu a fluoretação das águas de abastecimento público como elemento essencial da estratégia de promoção da saúde, eixo norteador da Política Nacional de Saúde Bucal. O incentivo à expansão da implantação de água de abastecimento fluoretada foi adotada como uma das frentes de redução das desigualdades em saúde bucal (SILVA *et al*, 2015).

As intervenções em saúde bucal mais importantes que ocorreram em todo país nas últimas décadas, tendo como referência o princípio constitucional da universalização das ações e serviços de saúde, foram a fluoretação da água de abastecimento público e o atendimento odontológico na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS) superando a restrição histórica dessa modalidade assistencial ao grupo materno-infantil (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Com esses avanços a saúde bucal teve atuação na atenção básica e especializada, aproximando a prática odontológica da população mais carente e necessitada. Melhorando, assim, os aspectos da prática odontológica, com a diminuição da prevalência de cárie nas dentições decídua e permanente e consequente redução da perda precoce de dentes, bem como tem sido ampliado o acesso ao diagnóstico precoce de enfermidades bucais (COSTA *et al*, 2018). Entretanto, o acesso à saúde bucal ainda é frágil, apresentando falta de insumos e serviços odontológicos ainda não disponibilizados pelo SUS (ROCHA *et al*, 2022) e a disparidade entre ricos e pobres no acesso aos serviços de saúde bucal é alta (ROCHA; GOES, 2008).

O movimento brasileiro da Reforma Sanitária tornou possível a concretização de um serviço de saúde regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade, com ações voltadas para a resolução das necessidades sociais e, por consequência, para os determinantes do processo saúde-doença da população (BONFADA *et al*, 2012). Entretanto, após mais de uma década de vigência da PNSB, é possível se observar um fenômeno de universalização excludente e integralidade seletiva das ações e serviços básicos de saúde bucal ofertados à população (NEVES *et al*, 2019).

4.2 Acesso aos serviços de saúde bucal

O acesso aos serviços de saúde significa o grau de adequação entre o cliente e o sistema de saúde, garantindo o ingresso no sistema de saúde sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza. Permeia as relações entre as necessidades de saúde, a demanda por e a utilização de serviços de saúde (MANHÃES; COSTA, 2008). Acesso é definido como a capacidade das pessoas obterem os serviços

necessários, no Brasil, o acesso aos serviços odontológicos é limitado e desigual (FERNANDES; PERES, 2005).

As condições de saúde refletem as desigualdades de acesso aos serviços coletivos necessários ao bem-estar social (PASSOS *et al*, 2011). A saúde bucal tem reconhecida importância como componente da qualidade de vida das pessoas, todavia, uma grande parcela da população brasileira não tem acesso às ações e aos serviços odontológicos (ROCHA; GOES, 2008).

Após a implementação das ESB/ESF houve um aumento de 6,9% na taxa total de procedimentos realizados e de 15,9% na taxa de procedimentos coletivos, em nível nacional. Mas apesar do aumento de acesso ao dentista, ocorreu um declínio na utilização de serviços odontológicos por parte dos jovens brasileiros, nas capitais, durante o período de 1986 a 2002, provavelmente pelas melhorias nas condições de saúde bucal. A expansão ou contração de oferta não altera o uso dos serviços odontológicos (CORRÊA; CELESTE, 2015).

Em um estudo epidemiológico em saúde bucal de base nacional conduzido pelo Ministério da Saúde em 250 municípios de todas as regiões do País e concluído em 2003, foi revelado que o índice de ataque da cárie dentária na dentição permanente (CPO-D) atingiu a média de 2,8 dentes aos 12 anos de idade, eleva-se a 6,2 na população da faixa etária entre 15 a 19 anos. Na faixa etária adulta (35 a 44 anos) e entre os idosos (65 a 74 anos) atinge níveis alarmantes com valores médios de 20,1 e 27,8 respectivamente. As desordens oclusais, nas suas formas severa, muito severa e incapacitante, atingem 36,6% dos escolares de 12 anos de idade (FERNANDES; PERES, 2005).

Foi possível constatar por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em 2003, uma redução no número de pessoas que nunca haviam ido ao dentista, que foi maior entre os residentes de áreas rurais, um percentual que passou de 32% em 1998 para 28% em 2003 e na classe de rendimento mensal familiar de até um salário mínimo, que passou de 36% para 31% respectivamente, ficou evidente que 15,7% dos entrevistados nunca haviam ido ao dentista (ROCHA; GOES, 2008). De acordo com o Projeto SB Brasil, 2003, uma média de 14% dos adolescentes brasileiros nunca haviam ido ao dentista e os idosos brasileiros, por sua vez, apresentavam uma baixa utilização de serviços odontológicos (MANHÃES; COSTA, 2008).

