

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Andrea Barbosa do Valle

**PROGRAMAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DE
SAÚDE BUCAL, EM GOVERNADOR VALADARES:**

Percepção dos atores e efetividade das políticas públicas e institucionais

Governador Valadares

2012

ANDREA BARBOSA DO VALLE

**PROGRAMAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DE
SAÚDE BUCAL, EM GOVERNADOR VALADARES:**

Percepção dos atores e efetividade das políticas públicas e institucionais

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *strictu sensu* em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Gestão Integrada do Território.

Área de Concentração: Estudos Territoriais

Orientadora: Prof.^a Dra. Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares

2012

DEDICATÓRIA

A

Meu esposo, Marcos Oliveira Rodrigues Coelho,

E meus filhos,

Maurício do Valle Rodrigues Coelho e

Sarah do Valle Rodrigues Coelho

Minha trajetória e meu destino...

Minha maior justificativa, minha melhor hipótese,
meus mais nobres objetivos e meus resultados mais
satisfatórios!

AGRADECIMENTOS

A meu pai, **Jose Rodrigues do Valle** (*in memorian*), cujo amor ao conhecimento gerou em mim o encantamento que me impulsiona ao saber. Pelo legado de esperança, justiça e honra!

A minha mãe, **Luzia Barbosa do Valle** (*in memorian*), exemplo de força e fé. Pelo legado de coragem e dignidade!

A minha irmã, **Vera Lúcia Barbosa do Valle** (*in memorian*), porto seguro de minha adolescência, pelo zelo com o meu desenvolvimento moral e intelectual!

A minha irmã **Carmen Helena Barbosa do Valle**, mito da infância, pelo exemplo de dedicação aos estudos!

A meu irmão **Guilherme Gustavo do Valle**, por desenvolver tão bem a herança moral de meus pais e compartilhá-la comigo!

Às minhas irmãs do coração **Maria Luiza Muniz Rocha do Valle** e **Maria Inês Vieira**, por serem tão presentes em minha vida e transmitirem às minhas sobrinhas o legado de meus pais e avós!

À minha Orientadora Prof.^a Dra. **Suely Maria Rodrigues**, pela disponibilidade, atenção, cuidado e lucidez com os quais conduziu este estudo!

Ao Prof. Dr. **Carlos Alberto Dias**, pelo importante papel desempenhado no delineamento do projeto que deu origem a este estudo!

À Profa. Dra. **Ana Cristina Borges de Oliveira** pela disponibilidade e cuidado com os quais me atendeu para a realização da análise estatística!

À Prof.^a **Dra. Elaine Toledo Pitanga Fernandes** e ao **Prof. Dr. Rosângelo Rodrigues de Miranda**, pela participação na Banca de Qualificação. Suas contribuições foram inestimáveis para a redação final deste trabalho.

A todos os professores do programa de Mestrado, em especial àqueles que ministraram as disciplinas que eu cursei e com os quais tanto aprendi!

Aos colegas do Mestrado, que me permitiram, com seu companheirismo, saborear o prazer de voltar a ser aluna!

À bolsista, **Maria Cecília Lima de Oliveira**, cuja ajuda foi imprescindível na coleta de dados. Aluna que vi crescer e amadurecer ao longo deste trabalho. Pelo cuidado e responsabilidade com os quais desenvolveu suas atividades.

À Secretária do Programa de Mestrado, **Neuza Santos**, pela presteza e boa vontade com as quais sempre me atendeu.

À **Maria Madalena F. Pinheiro** que manteve as portas da Instituição sempre abertas para realização deste estudo. Pela confiança e estímulo!

À **Maria Aparecida Ferreira** e **Luciane Rabello Barros**, pela ajuda imprescindível na abordagem e visitas às famílias!

À **Marilia Pereira da Silva**, minha companheira de trabalho de tantos anos, conhecedora de cada etapa deste estudo, cada dificuldade, cada vitória. Pela presença, dedicação e amizade!

“Ando devagar porque já tive pressa e levo esse sorriso porque já chorei demais...

Hoje me sinto mais forte. Mais feliz, quem sabe? Só levo a certeza de que muito pouco sei, ou nada sei...

Conhecer as manhas e as manhãs. O sabor das massas e das maçãs...

É preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir...

Penso que cumprir a vida seja simplesmente compreender a marcha. E ir tocando em frente...

Como um velho boiadeiro levando a boiada eu vou tocando os dias pela longa estrada, eu vou... Estrada eu sou...

Todo mundo ama um dia, todo mundo chora
Um dia a gente chega e no outro vai embora...

Cada um de nós compõe a sua história. Cada ser em si carrega o dom de ser capaz... E ser feliz...”

Almir Sater

RESUMO

A saúde bucal, como fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida e desenvolvimento do território, deve ser discutida a partir da sociedade, de seus condicionantes e de suas necessidades coletivas. A Constituição de 1988 reconheceu a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, a ser garantida por políticas sociais e econômicas abrangentes. O objetivo deste estudo foi comparar a condição de saúde bucal de famílias inseridas na Estratégia de Saúde da Família e atendidas por uma Instituição Social de Atenção Integral à Família e a de grupos familiares, vizinhos a elas, inseridos apenas na Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal, realizado no período de março a maio de 2011, com abordagem quantitativa e qualitativa. A amostra foi constituída por 38 famílias, divididas em Grupo 1 (famílias inseridas na Estratégia de Saúde da Família e no Programa de Atenção Integral à Família) e Grupo 2 (famílias inseridas apenas na Estratégia de Saúde da Família). Os dados foram coletados nos domicílios por meio de um Prontuário de Estudo contendo as variáveis: caracterização socioeconômica, utilização dos serviços odontológicos; morbidade referida, autopercepção e impactos em saúde bucal; Exame Epidemiológico (índice CPO-D, presença de cálculo dentário, uso e necessidade protética) e Entrevista semiestruturada (representação social sobre saúde bucal). Os dados quantitativos foram analisados através do programa “Software Package for the Social Sciences” (SPSS for Windows, version 17.0), com realização da análise descritiva seguida de análise bivariada, através do teste estatístico *Qui-Quadrado* (X^2) para as variáveis independentes categóricas e teste *T de Student* para as variáveis independentes. O nível de significância utilizado foi de 10%. Para a análise multivariada, foi empregada a análise de Regressão de Poisson robusta. Os dados qualitativos foram analisados segundo a técnica da “Análise de Conteúdo”, na qual as informações foram agrupadas em categorias relativas a cada item e as falas analisadas dentro de cada tema. Os resultados demonstraram que a população estudada tinha, em média, 33,5 (dp $\pm 15,4$) anos de idade; 66,2% eram mulheres; 60,3% apresentavam menos de 8 anos de estudo e a renda *per capita* era de 26,3% do salário mínimo vigente. Quando comparados os dois grupos estudados, observou-se que o Grupo 1 apresentou menor renda e casa própria, maior número de residentes por domicílio, média de idade mais baixa e maior escolaridade. A presença de dor nos últimos seis meses anteriores ao estudo e a frequência de visitas ao dentista foram maiores no grupo 1. O índice CPO-D encontrado (20,7 - dp $\pm 11,9$) não apresentou diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0,66$), a presença de cálculo foi maior no grupo 1 ($p=0,09$) e todos os casos de edentulismo (5,9% da mostra) pertenciam a indivíduos do grupo 2, que apresentaram também, maior frequência na utilização de algum tipo de prótese superior. As categorias surgidas a partir das representações sociais foram: *significado de saúde bucal*, *manutenção da Saúde bucal* e *responsável pela saúde bucal*. Não foram observadas diferenças nas representações sociais entre os grupos. Pode-se concluir que os indicadores socioeconômicos e de saúde bucal apresentaram diferenças entre os dois grupos, evidenciando que podem ocorrer variações no perfil de grupos familiares que coabitam o mesmo território geográfico. A conjugação de ações entre as várias forças que incidem sobre o território parecem contribuir para a melhoria da saúde bucal dos indivíduos.

Palavras-chave: Território. Saúde bucal. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Oral health, as a decisive factor for maintaining a good quality of life and development of territory, should be discussed taking into account the society, their conditions and their collective needs. The 1988 constitution recognized health as a citizen's right and duty of the State, to be guaranteed by comprehensive social and economic policies. The aim of this study was to compare the oral health status of families included in the Family Health Strategy and cared by an institution of Integrated Social and Family Group family, neighbors to them, inserted only on the Family Health Strategy. This is an observational, descriptive, cross-section study conducted between march and may 2011, with qualitative and quantitative approach. The sample comprehended 38 families, divided into Group 1 (families included in Family Health Strategy and in the Programme of Attention of Integrated Family) and Group 2 (families included only in the Family Health Strategy). Data were collected at home, using a study form containing the following variables: socioeconomics characteristics, use of Dental Services, morbidity, self-perception and impact in oral health; Epidemiologic Survey (DMFT index, presence of dental calculus, use and need of prosthesis) and semi structured interview (social representation about oral health). Quantitative data were analyzed using the program "Software Package for Social Sciences" (SPSS for Windows, version 17.0), with descriptive analysis followed by bivariate analysis using the *Chi-Square* statistic test (X^2) for categorical independent variables and *Student t test* for independent variables. The significance level was 10%. For multivariate analysis, we used the analysis of robust Poisson regression. Qualitative data were analyzed using the technique of "Content Analysis", in which the information was grouped into categories for each item and the speeches analyzed within each theme. The results showed that the study population had an average of 33.5 (SD +15.4) years of age, 66.2% were women, 60.3% were younger than 8 years of schooling and per capita income was 26.3% of the minimum wage. When comparing both groups, we found that Group 1 had lower income and home ownership, greater number of residents per household, average age lower and higher education. The presence of pain in the last six months prior to the study and frequency of dental visits were higher in group 1. The DMFT index found (20.7 - +11.9 SD) showed no significant differences between the two groups ($p = 0.66$), the presence of calculus was higher in group 1 ($p = 0.09$) and all cases of edentulism (5.9% of the sample) belonged to Group 2 individuals showed other, more frequent use of some type of upper prosthesis. The categories that emerged from the social representations were: *significance of oral health, oral health maintenance and responsible for oral health*. There were no differences in representations between groups. It can be concluded that socioeconomic indicators and oral health differ between the two groups, suggesting that there may be variations in the profile of family groups that cohabit the same geographical territory. The combination of actions of the various forces which affect the territory seems to contribute to improving the oral health of individuals.

Keywords: Family Health Strategy. Oral health. Territory.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Gráfico 1 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68).....	62
Tabela 1 - Distribuição do número de famílias atendidas pela PPIF que participam efetivamente de suas atividades e respectivos bairros.....	55
Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais e socioeconômicas dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68).....	63
Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas à história odontológica dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68).....	68
Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas à autopercepção de saúde bucal dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)	73
Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao exame clínico dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)	76
Tabela 6 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao uso/necessidade de próteses de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)	80
Tabela 7 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao uso/necessidade de prótese de acordo com a presença de cálculo dentário. Governador Valadares. 2011. (n=64)	82

Tabela 8 - Modelo multivariado de Regressão de Poisson para explicar as variáveis que influenciam na condição de saúde bucal da amostra estudada. Governador Valadares, 2011.	83
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABCD - Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas

ABO - Associação Brasileira de Odontologia

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACD - Auxiliares de Consultório Dentário

APCD - Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas

ASB - Auxiliares em Saúde Bucal

CD - Cirurgião-Dentista

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

ceo-d - Índice de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decídua

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CFO - Conselho Federal de Odontologia

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

CPO-D - Índice de dentes cariados, perdidos e obturados

ESB - Equipes de Saúde Bucal

ESF - Estratégia de Saúde da Família

F - Feminino

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

FIO - Federação Interestadual dos Odontologistas

FNO - Federação Nacional dos Odontologistas

G1 - Grupo 1

G2 - Grupo 2

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

M - Masculino

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios

PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal

PPIF - Programa de Promoção Integral à Família

PQV - Plano de Qualidade de Vida

PSF - Programa Saúde da Família

RC - Representações Coletivas

SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

SPSS - Software Package for the Social Sciences”

SUS - Sistema Único de Saúde

THD - Técnicos em Higiene Dental

TRS - Teoria das Representações Sociais

TSB - Técnicos em Saúde Bucal

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UNIVALE - Universidade Vale do Rio Doce

UPI - Unidades de Promoção Integral

USF - Unidade de Saúde da Família

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 SAÚDE BUCAL.....	18
2.1.1 A boca como território	18
2.1.2 Saúde bucal e bem-estar social	21
2.1.3 Atenção à Saúde Bucal no Brasil	23
2.1.4 Epidemiologia da Saúde Bucal no Brasil	30
2.2 INTERVENÇÃO NO CICLO DA VIDA: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	36
2.2.1 A estratégia de Saúde da Família e a Equipe de Saúde Bucal	41
2.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	47
3 OBJETIVOS	50
3.1 GERAL.....	50
3.2 ESPECÍFICOS.....	50
4 METODOLOGIA	51
4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO.....	51
4.2 TIPO DE ESTUDO.....	51
4.3 UNIVERSO DO ESTUDO.....	51
4.3.1 Características da Instituição responsável pelo PPIF	51
4.3.2 Características e modelo de atenção da ESF	53
4.4 AMOSTRA.....	54
4.4.1 Crítérios de Inclusão e Exclusão	56
4.5 LOCAL DO ESTUDO.....	56
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
4.7 ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	57
4.7.1 Obtenção de dados	60
4.8 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	61
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
5.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	62
5.1.1 Caracterização da amostra	62
5.1.2 História Odontológica	67
5.1.3 Autopercepção de saúde bucal	72
5.1.4 Condição Epidemiológica	75
5.1.4.1 Uso/Necessidade de Prótese	80

5.2 DADOS QUALITATIVOS.....	83
5.2.1 Representação Social sobre saúde bucal.....	83
5.2.2 Categoria 01: Significado de saúde bucal.....	84
5.2.2.1 Subcategoria 1- Ter cuidado e higiene.....	85
5.2.2.2 Subcategoria 2 - Poder sorrir.....	86
5.2.2.3 Subcategoria 3 - Não sentir dor.....	88
5.2.2.4 Subcategoria 4 – Beleza.....	89
5.2.2.5 Subcategoria 5 - Não ter mau hálito	90
5.2.3 Categoria 02: Manutenção da saúde bucal.....	91
5.2.3.1 Subcategoria 1- Escovar os dentes e usar fio dental.....	92
5.2.3.2 Subcategoria 2- Boa alimentação	93
5.2.3.3 Subcategoria 3- Ir ao Dentista.....	94
5.2.4 Categoria 03: Responsável pela saúde bucal	96
5.2.4.1 Subcategoria 1- A própria pessoa.....	96
5.2.4.2 Subcategoria 2 - Os pais.....	97
5.2.4.3 Subcategoria 3 – Dentista.....	98
5.2.4.4 Subcategoria 4 – Estado.....	99
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS.....	106
ANEXOS.....	117

1INTRODUÇÃO

A saúde bucal, integrante da saúde geral, representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida dos indivíduos e do desenvolvimento do território por eles constituído. É compreendida como um estado funcional saudável nos aspectos físico, social e psicológico, nos quais as funções bucais podem ser exercidas em sua plenitude. A comunicação e a sobrevivência humana dependem substancialmente da capacidade da boca de exercer as funções para as quais ela foi apropriada biologicamente, de forma adequada (ROTA; QUELUZ; MIALHE, 2008).

Se, por um lado, a saúde bucal influencia e, entre outros fatores, determina a saúde geral, por outro, a saúde geral não pode prescindir da bucal. O bem – estar social, como via de mão dupla, depende da saúde e esta, por sua vez, tem nele um de seus determinantes. Em decorrência, a saúde bucal deve ser discutida a partir da sociedade, de seus condicionantes e de suas necessidades coletivas (KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2006).

Promover a saúde bucal implica, então, em recolocar a boca dentro do corpo, o corpo dentro da pessoa, e a pessoa dentro de seu contexto de vida em sociedade (MOYSÉS; KUSMA, 2008). Naturalmente, tais ações fluem em ambas as direções, ou seja, se à pessoa é permitido viver bem, em sociedade, a ela será facilitada a apropriação de seu corpo, o que implicará em apropriação de sua boca e manutenção dos parâmetros de normalidade e saúde. Em contrapartida, com saúde, o indivíduo tem mais chances de reconhecer e desempenhar o seu lugar na sociedade, contribuindo para seu desenvolvimento e a constituição de territórios igualmente saudáveis, sob todos os aspectos.