Grande parte da população, no Brasil, não tem acesso aos serviços de saúde odontológicos, como mostram os resultados dos últimos inquéritos sobre saúde bucal de abrangência nacional (MANHÃES; COSTA, 2008). Mesmo com a expansão e descentralização da atenção à saúde e o aumento da oferta de serviços orais promovidos reestruturação da Política Nacional de Saúde Bucal, o acesso e uso dos brasileiros dos serviço odontológico, maiores de 18 anos, para os serviços bucais de saúde, examinados em 2013 pela Pesquisa Nacional de Saúde - PNS, no Brasil, ocorreu predominantemente em clínicas privadas (FONSECA *et al*, 2017).

Existe um importante gradiente social na utilização de serviços, 77% das crianças de até seis anos de idade jamais consultaram um dentista, na faixa etária entre 20 a 49 anos de idade, a proporção de pessoas que nunca consultaram dentista foi 16 vezes maior no grupo constituído pelos 20% mais pobres da população quando comparados com os 20% mais ricos. (FERNANDES; PERES, 2005). O acesso aos serviços odontológicos no Brasil é limitado e desigual resultado das condições socioeconômicas (FONSECA *et al*, 2017).

Houve um aumento no número de usuários cobertos por planos de saúde privados, que, indiretamente, buscam o serviço odontológico por essa via, contudo,

nem toda a população tem acesso a este tipo de serviço e depende das ações vinculadas ao SUS (COSTA *et al*, 2018).

Pessoas que têm acesso regular à unidade básica de saúde apresentam menor risco de incidência de cárie, o que pode indicar uma preocupação dos profissionais destas unidades de saúde com medidas preventivas de saúde bucal (NORO *et al*, 2009). Dados dos dois últimos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil, apresentaram uma redução significativa na prevalência de cárie em crianças aos doze anos de idade (CPO-D = 3,06 em 1996 e CPO-D = 2,78 em 2003) em relação ao levantamento anterior realizado pelo em 1986 pelo Ministério da Saúde, que apontava para um índice CPO-D = 6,67 (NORO, 2008).

As associações positivas entre renda e, ou escolaridade, e o acesso a serviços odontológicos sugerem que os poderes dos usuários relacionados aos capitais econômicos e culturais podem significar maior capacidade de superação de obstáculos à busca e obtenção de assistência, por meio da rede privada de serviços odontológicos no Brasil (MANHÃES; COSTA, 2008).

Apesar da fluoretação da água ter sido reconhecidamente vantajosa, dados disponíveis apontam que sua efetivação é extremamente desigual no país, avançando nas regiões Sul e Sudeste onde concentra a maior parte da riqueza do país e sendo insuficiente nas regiões Norte e Nordeste (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Não está claro se o aumento da oferta de serviços odontológicos e a descentralização da Política Nacional de Saúde Bucal foi capaz de reduzir a desigualdades no acesso à saúde bucal no Brasil (FONSECA *et al*, 2017). Estudos mostraram que apenas os municípios que apresentam melhor condição socioeconômica mostraram avanços na incorporação da saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Investigações realizadas no Brasil mostram que a condição social tem sido enfatizada nas últimas décadas como importante determinante do uso de serviços odontológicos. A restrição do acesso a serviços de saúde odontológicos parece ter uma forte associação a desigualdades de natureza sócio-econômica do que a limitação da oferta de tais serviços (MANHÃES; COSTA, 2008).

4.3 Impactos da desigualdade social na saúde bucal

A constituição de 1988, em seu artigo 3º, constitui como um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, a erradicação da pobreza, a marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais. Quanto à saúde em seu artigo 194, seção 1, assegurava os direitos relativos à saúde, garantindo universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços e equidade. Em seu artigo 196, seção 2, explica que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016).

Pessoas com poder aquisitivo maior buscam os serviços privados de saúde como forma de garantir o acesso em caso de necessidade, apesar de garantido pela constituição a universalidade da cobertura e do atendimento, com o objetivo de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades, a sustentabilidade desse sistema depende de aportes financeiros que estão além da capacidade de financiamento do setor. Assim sendo, o princípio de equidade vertical deveriam os serviços de saúde ser distribuídos de

acordo com a necessidade de cuidados com a saúde, independente das características sócio-econômicas de cada um (NERI; SOARES, 2002).

A definição de saúde vem como resultado dos modos de organização social da produção, como efeito da composição de múltiplos fatores, incluindo moradia, alimentação, educação, trabalho, renda, meio ambiente, acesso aos bens e serviços essenciais dentre outros e a saúde bucal, como parte integrante da saúde humana, sofre a influência dos mesmos fatores e em especial das condições socioeconômicas da população (SILVA *et al*, 2015).

O efeito da condição socioeconômica é mediado pela exposição ambiental, fatores psicossociais, comportamento e disponibilidade de serviços de saúde e as causas das desigualdades em saúde são complexas e multifatoriais (BARBATO; PERES, 2015). Segundo Moreira *et al*, 2007, a apropriação das riquezas de forma desigual tem impactos importantes no setor da saúde. Comunidades com grande desigualdade apresentam mais problemas de saúde bucal, independentemente da sua riqueza como um todo. A desigualdade afeta tanto o indivíduo quanto a família que está em privação e não é superada pela simples melhoria do nível de pobreza.

Na 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 2004, foram ressaltados contrastes sociais e a exclusão de parcela expressiva da população do acesso aos mais elementares direitos sociais. A escolaridade deficiente, a baixa renda, a falta de trabalho, enfim, a má qualidade de vida estavam entre os efeitos devastadores sobre a saúde bucal, originando dores, infecções, sofrimentos físicos e psicológicos.

As condições de saúde bucal e o estado dos dentes foram associados a sinais de exclusão social e de precárias condições de vida de milhões de pessoas em todo o país, decorrentes de problemas de saúde localizados na boca ou por imensas dificuldades para conseguir acesso aos serviços assistenciais (BRASIL, 2016). A baixa renda pode ser um fator indireto para a susceptibilidade à cárie, pois está associado ao grau de educação, ao valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde (PASSOS *et al*, 2011).

Desigualdade em saúde bucal é um fenômeno universal, em que os níveis mais elevados de danos são encontrados em áreas mais carentes, independente do padrão de desenvolvimento socioeconômico (BARBATO; PERES, 2015). A renda familiar, renda individual, acesso aos serviços de saúde e redes de comunicação social refletem na condição de saúde-doença bucal (MOREIRA *et al*, 2017).

A situação socioeconômica tem sido então considerada como um fator determinante do risco de cárie (PASSOS *et al*, 2011). As pessoas com baixo nível socioeconômico têm atitudes mais negativas em relação à assistência odontológica, pior saúde bucal, e mais perda dentária, e são menos propensos a conhecer sobre canal radicular (procedimento odontológico utilizado para evitar a extração dentária em alguns casos) em comparação às pessoas com alto nível socioeconômico (GILBERT *et al*, 2003).

A população socioeconomicamente menos favorecida são mais afetadas por agravos, tais como, dentes cariados, ausências dentárias, próteses mal adaptadas ou até mesmo fístula externa ou cicatriz de um abscesso. Esses problemas, muitas vezes comuns em brasileiros de baixa renda, causam baixa autoestima e geram em muitos casos dificuldade de inserção no mercado de trabalho e perda de oportunidade de emprego (SILVA *et al*, 2015).

Além de um registro quantitativo, a condição bucal expressa uma história vivida pelo indivíduo, reforçando o estigma do portador e amplificando sua exclusão por uma condição bucal desfavorável. Pessoas pobres, com baixa escolaridade e menor

inserção no mercado de trabalho carregam marcas dentárias que exprimem uma realidade objetiva, e outra subjetiva, velada, pouco estudada nos aspectos fundantes. Ao olhar para alguém e perceber dentes cariados, prótese desgastada ou fístula externa de abscesso pode-se já identificar concepções que norteiam a forma pejorativa de se relacionar com este indivíduo (MOREIRA *et al*, 2017).

5 DISCUSSÃO

Os esforços em prol da reorganização da saúde pública e, conseqüentemente, a saúde bucal tiveram avanços positivos, conforme informações do datasus houve um declínio no percentual de brasileiros que nunca consultaram o dentista, no período 1998-2003, de 18,7% para 15,9% e posteriormente para 11,7% em 2008, que pode ser atribuído em parte ao aumento da provisão de recursos financeiros e de serviços odontológicos (CORRÊA; CELESTE, 2015).

Estudos demonstram uma associação de usos menos frequentes de serviços odontológicos entre os estados brasileiros mais pobres, com menor estrutura, menos oferta de atendimento odontológico e serviços mais complexos de saúde (FONSECA *et al*, 2017). As crianças de famílias com baixa renda sofrem mais cáries, têm doenças mais extensas e utilizam mais os serviços para alívio da dor, paradoxalmente, visitam o dentista menos vezes que as crianças cujas famílias têm maior renda (MOREIRA *et al*, 2017).

Existem evidências científicas de que os mais pobres utilizam menos os serviços odontológicos de saúde, e há um consenso no fato de que os mais pobres têm menos acesso quando necessitam (CELESTE, 2009).