Esta concepção não é nova e pode ser observada na Constituição de 1988, que representou um enorme avanço ao reconhecer, pela primeira vez, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Seu primeiro aspecto relevante diz respeito à concepção ampla da saúde adotada e a relação da política de saúde com as demais políticas públicas. A afirmação de que a saúde deve ser garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”¹ implica que a responsabilidade pela situação de saúde não é apenas setorial e que as políticas econômicas e sociais devem estar orientadas para a redução de riscos para a saúde (MACHADO, 2007).

¹ Brasil, Constituição da República de 1988, artigo 196.

A estratégia de saúde da família (ESF) surgiu como uma nova forma de atuar na saúde. Propõe mudar a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência. Pretende tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (ROSA; LABATE, 2005).

Constituída com base nas relações de parentesco cultural e historicamente determinadas, a família inclui-se entre as instituições sociais básicas. Com o desenvolvimento das ciências sociais, ampla bibliografia internacional tem analisado suas diversas configurações e destacado sua centralidade, conforme a reprodução demográfica e social. A família é apontada como elemento-chave não apenas para a “sobrevivência” dos indivíduos, mas também para a proteção e a socialização de seus componentes, transmissão do capital cultural, do capital econômico e da propriedade do grupo, bem como das relações de gênero e de solidariedade entre gerações (CARVALHO; ALMEIDA, 2003).

A condição de saúde de famílias que vivem em condições de risco social constitui, atualmente, um tema gerador de muitas discussões e preocupações. Estas são suscitadas não apenas pela diversidade e complexidade de problemas considerados como potencialmente de risco, mas, também, pelo grande contingente de famílias expostas a estas condições, em todas as partes do mundo. Nos últimos tempos, vem aumentando o número de famílias que vivem em condições severamente adversas e, na mesma proporção, aumentam os desafios para os profissionais que com elas trabalham (SILVA et al., 2005).

Diante das evidências científicas que demonstram as interrelações entre saúde, território e sociedade, compreende-se que é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma verdadeira articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população (BUSS, 2000).

A efetivação destas ações de atenção, promoção e prevenção buscando melhores condições de vida resulta num olhar multi-territorial, através do qual se considera que existem outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde. Em outras palavras, as parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersetorialidade capazes de modificar o quadro social e epidemiológico local. Neste sentido, deve-se observar como a Estratégia de Saúde da Família, a comunidade, as lideranças comunitárias, as

organizações não governamentais, os movimentos sociais, e outras instituições que possam intervir no local, relacionam entre si (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Em muitos municípios brasileiros, serviços locais de saúde, escolas e órgãos de assistência social ligados a igrejas, entidades filantrópicas e organizações não governamentais já vêm desenvolvendo programas de acompanhamento e apoio a famílias em situação especial de dificuldade (VASCONCELOS, 1999).

Tais reflexões, que focalizam a interação entre atores sociais, instituições sociais, políticas públicas de saúde e sociedade, conduzem ao surgimento de uma questão importante: *Existem diferenças entre a condição de saúde bucal de famílias que, além de inseridas na Estratégia de Saúde da Família, são também atendidas por uma Instituição Social de Atenção Integral à Família e a de grupos familiares inseridos apenas na Estratégia de Saúde da Família?*

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SAÚDE BUCAL

2.1.1 A Boca como Território

*“Favela não é hotel/ Vida não é novela/ Qual é a graça /
(des)graça/ Que há no riso do banguela?”*

(Zeca Baleiro - Banguela)

O conceito de território, ao longo da história, passou por momentos de menor e maior expressividade e diversas modificações, de acordo com os métodos utilizados pelos pesquisadores. No decorrer do tempo, vem sendo trabalhado não apenas na geografia, mas também nas ciências sociais e naturais (GALVÃO; FRANÇA; BRAGA, 2009).

As novas abordagens sobre o conceito de território surgiram em meados de 1950, se estendendo até 1970, entre autores como Gottmann, Sack, Lefevbe, Foucault, Raffestin, Deleuze, Guattari, Dematteis, Bagnasco, Magnaghi, entre outros (SAQUET, 2007).

Raffestin (1993), em *Por uma geografia do poder*, discute o território a partir de uma abordagem relacional, na qual este é formado pelas relações de poder multidimensionais e a territorialidade é o produto destas relações. O autor postula que “a existência é tecida por relações, é um vasto complexo relacional” (RAFFESTIN, 1993, p.31).

A definição do território, baseada nas relações de poder que se estabelecem sobre o espaço e entre os atores que o ocupam e utilizam, impulsionou alguns autores da geografia a dialogar com estudiosos de outras disciplinas que abordam o poder, tais como Foucault e Arendt. A partir das ideias desses autores, é possível sustentar que as relações de poder se originam de inúmeros pontos e possuem intencionalidades. Através do território, está subtendida essa multiplicidade de poderes que afetam de diversos modos e graus, qualquer ação de planejamento (SCHNEIDER; TARTARUGA, 2004).

Tal definição estabelece limites para o território, ora de fácil delimitação (evidentes), ora não explícitos (não manifestos), que possuem como referencial o espaço da vivência, da convivência, da co-presença de cada pessoa. Considera ainda, o estabelecimento de relações,

internas ou externas, entre os respectivos espaços com outros atores sociais, instituições e territórios. Este conceito pode ser útil para o estudo de uma ampla gama de situações e processos sociais (SCHNEIDER; TARTARUGA, 2004), inclusive para a compreensão do processo saúde-doença e ações de promoção de saúde.

Em decorrência, a compreensão do território, das relações de poder que o estabelecem e por ele são estabelecidas, e as possíveis intervenções nestas relações, no sentido de promover o bem-estar social, requerem um aprofundamento teórico que extrapole as questões meramente geográficas e possa aproximar-se do social, individual e biológico. Como ressaltam Coelho-Ferraz, Valvassori e Oliveira (2011, p.96-97):

Do macrocosmo para o microcosmo, do coletivo para o individual, da pessoa humana para a boca. Da boca para os dentes que mastigam, para a língua que grita, que chora, que fala. Da boca para a saliva que lubrifica e purifica. Para além do céu da boca, respirando numa sinfonia de nascer, viver e morrer para depois nascer novamente em cada movimento respiratório. Da boca para a vida que dignifica, da boca para a morte que encerra a vontade de viver. Uma identidade bucal que é ímpar e parte de um todo indizível, dotado hoje e sempre de uma complexidade ética nas suas relações sociais e profissionais.

De acordo com Botazzo (2008), a boca não é órgão, mas território. Ela é o suporte mais evidente de todo o corpo do homem na realização de sua vida. As vísceras bucais são inseparáveis: integralidade anatômica quer dizer integralidade funcional. Como território, a boca é lugar dotado de normalidade, ritmos, tempos e significados, e, se por um lado, é suporte para ações sociais de sujeitos, por outro, desgasta-se segundo condições de existência, o que quer dizer determinação social do bem-estar ou mal-estar bucal.

A atividade bucal não se restringe a absorção de nutrientes, essencial para o desenvolvimento físico e mental. A boca desempenha também outras funções essenciais, embora muitas vezes esquecidas ou negligenciadas, tais como a expressão de sentimentos, de defesa, instrumento de reivindicação de direito, de justiça social, de denúncias contra a desigualdade social e a dignidade humana. Como consequência, é imprescindível não separá-la da pessoa, e sim, revelar o comportamento espacial de suas diversas dimensões: física, social, antropológica e filosófica (COELHO-FERRAZ; VALVASSORI; OLIVEIRA, 2011).

É através dela, a boca, que pai, tias e avós, nas salas de espera das maternidades, são tranquilizados pelo choro estridente do bebê recém-nascido, anunciando sua chegada e reivindicando seu lugar no mundo. É por ela que o bebê conhece e reconhece este mundo, em

suas diferentes texturas e sabores. A cada sensação experimentada, uma apropriação do espaço e dos objetos; cujo prazer é manifestado, também pela boca, em sorrisos e sons.

A “*bucalidade*” é identificada, para Botazzo (2008), como a capacidade da boca em ser boca, isto é, em exercer sem limitação ou deficiência as funções para as quais anatomicamente acha-se apta e descreve estas funções como sendo:

- a) A *manducação* implica apreender, triturar, insalivar e deglutir. Esta função envolve dentes, mucosas, glândulas salivares, a língua e outros músculos bucais em estrita solidariedade e sinergia, de modo a produzir o bolo alimentar e a permitir sua passagem pelo canal bucofaríngeo.
- b) A *erótica* é parte relevante das expressões bucais nas sociedades humanas, antigas ou contemporâneas. Caracteriza-se não apenas como realização de ordem sexual, mas também afetiva, emocional e amorosa. O contato bucal entre os mamíferos é manifestação evidente, e pode ser observado ao longo de sua vida. Estes animais de sangue quente, com pelos e glândulas distribuídos em todo o corpo, telencéfalo desenvolvido, habilidade manual e motricidade ímpares, apresentam uma organização social razoavelmente complexa. Têm no contato físico e na manipulação mútua do corpo, diferentes traduções de hierarquias, relações de poder e dependência. Já o contato inicial do filhote com a mãe se dá como relação boca-seio, e o estar no regaço da mãe, entre penugens, quenturas e odores, vem a ser o significado preciso de *mammalia*: o seio materno. Seriam essas as bases biológicas do amor e do afeto humanos, uma construção social, é bem verdade, mas que tem o corpo, obrigatoriamente, como suporte material.
- c) A *linguagem* se expressa pela solidariedade entre as vísceras da boca, porque ela é o lugar de modulação dos sons produzidos logo abaixo, na laringe. Tendo ficado vazia de seio, a boca logo se enche de dentes e de palavras, de fonemas e formas consonantais e vocálicas.

Ao contrário de serem estanques, explica Botazzo (2008), estas três funções se dão como consumo e produção, num incessante movimento que envolve o sujeito em permanente elaboração, na fronteira entre razão e (desejo) inconsciente. Precisam, no entanto, encontrar no conceito de norma (e de normalidade) seu par ideal. Função bucal é algo que não se vê, mas cujo efeito se sente. Por esta razão, esta boca deverá encontrar médias de ajustamento (e

de desvio, portanto) segundo condições de possibilidade ou condições de existência do sujeito que vive, trabalha e fala.

O estudo dos dentes e da boca, como órgãos funcionais e naturalmente dispostos, esconde uma trama de desejos e sentimentos. É preciso mais que a ciência cartesiana para compreender a produção da subjetividade da boca. Uma discussão que ultrapasse os limites da odontologia é requisitada (KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2006).

Enquanto território, a boca, influencia e é influenciada, permite e reprime, cria novas possibilidades e responde àquelas que lhe são apresentadas ou se ressentida das que lhe não são ofertadas; muda e renova.

2.1.2 Saúde Bucal e bem-estar social

“Cedo ou tarde, praticamente todo ser humano se pergunta sobre a origem da vida e as razões da existência. Essa reflexão faz parte de um exercício fundamental que nos liga ao universal, ao mesmo tempo em que nos posiciona como sujeitos históricos. De modo semelhante, parece-nos que todo profissional de saúde deveria colocar-se diante de um questionamento essencial e existencial semelhante: O que é a saúde? Como meu trabalho pode efetivamente se tornar um meio de promovê-la (BATISTELLA, 2007, p.25)?”

As mudanças mundiais econômicas, políticas, sociais e culturais ocorridas no século XIX intensificaram-se no século XX, produzindo alterações importantes para a vida em sociedade. Tais mudanças possibilitaram, simultaneamente, a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e impasses criados ao viver. A saúde não permaneceu fora do desenrolar dessas mudanças da sociedade nesse período, uma vez que o processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários (BRASIL, 2006).

O tema da influência da saúde sobre as condições e a qualidade de vida, e vice-versa, tem ocupado políticos e pensadores ao longo da história. Buss (2000) relata que, já no século XVIII, o professor da Faculdade de Medicina Johann Peter Frank, quando ocupava as funções de diretor geral de saúde pública da Lombardia austríaca, escreveu, no seu célebre “*A miséria do povo, mãe das enfermidades*”, que a pobreza e as más condições de vida, trabalho, nutrição e outras eram as principais causas das doenças. Mais do que reformas sanitárias, o

autor preconizava amplas reformas sociais e econômicas. Observa-se que há muito tem sido questionado o papel da medicina, da saúde pública e, num sentido mais genérico, do setor de saúde no enfrentamento do que seriam as causas mais amplas e gerais dos problemas de saúde. Causas que fugiriam ao objeto propriamente médico da questão saúde.

A promoção da saúde tem se constituído, na última década, num dos temas mais citados e reiterados nos diferentes espaços da produção do conhecimento e das práticas de saúde. Entende-se aqui por promoção da saúde o conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se organiza numa determinada sociedade e num determinado momento histórico com o propósito de responder às demandas do campo da saúde e cuja existência é possibilitada apenas na realidade concreta (VERDI; CAPONI, 2005).

Verdi e Caponi (2005) admitem que o reconhecimento da complexidade da sociedade e das relações de interdependência entre os diversos setores que a compõem, apresenta-se como condição essencial ao desenvolvimento de ambientes favoráveis à saúde. Apontam como prioridade estratégica o desenvolvimento de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde tais como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade. Deve-se atentar para o fato de que as formas de vida, de trabalho e de lazer devem ser fontes de saúde, e que o trabalho deve constituir-se num recurso para a criação de uma sociedade saudável.

A atual concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica como bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis. Proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vivida”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que por sua vez, são valores socialmente definidos, implicando em valores e escolhas (BUSS, 2000).

A saúde bucal, integrante da saúde geral, representa um fator decisivo para a manutenção de uma boa qualidade de vida e desenvolvimento territorial. Na fase adulta, pode ser entendida como um estado de bem-estar, nos aspectos físico, social e psicológico, com ausência de dor. A cavidade bucal tem grande influência na qualidade de vida em todos estes aspectos, ao

interferir na nutrição, autoestima, capacidades de expressão e comunicação, além da estética facial (ROTA; QUELUZ; MIALHE, 2008).

A saúde bucal das populações não resulta apenas da prática odontológica, mas de construções sociais operadas pelos homens, em cada situação concreta, aí incluídos os profissionais de saúde (dentre os quais, os cirurgiões-dentistas). Sendo processo social, cada situação é única, singular, histórica; não passível, portanto, de replicação ou reprodução mecânica em qualquer outra situação concreta. Uma vez que os elementos e dimensões de cada um desses processos apresentam contradições, eles geram conflitos e são marcados por negociações e pactos que lhes são próprios (NARVAI, 2006).

Em decorrência, a saúde bucal deve ser discutida a partir da sociedade, seus condicionantes e suas necessidades coletivas (KOVALESKI; FREITAS; BOTAZZO, 2006). Promover a saúde bucal implica, então, em recolocar a boca dentro do corpo, permitindo que ela desenvolva as ações para as quais anatomicamente ela foi construída; o corpo dentro da pessoa e a pessoa dentro de seu contexto de vida em sociedade (MOYSÉS; KUSMA, 2008). É claro que tais ações fluem em ambas as direções, ou seja, se à pessoa é permitido viver bem, em sociedade, a ela será facilitada a apropriação de seu corpo, o que implicará em apropriação da boca e manutenção dos parâmetros de normalidade e saúde.

2.1.3 Atenção a Saúde Bucal no Brasil

Algumas áreas do conhecimento gozam de permanente renovação de ideias, pois envolvem diretamente as questões da vida humana e suas múltiplas perspectivas de estar no mundo. A educação e a saúde estão entre elas, gerando conhecimento e desdobrando-se em prática social. Ao longo da história, muito se tem pensado e escrito sobre o lugar que ambas ocupam no interior das sociedades - e a conseqüente relação com os estados nacionais (CASOTTI, 2009).

De acordo com Narvai e Frazão (2008), entre as muitas singularidades que marcam o Brasil, percebe-se que, em relação à saúde bucal, chama a atenção o padrão de ocorrência da cárie dentária, que no início do século XXI ainda se constitui em um problema de saúde pública e continua mobilizando a maior parte dos esforços e recursos, nesse setor. Os autores se reportam a Narvai (2000) em "*Brasil, 500 anos: país dos banguelas*" que relata a estranheza que causou aos nativos brasileiros a chegada dos primeiros portugueses. Além das caravelas,

roupas e barbas, os portugueses apresentavam comissuras labiais e gengivas dilaceradas pelo escorbuto. Suas arcadas dentárias mutiladas pela cárie produziam, naqueles indivíduos, uma boca banguela muito diferente!