Contudo para Silva *et al*, 2015, a saúde bucal é parte indissociável da saúde geral e está diretamente relacionada com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, com serviços de saúde e informação. Passos *et al*, 2011, relaciona a limpeza bucal ao capital econômico de um determinado grupo/indivíduo, ele cita que indivíduos de classe mais alta parecem escovar mais vezes os dentes e de maneira mais efetiva, com uso de mais itens de higiene bucal, do que os de baixa renda.

No estudo de Costa *et al*, 2018, percebeu-se que a taxa populacional coberta por planos de saúde estava concentrada nos usuários na faixa etária de 40-60 anos de idade e residentes urbanos, para todas as regiões do país. Pessoas com condições socioeconômicas melhores podem pagar por serviço odontológico (seguro de saúde ou pagamento do serviços orais), enquanto indivíduos com menor nível socioeconômico procuram o serviço público oral (FONSECA *et al*, 2017).

Em um estudo realizado por Peres *et al*, 2000, apontam dados de que a maioria das crianças com alta severidade de cárie pertenciam às famílias com menor renda familiar e a baixa severidade de cárie dentária estava relacionada ao alto grau de escolaridade do pai da criança. Reforçando os estudos que sugerem que a etiologia das desigualdades sociais, tais como a má distribuição de renda, a falta de participação na riqueza nacional, o desemprego, o atraso tecnológico em alguns setores, o analfabetismo e as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos seriam elementos determinantes da condição bucal (PASSOS *et al*, 2011).

A fluoretação da água é principal responsável pelo declínio na prevalência de cárie durante a segunda metade do século XX, ela tem um papel duplo já que além de reduzir os níveis de cárie entre as crianças, conseqüentemente, reduz dos efeitos das desigualdades socioeconômicas na experiência de cárie (BALDANI *et al*, 2004).

Antunes e Narvai, 2010, compararam a fluoretação da água nos municípios

brasileiros e observaram uma maior concentração de água fluoretada no Sudeste e Sul, 70,1% e 68,9%, em contrapartida, apenas 15,9% e 7,3% dos municípios do Nordeste e Norte têm água fluoretada. Eles ainda pontuam que a fluoretação da água apesar de ser uma medida de saúde pública efetiva na redução de desigualdades, acaba se tornando, objeto de profundas desigualdades em sua implantação, no âmbito das políticas públicas de saúde em nível nacional.

Os municípios com piores condições socioeconômicas revelam as piores condições epidemiológicas de saúde bucal, já que exibem as menores coberturas de acesso à água fluoretada e, em consequência, os maiores índices de cárie (FERNANDES; PERES, 2005). O próprio abastecimento de água em si, é desigual em todo território nacional, de acordo com o censo 2000, 77,8% dos municípios brasileiros têm cobertura do sistema de águas, predominante no Sudeste e Sul, 88,3% e 80,10% respectivamente, enquanto no Nordeste e Norte, 66,4% e 48% dos municípios são abastecidos com sistema de água (ANTUNES; NARVAI, 2010).

A renda familiar, assim como a inserção social, apresentam direta relação na prevalência da cárie dentária. A desigualdade social, ao invés de privação material e social, é o maior determinante da experiência de cárie medida pelo CPO-D (BALDANI *et al*, 2004).

Resultados dos estudos de Peres *et al*, 2000, reforçaram a importância da baixa renda familiar como fator de risco para a cárie dentária, independente dos outros fatores estudados. Estando em concordância com a afirmação de Silva *et al*, 2015, de que a renda é um fator de vulnerabilidade à cárie, bem como a pobreza e o emprego.

No estudo de Peres *et al*, 2000, crianças cuja renda familiar foi menor do que cinco salários mínimos, as chances de apresentar alta severidade de cárie foram 4,18 vezes maior quando comparadas com crianças cuja renda familiar foi superior a quinze salários-mínimos. Demonstrando que a renda apresentou-se como o fator de risco para alta severidade de cárie dentária, independente da frequência de consumo de doces. Passos *et al*, 2011, enfatiza que uma maior vulnerabilidade à cárie e à doença periodontal está associada à exposição mais intensa aos fatores de risco e à privação material e social, observando-se um padrão de risco desvantajoso para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados.

O tipo de ocupação dos responsáveis pela família, a renda e escolaridade dos responsáveis estão relacionados aos graus de severidade de cárie dentária. Quanto mais desfavorável a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados pela cárie e maior a sua severidade (PERES *et al*, 2000).

Em um estudo realizado por Fernandes e Peres, em 2005, observou-se, que mesmo que todos os municípios analisados, oferecessem algum acesso aos serviços de saúde bucal, aqueles com piores condições socioeconômicas ainda ofereciam serviços com características mutiladoras. Mesmo quando o quadro clínico é igual ao de pacientes ricos, os mais pobres recebem um tipo de tratamento menos conservador (CELESTE, 2009).

A distribuição do serviço odontológico oferecido à população é desigual, verificando-se as médias de ESB do serviço público brasileiro de acordo com as regiões, no período de 2000-2012, o Nordeste apresentou uma maior média de ESBs (64,0), seguido das regiões Sul (56,0), Centro-Oeste (53,0), Norte (44,0) e Sudeste (43,0), contudo as maiores médias populacionais que referem nunca ter realizado consulta odontológica são, em todas as variáveis, da região Nordeste, mesmo apresentando maior oferta de serviço odontológico (COSTA *et al*, 2018). A proporção de pessoas entre a população idosa, que nunca consultou dentista é de 6,3% para o País e atinge 50,7% na região Nordeste (FERNANDES; PERES, 2005).

Somente 56,61% da população brasileira é coberta pelas equipes de saúde bucal, sendo que somente 46,14% dos habitantes são assistidos por uma Equipe de Saúde Bucal vinculada à Estratégia de Saúde da Família. Mesmo que seja a região que apresenta as maiores taxas dessas coberturas, o Nordeste, ainda é aquela que possui a maior necessidade em saúde bucal, uma vez que detém a maior proporção de população dependente do SUS, maior demanda epidemiológica e menor condição socioeconômica (ROCHA *et al*, 2022).

Noro *et al*, 2008, constatou que quase metade das crianças dos 5 aos 9 anos, na região de Sobral, no Ceará, jamais haviam tido acesso ao cirurgião dentista, mesmo estando na faixa etária priorizada para atendimento odontológico no serviço público. Nesse estudo constatou-se que das crianças que haviam tido acesso ao tratamento dentário praticamente uma terça parte haviam realizado há mais de um ano, demonstrando um acesso irregular destas crianças, possivelmente vinculado à urgência odontológica ou busca para solução de algum problema odontológico pontual.

Fonseca *et al*, 2017, aponta que na faixa etária das crianças com menos de 5 anos, apenas 13,3% já haviam ido ao dentista, e apenas 4,3% fizeram algum tipo de consulta odontológica até o primeiro ano da vida. Ainda menciona que em um estudo realizado no Maranhão mais de 91% das crianças não utilizaram os Serviços de Saúde Bucal nos seis meses que antecederam a entrevista.

O acesso aos serviços odontológicos é diferenciado para os diversos grupos sociais. Crianças de famílias de nível socioeconômico baixo têm menor possibilidade de acesso aos serviços do que as de classes sociais mais altas, e por conseguinte, também aos benefícios advindos destes como uso de dentifrícios fluorados, selantes, e aplicações tópicas de flúor (BALDANI *et al*, 2004).

Noro *et al*, 2008, apurou de forma significativa em seu estudo uma alta influência das condições sócio-econômicas no pleno acesso aos serviços de saúde. Aqueles que possuem um plano de saúde ou convênio apresentam uma possibilidade de acesso aproximadamente superior. Passos *et al*, 2011, ressalta que alguns estudos mostram que a prevalência da cárie, por exemplo, diminui na medida em que o nível socioeconômico aumentou, mesmo em áreas sem adição de flúor na água de abastecimento público.

Segundo Peres *et al*, 2000, estudos têm demonstrado que o grau de instrução elevado vem acompanhado de mais oportunidades de acesso à informação sobre saúde. Crianças que convivem com adultos, nessa condição, estão sujeitas a hábitos e condutas de saúde bucal mais saudáveis. Corroborando com Noro *et al*, 2008, que explica que a escolaridade da mãe também contribui significativamente para um maior acesso aos serviços de saúde, certamente pela possibilidade de maior entendimento da real necessidade de tratamento da criança.

O uso de Serviços de Saúde Bucal foi maior entre as crianças cujos chefes de família tinham mais de 11 anos de estudo e melhores condições socioeconômicas (FONSECA *et al*, 2017). Gilbert *et al*, 2003, aponta que afro-americanos, pessoas com menos anos de educação formal e pessoas com menos recursos financeiros eram menos propensas a relatar uma visita ao dentista durante intervalos de observação de seis meses. Cita ainda que indivíduos com uma educação até a oitava série ou menos tiveram uma ou mais visitas ao dentista em 51% dos intervalos, em comparação com 81% das pessoas com mais da oitava série ou ensino fundamental completo.

Manhães e Costa, 2008, mostram uma forte associação entre a privação de acesso a serviços odontológicos e a condição de analfabeto funcional (0 a 3 anos de

estudo) particularmente na faixa dos 35 aos 44 anos. Para Rocha e Goes, 2008, quanto maior a escolaridade, maior o acesso ou utilização dos serviços de saúde.

Para Barbato e Peres, 2015 é evidente que as perdas dentárias são indicadores de saúde ligados às condições socioeconômicas, tanto no nível individual quanto contextual. Eles puderam concluir que um maior número de dentes perdidos pelos indivíduos estava associado a uma pior condição socioeconômica do local de moradia.