É verdade que havia cárie entre os primeiros habitantes do Brasil, mas a ocorrência não se comparava à observada entre os que chegavam. Os anos e os séculos foram se passando e, além de se transformar no país do futebol e do carnaval, o Brasil viu sua imagem se associar à de país de banguelas. Não porque a cárie dentária tenha sido “transmitida” pelos portugueses, como o foram outras doenças (a sífilis, por exemplo), mas por causa da cana-de-açúcar que ocupou papel central na economia brasileira durante todo o período colonial (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Nesse cenário de açúcar em abundância e dentes deteriorados por cárie, causando dores, sofrimentos e infecções, era necessário buscar soluções, tratar dos doentes, cuidar dos que sofriam. Porém, numa sociedade marcada por profundas desigualdades sociais, as respostas a esses problemas eram, e continuam sendo, mais de cinco séculos depois da chegada dos portugueses, profundamente desiguais. Enquanto índios e negros, no período colonial, enfrentavam seus males de origem dentária com ritos, ervas, rezas e procedimentos com instrumentos rudimentares (NARVAI; FRAZÃO, 2008), os portugueses já usufruíam de técnicas curativas e de extração dentária, uma vez que, com a frota de Pedro Álvares Cabral, desembarcou no litoral da Bahia em 1500, o cirurgião Mestre João (SILVA, SALES-PERES, 2007).

A partir do processo de colonização do Brasil, pessoas capacitadas nas mais diversas ocupações vieram para propiciar serviços e cuidados aos colonizadores; dentre os quais, os mestres cirurgiões e barbeiros que “curavam de cirurgia, sangravam e tiravam dentes”. Para exercerem suas funções, no entanto, tais mestres necessitavam de uma licença especial dada pelo Cirurgião-Mor da Corte Portuguesa, chamada de “Carta de Ofício” (SILVA, SALES-PERES, 2007; NARVAI, FRAZÃO, 2008), o que parece marcar a presença do estado nessa área e corresponder a uma “política” para o setor (NARVAI; FRAZÃO, 2008).

Posteriormente, com a vinda da corte portuguesa para o Brasil em 22 de Janeiro de 1808, ocorreu um surto de progresso nas mais diversas áreas, dentre elas, a Odontologia. E, finalmente, em 25 de outubro (data na qual se comemora o “dia do cirurgião-dentista”) de 1884, foram criados, por meio do Decreto 9.311, cursos de Odontologia nas Faculdades de

Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (ROSENTHAL, 2001).

A presença de profissionais da Odontologia em estabelecimentos de ensino público é registrada desde as primeiras décadas do século XX. Os três primeiros cargos de cirurgião-dentista, na administração pública paulista, foram criados pela Lei n. 1.280, de 19/12/ 1911. Com isso, iniciou-se o atendimento odontológico público ao efetivo da então Força Pública e aos cidadãos sob custódia do Estado, no âmbito da Secretaria de Justiça e Segurança Pública. Em 1929, profissionais de odontologia passaram a integrar os quadros da Inspeção Médico-Escolar da Secretaria do Interior, então responsável pelas atividades ligadas à educação e à saúde no Estado. Em 1932, após a criação da Secretaria da Educação e da Saúde Pública paulista, instituiu-se a Inspetoria de Higiene e Assistência Dentária no Serviço Sanitário para “atender a população de escolares da rede pública estadual”. Desde então, sucessivos arranjos institucionais marcaram a organização da assistência odontológica pública, tanto em São Paulo como em outras unidades federativas (VASCONCELLOS, 1984).

Segundo Narvai (2006), apesar destes profissionais buscarem desenvolver ações educativas em sua prática clínica, reproduziam, essencialmente, o que faziam os dentistas nos consultórios particulares. A abordagem era individual e não se lograva realizar um diagnóstico de situação em termos populacionais ou utilizar qualquer tecnologia de programação resultante de processos de planejamento que considerassem a saúde bucal da população como um todo. O cenário mudou radicalmente quando, em 1952, o SESP – Serviço Especial de Saúde Pública implementou os primeiros programas de odontologia sanitária, inicialmente em Aimorés - MG, e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste do Brasil.

O alvo principal desses programas era a população em idade escolar, tida como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do País. O contexto pós Segunda Guerra Mundial, que dificultava o acesso ao consultório odontológico privado à maioria dos cidadãos brasileiros, determinou uma discreta, mas significativa ruptura na produção de serviços odontológicos, devido ao surgimento de uma modalidade estatal de produção desses serviços. A odontologia de mercado seguia absolutamente majoritária, mas deixou de ser a única modalidade assistencial neste segmento do setor saúde (NARVAI, 2006).

Essa nova modalidade estatal de produção de serviços odontológicos (conhecida como odontologia sanitária) correspondeu a um marco relevante do ponto de vista das políticas públicas de saúde: pela primeira vez o estado brasileiro intervinha no setor munido de uma política explícita com a finalidade de proteger a saúde bucal da população, desenvolvendo ações preventivas e de reabilitação, segundo um modelo que expressava o grau de desenvolvimento teórico na época (NARVAI; FRAZÃO, 2008; BRASIL, 2008).

A principal ferramenta teórica utilizada pela odontologia sanitária para diagnosticar e tratar os problemas de saúde oral da comunidade foi o denominado *sistema incremental*. Este método de trabalho visava o completo atendimento dental de uma população determinada, eliminando suas necessidades acumuladas e, posteriormente, mantendo-as sob controle, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas. Tratava-se de uma ação horizontal por meio de um programa preventivo, o qual controlava a incidência dos problemas, e uma ação vertical por meio de um programa curativo, solucionando os problemas prevalentes. Paralelamente, um programa educativo, fornecia apoio a estas ações. Embora usualmente empregado em escolares, por razões operacionais, esta metodologia geral, com algumas modificações, poderia ser facilmente aplicada a outros grupos (OLIVEIRA et al., 1999).

A origem norte-americana do sistema incremental, de acordo com Moysés e Gevaerd (2002), sinaliza uma sociedade-berço com pouca mobilidade social, não submetida às graves distorções econômicas e culturais de um país como o Brasil, que ingressou tardiamente no sistema capitalista mundial.

O emprego dessa tecnologia no Brasil, ao seguir a norma técnica do SESP de maior ênfase aos escolares, confundiu a ferramenta com a própria odontologia sanitária perdendo-se a noção, tão importante, de trabalho organizado da comunidade, na comunidade e para a comunidade. A odontologia sanitária se viu, então, reduzida aos programas odontológicos escolares (OLIVEIRA et al., 1999).

O sistema incremental tornou-se ineficaz à medida que foi transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente e, em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas. Em conseqüência, a odontologia sanitária, teve a tarefa histórica de produzir uma prática odontológica que rompesse com a odontologia de mercado, e fracassou. Tendo seu apogeu durante a época mais obscura da ditadura militar (1968-1978), as formulações teóricas da odontologia sanitária

foram associadas a esse contexto autoritário, entrando em declínio nos anos 80 (NARVAI, 2006).

A supressão de direitos e garantias democráticas, que marcou a cena brasileira entre 1964 e 1988, produziu efeitos em todas as dimensões da vida nacional, notadamente na cultura, sobre a qual se abateu rigoroso controle e implacável censura. Também a produção científica, dimensão particular da vida cultural, se ressentiu da falta de liberdades democráticas. Com a promulgação da Constituição de 1988, o “Estado Democrático de Direito”, inscrito no art. 1º da Carta Magna (BRASIL, 2010), reabriu no meio acadêmico as possibilidades de abordar livremente temas até então, por razões políticas, preteridos ou mesmo evitados. Tal foi o caso de temáticas relacionadas ao sistema de saúde brasileiro e às políticas de saúde – aí incluída a saúde bucal (NARVAI; ALMEIDA, 1998.)

Ainda em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Era um momento chave do movimento da Reforma Sanitária brasileira e da afirmação da indissociabilidade entre a garantia da saúde como direito social irrevogável e a garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS) que ampliava o conceito de saúde, ressaltava a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la, além de considerar imperativa a participação social na construção do sistema e das políticas de saúde. Reconhecia-se a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho, à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir opções saudáveis para a população (BRASIL, 2006).