Mesmo diante de todas as mudanças e conscientização feitas por parte dos profissionais e gestores, a busca pelo cirurgião dentista continua sendo principalmente nos quadros de dor, apesar do acesso público ao tratamento endodôntico e restaurador, ainda são frequentes as exodontias, com extensas perdas dentárias sendo verificadas entre os usuários (COSTA *et al*, 2018).

Fernandes e Peres, 2005, identificaram que as maiores proporções de exodontias se concentravam nos municípios com piores indicadores socioeconômicos indicando uma carga de doença em estágio avançado para a qual não foram oferecidas outras possibilidades terapêuticas.

As piores situações de vida, como por exemplo, alta densidade domiciliar, baixa taxa de saneamento básico, alta taxa de analfabetismo, alta proporção de pessoas de baixa renda e menor esperança de vida foram encontradas nas capitais com maiores índices de cárie e perda dentária e menores taxas de jovens livres de cárie (SILVA *et al*, 2015). Manhães e Costa, 2008, constataram que em todas as faixas etárias, a queda do padrão sócio-econômico estava relacionado ao aumento da privação de acesso a serviços odontológicos. Aqueles com renda per capita inferior a um salário mínimo, a chance de nunca ter ido ao dentista foi cerca de 4,5 vezes a observada entre os grupos com renda igual ou superior a dois salários, em todas as faixas de idade.

Costa *et al*, 2018, demonstra que a distribuição de cirurgiões dentistas é desigual no território brasileiro, concentrando-se majoritariamente nas capitais e grandes centros urbanos, deixando à deriva os usuários da população rural. A região Nordeste apresenta uma notória iniquidade relacionada à oferta e a utilização dos serviços públicos odontológicos, que pode ser explicado pelas maiores dificuldades socioeconômicas da região em relação às demais, na qual a população em todas as faixas etárias, deve priorizar aspectos como alimentação e moradia, e com isso a saúde bucal passa a ser preferência apenas em momentos de dor ou incômodo, devido as menores condições financeiras.

Alguns estudos apontam desigualdades no acesso à saúde bucal, especialmente para crianças e idosos. No Paraná foi possível identificar que 67% dos idosos entrevistados não visitavam o dentista há mais de três anos, já em São Paulo identificou-se também que os idosos são os que passaram mais tempo sem acessar os serviços de saúde bucal (FONSECA *et al*, 2017). Em 2003, a proporção de idosos que visitaram o dentista há menos de um ano foi cerca de 13,2%, três vezes menor que a observada na população idosa americana. E a proporção de idosos que jamais visitaram um dentista em nosso país, é de 6,3%, representando um contingente de cerca de 800 mil indivíduos (MANHÃES; COSTA, 2008).

Nos estudos de Gilbert *et al*, 2003, pode-se perceber que pessoas com condições socioeconômicas inferiores sofreram mais perda de dentes durante o acompanhamento, experimentaram mais doenças dentárias, sintomas dolorosos e reduções na qualidade de vida. Para Moreira *et al*, 2017, a perda dentária causa um desgaste profundo na auto-estima e insegurança nas relações pessoais e de trabalho, que resulta em isolamento, rejeição e perda de oportunidades.

Palmier *et al*, 2012, realizou um em 52 municípios do Vale do Jequitinhonha,

Minas Gerais, em 2007 e pode verificar que a proporção de exodontias foi maior nos municípios que possuíam maiores desigualdades na distribuição de renda e menor cobertura da ESF.

As pessoas que apresentam maior desvantagem social enfrentam dois fardos, mais doenças e menos condições de recuperar a saúde. 50% das extrações nas classes sociais mais pobres poderiam ser evitadas pelas técnicas existentes (CELESTE, 2009).

Conforme análise de saúde bucal da população brasileira feita pelo Projeto SB Brasil, o CPO-D (índice de dentes cariados, perdidos ou obturados) médio nas idades de 12 e 15 a 19 anos foram, respectivamente, 2,8 e 6,2. O Sudeste e Sul apresentaram os menores valores, enquanto o Nordeste e Centro-Oeste tiveram os maiores valores, estas regiões mais carentes apresentam uma maior taxa de dentes cariados e perdidos. O Norte e Nordeste possuem maior necessidade de prótese dentária (MOREIRA *et al*, 2017). Dados da Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira demonstram que a região Norte demonstram maior índice de dentes cariados aos 12 anos, seguida pela região Nordeste e Centro-oeste. A mesma realidade aplica-se ao número de dentes perdidos na mesma faixa etária. Na faixa etária dos 35 aos 44 anos, a região Norte foi a que apresentou a maior média para dentes cariados, seguida pela região Centro-oeste, nordeste, sul e sudeste. A região Norte é a região com alta necessidade de atendimento odontológico relacionado à presença de cárie e à doença periodontal (PINHO *et al*, 2015).