Na Constituição Federal de 1988, o Estado Brasileiro assumiu como seus objetivos precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988). Segundo o Ministério da Saúde, o SUS “foi criado para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. s/n).

Entretanto, Zilbovicius (2005) adverte que o desafio de construir um sistema público de saúde que, mais do que atender às necessidades de saúde imediatas do povo brasileiro, fosse calcado em um novo paradigma do processo saúde-doença, não se esgotou com a promulgação da

Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 2010) que criou o SUS. Haja vista que este é um processo social e como tal, tem características de lenta duração.

Para Narvai e Frazão (2008) não tem sido fácil a construção do SUS. O sistema vem se configurando como uma das mais bem-sucedidas experiências de reforma do Estado, numa perspectiva popular e, exatamente por isso, é objeto diário de ataque dos setores interessados em mercantilizar a prestação de serviços de saúde.

A inserção da saúde bucal no SUS tem sido marcada por conflitos e contradições, desde a criação do Sistema, pelos contribuintes de 1988. O texto constitucional que formula o Sistema Único de Saúde (SUS), sua regulamentação, e outros textos normativos constituem as bases legais para as ações de saúde bucal no SUS. Neste, é proposto que sejam seguidos os mesmos princípios que regem a dimensão macro da saúde, ou seja, um direito básico acessível a todos os cidadãos, pautado na universalidade, na equidade, na integralidade, compondo um sistema descentralizado, hierarquizado em diferentes níveis de complexidade, e que esteja regulado através do controle social. Entretanto, os governos que sucederam desde então, não acataram esta deliberação (PAULETO; PEREIRA; CYRINO, 2004).

Em meados de 1993, teve início o Programa Saúde da Família (PSF), sendo regulamentado de fato em 1994, como uma estratégia do Ministério da Saúde (MS) para mudar a forma tradicional de prestação de assistência, visando estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária que resolvesse a maior parte (cerca de 85%) dos problemas de saúde. O PSF visava ao trabalho na lógica da Promoção da Saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade (BESEN et al., 2007). No entanto, a estratégia ainda não proporcionava a atenção à saúde bucal (MATOS; TOMITA, 2004).

De acordo com Barros e Bertoldi (2002), dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), de 1998, realizada pelo IBGE, revelavam que a saúde bucal no Brasil vinha recebendo uma parcela escassa de recursos, em relação ao total de investimentos do SUS. Do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém com um papel proporcionalmente pequeno: em 1998, segundo a pesquisa, apenas 5,24% dos investimentos em saúde se destinavam aos procedimentos odontológicos.

Diante da necessidade de ampliar a atenção à saúde bucal da população brasileira, o Ministério da Saúde, em 2000, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção das ações de

saúde bucal, por meio da contratação do cirurgião-dentista, atendente de consultório dentário e técnico de higiene dentária nas equipes do PSF (MATOS; TOMITA, 2004). Mais especificamente, no dia 25 de outubro de 2000, o ministro da saúde, José Serra, anunciou a inclusão do cirurgião-dentista, no Programa de Saúde da Família (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005).

Concomitante a isso, o Ministério da Educação deliberava sobre as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde, nas quais ficava evidente a preocupação com o estabelecimento de uma articulação entre a educação superior e a saúde, objetivando a formação de profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (MATOS; TOMITA, 2004).

Entretanto, Medeiros (2007) reconhece que, apesar da expressiva melhoria na condição de saúde bucal no Brasil, os valores encontrados no levantamento de 2003 ainda estavam aquém da meta sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para o ano de 2000. Como era de se esperar, apenas o índice médio de CPO-D para as crianças mostrou-se compatível com a meta (inferior a 3,0), variando, todavia, entre as regiões.

Com o objetivo de resgatar ou mesmo incluir o direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, através de ações governamentais, superando o histórico abandono e a falta de compromisso com a saúde bucal da população, em 2003 começaram as discussões para elaborar as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Vale salientar que tais discussões tiveram início num contexto político propício, às vésperas da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (MEDEIROS, 2007).

Em 2004, o governo federal implantou a Política Nacional de Saúde Bucal (Conhecida como *Programa Brasil Sorridente*), que teve por objetivo resgatar elementos do Movimento Sanitário, incluindo novas questões que estavam em debate no campo da saúde coletiva e que, graças a um grupo de atores envolvidos nestes movimentos e compromissados com a saúde bucal, pôde se firmar como uma política específica no governo federal (BARTOLE, 2006).

De acordo com Medeiros (2007) o Programa Brasil Sorridente utiliza o perfil apresentado pelo SB Brasil para elaborar propostas que ampliem e qualifiquem a Atenção Básica e assegurem atendimentos nos níveis Secundário e Terciário. Para isso, foram criados fluxos assistenciais que se desdobram em ações resolutivas das equipes de saúde, buscando a

integralidade da atenção. Em consequência, a população passou a ter mais acesso a tratamentos especializados, por meio dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Não obstante, a Odontologia brasileira chega ao século XXI carregando uma impostergável contradição: apesar da evolução técnica que a área experimentou, seus alcances sociais continuam sendo baixos, o que torna cientificamente questionável sua prática (SILVA; SALES-PERES, 2007).

2.1.4 Epidemiologia da Saúde Bucal no Brasil

“Quantos olhos você têm pra me falar/ Quantas bocas você diz a me olhar/ Quantos dentes eram tristes/ Quantos eram solidão?” (Zé Ramalho – Pelo vinho e pelo pão).

A influência do meio ambiente sobre as condições de saúde das pessoas é uma preocupação antiga do ser humano. Já no século V A.C., Hipócrates defendia a importância do espaço como *locus* de ocorrência das doenças. Séculos depois, o médico britânico John Snow estabeleceu a associação espacial entre mortes por cólera e o fornecimento de água em diferentes bombas de abastecimento público. Esta associação foi possível através do uso sistematizado de uma metodologia científica e com a realização de uma investigação epidemiológica. Seus estudos contribuíram, então, para o fim da epidemia de cólera na cidade de Londres, em 1854. Era o início da compreensão de como a distribuição de eventos de saúde-doença no espaço poderia fornecer hipótese etiológica para a sua ocorrência (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

O conceito de epidemiologia é elaborado como o estudo dos fatores que condicionam o surgimento e a distribuição de fenômenos ligados à saúde e à doença, bem como o uso deste estudo para melhorar as condições de saúde da população (RONCALLI, 2006).

A evolução da Epidemiologia revela um potencial epistemológico e metodológico que permite que ela seja postulada como “Ciência da Saúde”. O reconhecimento da necessidade de se buscar transformações estruturais que desequilibrem o sistema desencadeante das iniquidades, ao invés de apenas propor medidas corretivas biológico-ecológicas reforça a validade de uma nova estratégia conceitual e metodológica. Sob esta perspectiva, o espaço geográfico social é entendido como expressão das condições de vida da população. Neste contexto, a Saúde Bucal é também reconhecida como um campo aberto ao debate não

dogmático e não normativo. Em consequência, poderá encontrar na espacialização do processo saúde-doença bucal uma relação entre ocorrências e determinantes, adotando a epidemiologia como referencial privilegiado, no estudo desta relação (MOREIRA; NICO; TOMITA, 2007).

As experiências do uso da epidemiologia nos serviços de saúde bucal no Brasil, até o momento, são ainda muito tímidas. As duas principais alternativas de produção de dados epidemiológicos são constituídas a partir de dados secundários produzidos pelos serviços de saúde ou pela geração de dados primários oriundos de pesquisas epidemiológicas transversais (os conhecidos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal). No entanto, os modelos assistenciais em saúde bucal pouco têm se apropriado deste arsenal. Em termos de produção de uma base de dados nacional, o Brasil se insere muito tardiamente neste processo. Enquanto boa parte dos países desenvolvidos apresenta séries históricas, desde as primeiras décadas do século 20, o Brasil realizou seu primeiro grande levantamento somente na década de 1980 (RONCALI, 2006)

Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, que foi realizado na zona urbana de 16 capitais, representando as cinco regiões brasileiras. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos, obtendo dados relativos à cárie dentária, à doença periodontal e ao acesso a serviços (BRASIL, 1988). Dez anos após, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais brasileiras, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária (BRASIL, 1996).

No ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) iniciou a discussão sobre a realização de um projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto a população urbana como a rural. Identificado como “SB Brasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”, este projeto teve início em 1999 com a criação do Subcomitê responsável pela elaboração e execução do Projeto. Em 2001, foi realizado um estudo-piloto, em duas cidades de diferentes portes populacionais – Canela-RS e Diadema-SP. Após a validação da metodologia e dos instrumentos desenhados para o estudo, foi executado o sorteio dos municípios amostrais e definido o início das oficinas de sensibilização nas diferentes regiões. As oficinas de treinamento e calibração das equipes foram realizadas nos anos de 2002 e 2003, após as quais foi iniciado o trabalho de campo, com realização dos exames e entrevistas (BRASIL, 2004a).

Foram envolvidas neste projeto, com o decisivo suporte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, várias instituições e entidades odontológicas, tais como Conselho Federal e Regionais de Odontologia, Associação Brasileira de Odontologia e suas seções regionais e faculdades de Odontologia. Aproximadamente 2.000 trabalhadores (cirurgiões-dentistas, auxiliares e agentes de saúde, dentre outros) de 250 municípios participaram de suas atividades. Sem considerar os ajustes necessários com vistas à expansão das taxas para a população em geral, a amostra obtida permitiu a produção de estimativas segundo as principais variáveis de estratificação previstas no projeto. A amostra pesquisada tornou os dados representativos por macrorregião do estado e por porte populacional das cidades envolvidas, além do próprio município para alguns agravos e faixas etárias.

O relatório com os resultados principais do Projeto “SB Brasil – 2003: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira” (BRASIL, 2004a) considera que as estimativas observadas sobre parte das condições de saúde bucal apresentadas permitem a produção de muitas informações epidemiológicas. Dentre tantas considerações, a análise das estimativas revela que o declínio da cárie dentária na população infantil está ocorrendo de forma desigual na população brasileira.

De acordo com o relatório (BRASIL, 2004a), a execução do delineamento proposto permitiu estimar a prevalência de todos os problemas de saúde bucal investigados para cada município, segundo as principais variáveis demográficas (sexo e idade) e o grupo étnico. Essas estimativas representavam a melhor informação epidemiológica disponível sobre a saúde bucal da população brasileira, até então. Entre os principais resultados obtidos, foram observados:

- Em relação à população infantil, tanto na dentição decídua² quanto na permanente, os resultados, segundo os relatores, indicam notáveis diferenças na distribuição do ataque de cárie. Essas diferenças foram observadas tanto na experiência global (**CPO-D** /índice de dentes cariados, perdidos e obturados e **ceo-d**/ índice de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decídua) quanto na análise por componentes. As crianças do Norte e Nordeste do País apresentaram os maiores números de dentes cariados não tratados. Essas diferenças são ainda mais marcantes na análise por porte municipal e entre os adolescentes.

² Os dentes decíduos, também chamados dentes provisórios ou dentes-de-leite (pela sua cor mais branca), são em número de dez (10) na arcada dentária superior e, com a mesma denominação e número, na arcada dentária inferior.

- Cerca de 10% dos adultos brasileiros possuíam bolsa periodontal³ em uma ou mais regiões da boca. Praticamente a mesma proporção de adultos apresentou pelo menos um sextante⁴ da boca excluído, sendo que esse problema atinge mais da metade dos idosos.
- O ataque de cárie e o número de dentes perdidos entre adultos e idosos eram profundamente elevados.
- A perda dentária precoce foi considerada grave. Os dados obtidos revelaram que a necessidade de algum tipo de prótese começa a surgir a partir da faixa etária de 15 a 19 anos de idade. O edentulismo⁵ continuava sendo um grave problema no país, especialmente entre os idosos.
- Disparidades relacionadas ao acesso a serviços também foram identificadas. Os relatores acreditavam que muitas das diferenças apontadas eram decorrentes do modelo de atenção em cada área geográfica, incluindo, dentre outros, o impacto de medidas mais gerais, como, por exemplo, a fluoretação da água e do creme dental, e de medidas mais específicas relacionadas ao acesso e à utilização de serviços de assistência odontológica.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Saúde Bucal, concluiu em 2011, o quarto levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de Saúde Bucal, intitulado SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Esta pesquisa contou com a participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), além do apoio do Conselho Federal de Odontologia (CFO), Associação Brasileira de Odontologia (ABO), Associação Brasileira de Cirurgiões-Dentistas (ABCD), Federação Nacional dos Odontologistas (FNO), Federação Interestadual dos Odontologistas (FIO), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados da pesquisa, de base amostral, foram coletados nas 26 capitais estaduais, no Distrito Federal e em 150 municípios do interior, de diferentes portes populacionais, sendo 37.519

³ Aprofundamento patológico do sulco gengival, que separa o dente e a gengiva.

⁴ A cavidade bucal é dividida em seis sextantes.

⁵ Ausência de dentes.

indivíduos examinados pertencentes às faixas etárias de: 5, 12, 15 a 19, 34 a 45 e 65 a 74 anos. Cerca de 2.000 trabalhadores e trabalhadoras do SUS das três esferas governamentais foram fundamentais no sucesso da execução do SB Brasil 2010.

Os principais resultados obtidos, nesta pesquisa, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) foram:

- Aos 12 anos, considerando o componente do CPO relativo especificamente aos dentes não tratados (cariados), a redução foi de mesma magnitude (de 1,62 para 1,21), quando comparado ao último levantamento realizado.
- Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados foi de 4,25, mais que o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Esta evolução do CPO entre a infância e a adolescência tem sido um achado comum em outros estudos no Brasil e no mundo. Comparando-se com 2003, contudo, a redução no componente “cariado” foi de 35% (de 2,60 dentes em 2003 para 1,70 em 2010).
- No que diz respeito aos adultos e idosos, em geral a redução no ataque de cárie é menos significativa, tendo em conta o caráter cumulativo das sequelas da doença. Entre os idosos de 65 a 74 anos, por exemplo, o CPO praticamente não se alterou, ficando em 27,5 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”. Entretanto, analisando os resultados para o grupo de 35 a 44 anos, observa-se que o CPO caiu de 20,1 para 16,7 – um declínio de 17%. Mais importante: observa-se que os componentes “cariado” e “perdido” caíram mais acentuadamente enquanto que o componente “obturado” cresceu em termos relativos. Sinteticamente, o componente “perdido” cai de 13,23 para 7,48 enquanto que o componente “obturado” cresce de 4,22 para 7,33 (um aumento de 73,7%). Em linhas gerais, isso significa que a população adulta de 35 a 44 anos, ao longo dos últimos sete anos, está tendo um menor ataque de cárie e está, também, tendo um maior acesso a serviços odontológicos para restaurações dentárias. Esta é uma importantíssima inversão de tendência registrada no país: os procedimentos mutiladores, representados pelas extrações de dentes, cedendo espaço aos tratamentos restauradores.
- Com relação à cárie dentária, comparando-se as regiões naturais, são expressivas as diferenças nas médias do CPO aos 12 anos: o Norte (com 3,16) e o Nordeste (com

2,63) e também o Centro-Oeste (com 2,63) têm situação pior que as regiões Sudeste (1,72) e Sul (2,06). Os valores extremos (Norte e Sudeste) mostram uma diferença de cerca de 84%. Além disso, no Nordeste a proporção de dentes restaurados em relação ao CPO total é menor que no Sudeste, indicando que o maior ataque da doença combina-se com menor acesso aos serviços odontológicos. Comparativamente ao observado em 2003, esse padrão de diferenças regionais se manteve.

- O ataque de cárie em crianças de cinco anos foi, em média, de 2,43 dentes. Desses, menos de 20% estavam tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados. Em 2003 a média nessa idade era de 2,8 dentes afetados – uma redução, portanto, de apenas 13,9% em 7 anos. Além disso, a proporção de dentes não tratados se manteve no mesmo patamar de 80%.
- Em termos internacionais, o último estudo sobre carga de doença bucal no mundo foi realizado pela OMS em 2004. Na ocasião, o CPO médio mundial aos 12 anos (dados ponderados de 188 países) foi de 1,6. Na região correspondente às Américas, a média ficou em 2,8 e, na Europa, em 1,6. As regiões responsáveis pela baixa média mundial são a África e o Sudeste Asiático, que apresentam valores médios baixos, geralmente explicados pelo baixo consumo de açúcares.
- Comparando-se o Brasil com países de mesmo grau de desenvolvimento na Europa e na América, a média brasileira se situa em um valor intermediário. Dentro da América do Sul, apenas a Venezuela apresenta média de CPO, aos 12 anos, semelhante à brasileira (2,1). Os demais países possuem médias mais altas, como a Colômbia (2,3), Paraguai (2,8), Argentina (3,4), Bolívia (4,7) e Peru (3,7).
- Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6).
- No que diz respeito às condições periodontais, os problemas aumentam, de modo geral, com a idade. O percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos; 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos; 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos.