Neves *et al*, 2019, enfatizam diferenças importantes entre as macrorregiões nacionais, em que as regiões Sul e Sudeste mostram as maiores prevalências de procedimentos odontológicos curativos; contudo, as regiões Norte e Nordeste apresentam as menores prevalências.

Vettore *et al*, 2013, comparou a doença periodontal e a desigualdade social, em seu estudo constatou que a doença periodontal “grave” em adultos estava associada a maiores níveis de desigualdade de renda das cidades, e essa associação foi mantida após o ajuste para características individuais, incluindo renda familiar. Reforçando pesquisas anteriores sobre o papel das desigualdades sociais na doença periodontal, não apenas em nível individual, mas também em contexto.

Estudos ecológicos apontam que a experiência de agravos bucais é sensível às desigualdades sociodemográficas e geográficas, e que a existência de iniquidades em saúde bucal reflete, inclusive, no acesso e na utilização de serviços de saúde, conforme observado em estudos internacionais e nacionais (PALMIER *et al*, 2012).

Para Passos *et al*, 2011 a participação da comunidade no desenvolvimento, planejamento e implementação das intervenções no processo saúde-doença é suma importância para a resolução das políticas de saúde bucal com redução das desigualdades, uma vez que o efeito da concentração de renda sobre a saúde é mediado pelo capital social.

6 CONCLUSÃO

É perceptível que as desigualdades sociais estão presentes na saúde bucal, manifestando-se através de problemas odontológicos graves, falta de acesso aos serviços de saúde bucal, fluoretação desigual das águas, concentração de cirurgias dentistas nos grandes centros.

A saúde bucal impacta a vida das pessoas, pois dor de dente, dificuldade de mastigação e fala chegam a ser debilitantes, causando impossibilidades até mesmo no trabalho e nas interações sociais. E deixam sequelas traumáticas na vida das

peessoas, seja pela experiências da dor de dente ou a ausência dos mesmos causando baixa estima e retração social.

Após anos de regulamentação e implementação de leis que objetivem ampliar o acesso odontológico, ainda é possível perceber grandes iniquidades sociais. Regiões estruturalmente e socioeconomicamente menos favorecidas carecem de serviços de saúde bucal e políticas voltadas para prevenção que abrange toda a população, enquanto nas regiões mais ricas o acesso aos serviços odontológicos é maior, a cobertura de abastecimento e fluoretação de água é mais ampla.

Conclui-se que a falta de renda, o analfabetismo, as condições precárias de vidas são obstáculos importantes para que o indivíduo tenha plena saúde, e goze de todos os benefícios que uma boa saúde bucal pode oferecer. É fato que a desigualdade social impacta diretamente a saúde bucal dos indivíduos, e por conseguinte diminui sua qualidade de vida e saúde geral. Se faz necessárias políticas públicas voltadas para a diminuição da desigualdade social e desigualdade em saúde, e uma atenção à saúde bucal mais humanizada para aqueles com menos poder aquisitivo e, em condições de vida desfavoráveis.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**: 2010, v. 44, n. 2, p. 360-365. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>. Acesso em: 18 Out 2022.

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G. G.; ANTUNES, J. L. F. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**: 2004, v. 20, n. 1, p. 143-152. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100030>. Acesso: 29 Out 2022.

BARBATO, P. R. ; PERES, K. G. Contextual socioeconomic determinants of tooth loss in adults and elderly: a systematic review. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 18 (2): 357-371. Abr-Jun 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020006>. Acesso em: 06 out. 2022.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17(2): p. 555-560, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200028>. Acesso em: 06 out. 2022.

BRASIL. LEI Nº 6.050, DE 24 DE MAIO DE 1974. **Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento.** Ministério da Saúde: 1974. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6050.htm. Acesso em: 12 Out 2022.

BRASIL. DECRETO Nº 76.872, DE 22 DE DEZEMBRO DE 1975. **Regulamenta a Lei nº 6.050, de 24 de maio de 1974, que dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas públicos e abastecimento.** Ministério da Saúde: 1975. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d76872.htm. Acesso em: 12 Out 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal - **Série A. Normas e Manuais Técnicos - Caderno de Atenção Básica, nº 17**. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 12 Out 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 12 Out 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008**. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016.

CASCAES, A. M.; DOTTO, L.; BOMFIM, R. A. Tendências da força de trabalho de cirurgiões-dentistas no Brasil, no período de 2007 a 2014: estudo de séries temporais com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2018, v. 27, n. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100015>. Acesso em: 12 Out 2022.

CELESTE, Roger Keller. **Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal**. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/bitstream/1/4701/1/Roger%20Keller%20Celeste-tese.pdf>. Acesso em: 12 Out 2022.

CORRÊA G. T.; CELESTE, R. K. 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. **Cadernos de Saúde Pública**. 2015, v. 31, n. 12, p. 2588-2598. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00000915>. Acesso em: 10 Outubro 2022.

COSTA, R. *et al*. Configuração da cobertura de saúde bucal brasileira e o acesso da população ao serviço público odontológico. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**: 2018, v. 6(2), 212-219. Disponível em: <https://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/refacs/article/view/2818>. Acesso em: 16 out de 2022.

FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**: 2005, v. 39, n. 6, p. 930-936. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600010>. Acesso em: 18 Out 2022.

FONSECA, E. P.; FONSECA, S. G. O.; MENEZES, M. Fatores Associados ao Acesso à Saúde Bucal no Brasil: Revisão Sistemática. **Journal Health Sciences**: 2017; v. 19 (1): p. 47-54. Disponível em: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2017v19n1p47-54>. Acesso em: 18 Out 2022.

GILBERT, G. H. ; DUNCAN, R. P. ; SHELTON, B. J. Social determinants of tooth loss. **Health Serv Res.** v. 38 (6 Pt 2):1843-62. Dez. 2003. Disponível: 10.1111/j.1475-6773.2003.00205.x. Acesso em: 06 out. 2022.

MANHÃES, A. L.D.; COSTA, A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 24(1): P. 207-218, jan. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100021>. Acesso em: 06 out 2022.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23 (6). Rio de Janeiro: Jun 2007. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600013>. Acesso em: 06 out 2022.

NERI, M. ; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Arq.Odontol. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):77-87, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n5WCfG6hxCNTKjT5tVdqGJs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 out 2022.

NEVES, M.; GIORDANI, J. M. A.; HUGO, F. N. Atenção primária à saúde bucal no Brasil: processo de trabalho das equipes de saúde bucal. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2019, v. 24(5): 1809-1820. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.08892017>. Acesso em: 10 out 2022.

NORO, L. R. A. *et al.* A utilização de serviços odontológicos entre crianças e fatores associados em Sobral, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 2008, v. 24, n. 7, p. 1509-1516. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700005>. Acesso em: 11 out 2022.

NORO, L. R. A. *et al.* Incidência de cárie dentária em adolescentes em municípios do Nordeste brasileiro, 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(4):783-790, 2009. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v25n4/09.pdf. Acesso em: 11 out 2022.

PALMIER, A. C. *et al.* Indicadores socioeconômicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. **Rev Panam Salud Publica.**: 2012;32(1):22–9. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2012.v32n1/22-29/pt/#ModalArticles>. Acesso em: 18 out 2022.

PASSOS, J. S. *et al.* Condições de Vida e Saúde Bucal: Uma Abordagem Teórico-Conceitual das Desigualdades Sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**: 2011, v.

35, supl.1, p.138-150. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2011.v35.n0.a152>. Acesso em: 18 out 2022.

PERES, K. G. A.; BASTOS, J. R. M.; LATORRE, M. R. D. O. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Revista de Saúde Pública**: 2000, v. 34, n. 4 , p. 402-408. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000400014>. Acesso em: 18 Out 2022.

PINHO, J. *et al.* Evolução da cobertura das equipes de saúde bucal nas macrorregiões brasileiras. **Revista da Associação Paulista de Cirurgões Dentistas**: 2015, 69(1), 80-95. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762015000100013&script=sci_arttext. Acesso em: 18 out 2022.

PUCCA JUNIOR, G. A. *et al.* Oral health policies in Brazil. **Brazilian Oral Research**. 2009, v. 23, suppl 1, p. 9-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-83242009000500003>. Acesso em: 12 Out 2022

ROCHA, E. S. *et al.* A evolução da cobertura do número de equipes de saúde bucal nos estados do Nordeste do Brasil. **Research, Society and Development**, 2022, v. 11, n. 7. ISSN 2525-3409. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29703>. Acesso em: 10 Out 2022.

ROCHA, R.; GOES, P. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**: 2008. v. 24, p. 2871-2880. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mP5gxg8trgVRYpXrTzB398R/?lang=pt>. Acesso em: 10 Outubro 2022.

SILVA, J. V. M. *et al.* As desigualdades sociais e a saúde bucal nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015, v. 20, n. 8, p. 2539-2548. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.12052014>. Acesso em: 10 Outubro 2022.

VETTORE, M. V.; MARQUES, R. A. A.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. **Revista de Saúde Pública**: 2013, v. 47, n. Suppl 3., p. 29-39. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004422>. Acesso em: 21 Outubro 2022.