- A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (35 a 44 anos), com uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes.
- Quanto às diferenças regionais, cabe menção ao percentual de adolescentes sem problemas gengivais, que varia de 30,8% na região Norte a 56,8% na região Sudeste.
- Entre os adolescentes, 13,7% necessitam de próteses parciais em um maxilar (10,3%) ou nos dois maxilares (3,4%). Não houve registro para necessidade de próteses totais. Em 2003, 27% dos adolescentes necessitavam de algum tipo de prótese. Assim, constata-se importante redução de 52% nas necessidades de prótese, entre adolescentes.
- Para os adultos, a necessidade de algum tipo de prótese ocorre em 68,8% dos casos, sendo que a maioria (41,3%) é relativa à prótese parcial em um maxilar. Em 1,3% dos casos, há necessidade de prótese total em, pelo menos, um maxilar. Importante destacar que este percentual, em 2003, era de 4,4%, portanto, a redução corresponde a 70%. Em idosos de 65 a 74 anos, 23,9% necessitam de prótese total em, pelo menos, um maxilar e 15,4% necessitam de prótese total dupla, ou seja, nos dois maxilares. Estes números estão muito próximos dos encontrados em 2003.

2.2 INTERVENÇÃO NO CICLO DA VIDA: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O TERRITÓRIO

*“Tem certos dias/Em que eu penso em minha gente/
E sinto assim/Todo o meu peito se apertar/Porque parece/Que
acontece de repente/Feito um desejo de eu viver/Sem me notar/Igual
a como/Quando eu passo no subúrbio/Eu muito bem/Vindo de trem
de algum lugar/E aí me dá/Como uma inveja dessa gente/Que vai
em frente/Sem nem ter com quem contar.”*

(Vinícius de Moraes – Gente Humilde)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como uma nova forma de atuar na saúde. É uma estratégia que propõe mudar a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, saindo da medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência. Esta pretende

tratar o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante (ROSA; LABATE, 2005).

No entanto, esse movimento de “olhar a família” não aconteceu apenas no Brasil. Ele ocorreu em muitos países e a formulação da ESF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro (VIANA; POZ, 2005).

Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico/social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, a ESF se apresenta como uma maneira de trabalhar a saúde, na qual a família é o centro de atenção e não somente o indivíduo doente (ROSA; LABATE, 2005).

Proposta inicialmente como Programa de Saúde da Família (PSF), a ESF pretende uma reorientação do modelo assistencial, baseada no trabalho de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Sua finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos (PEDROSA; TELES, 2001).

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. Essa tarefa adquire, no entanto, sentidos diferentes e complementares: de demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; de reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; e de estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Quando se considera um determinado local delimitado pela ESF pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Essas características, naturais ou elaboradas pelo homem, dão feição ao ambiente, que por sua vez influi no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a

incorporação de conceitos e práticas da geografia na ESF. O território, neste caso, é mais que um depósito de atributos da população, mas também o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Na perspectiva integradora, observa-se o território como revelador de parte ou de todas as dimensões sociais (política, cultural, econômica, naturalista). Busca-se entender esse território como surgido de forma articulada, conectada, integrada com outros territórios. Na perspectiva relacional, é considerado que as relações sociais e históricas ocorrem no espaço em um determinado tempo, sendo o território fruto de uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material. Essa perspectiva nos possibilita entender o território como movimento, fluidez, interconexão, dando origem a processos como a territorialização, a desterritorialização e a reterritorialização (HAESBAERT, 2004).

O território do distrito sanitário ou do município caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma extensão geométrica, um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, assim como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os seus níveis de saúde. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Para o alcance do trabalho objetivado pela ESF, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais (BESEN et al., 2007). No entanto, o desenvolvimento de profissionais aptos a trabalharem nesse novo modelo e repensar as práticas educativas dentro da visão de Promoção da Saúde não se constitui uma tarefa fácil (GROISMAN; MORAES; CHAGAS, 2005).

Em estudo realizado por Besen et al. (2007), constatou-se que a formação dos profissionais de saúde é uma das problemáticas centrais na efetividade das ações da ESF. Esses profissionais parecem não estar preparados para o trabalho na lógica da Promoção da Saúde, requerida pela ESF. Ao contrário, a maioria dos discursos é permeada por uma educação voltada para as

doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva. Por essa razão, os autores reiteram a relevância da Educação Permanente e da reestruturação da graduação, de modo a aproximar as práticas da Educação em Saúde da realidade social.

As ações de saúde bucal incorporadas à ESF vieram como forma de expansão dos serviços odontológicos, a partir do conhecimento das necessidades reais da comunidade, percebidas através de um diagnóstico situacional, que visa o planejamento destas ações. Diante desta perspectiva, busca-se contemplar a integralidade das ações, articulando a promoção à prevenção e à reabilitação da saúde. Pretende-se ainda, através do envolvimento da comunidade no processo de planejamento das ações desenvolvidas, torná-la corresponsável pela saúde de seus familiares e da coletividade (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

A atual Política Nacional de Atenção Básica determina que as equipes de saúde da família devem desenvolver práticas de cuidados que levem em consideração a estruturação familiar e as formas de relacionamento desta com a comunidade.

[...] prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (BRASIL, 2007, p.28).

De acordo com Moysés e Kriger (2008), esta abordagem valoriza diferenças nas realidades, nas formas de convívio e de interação, e nas subjetividades das famílias. As mudanças na vida familiar e em políticas sociais durante as últimas décadas têm influenciado a discussão sobre o que as famílias podem e devem fazer por seus membros, e por outras famílias. O núcleo familiar é considerado uma unidade social essencial para promover bem-estar físico e emocional. Este núcleo assume um papel importante na promoção de saúde e controle das doenças, influenciando conceitos e comportamentos ligados à saúde. Influências familiares podem determinar respostas afetivas, cognitivas e comportamentais de seus membros frente a estratégias de promoção de saúde geral e bucal. Portanto, o desenvolvimento do cuidado e de estratégias de atenção e promoção de saúde no contexto familiar exige a compreensão de sua dinâmica, dos ciclos pelos quais grande parte das famílias passa no seu processo de desenvolvimento e os diferentes papéis assumidos por seus membros.

As famílias diferenciam-se entre si em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida. Ao ocupar espaços socialmente diversos, estabelecem relações de convivência, conflituosas

ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, transmitindo concepções e cultura. Enquanto sistema em desenvolvimento, a família precisa ser analisada considerando a variação contextual de seu modo de vida e sua dinâmica ao longo do ciclo vital (OLIVEIRA; BASTOS, 1999).

O “Ciclo de vida familiar” caracteriza os movimentos e transformações que ocorrem ao longo da história familiar. Apresenta padrões de relativa previsibilidade, constituindo-se em estágios de desenvolvimento, os quais exigem adaptação e ajustamento constantes de seus membros. Há, em cada estágio, papéis e eventos distintos para os membros da família, que podem diferir de acordo com contextos sociais. Tais papéis e eventos, muito embora os sujeitos estejam costumeiramente preparados para vivenciá-los sem grandes dificuldades, podem ser considerados fatores estressores em potencial, na trajetória familiar. Entender esta possibilidade pode ser de grande valia para a equipe de saúde que terá a oportunidade de abordar as questões do processo saúde-doença que afetam os membros da família, entendendo melhor o momento e as dificuldades pelas quais ela está passando. É preciso compreender que o ciclo vital individual e o ciclo de vida familiar, em última instância, relacionam-se também aos “ciclos geracionais coletivos”, o que significa que, tanto a forma humana como as distintas sociedades, se apresentam em seu tempo histórico traduzindo societariamente a “sensibilidade vital” de cada geração (MOYSÉS; KRIGER, 2008).

De acordo com Buss (2000), existem evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações. Por outro lado, é sabido que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde. É necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade. É preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

A efetivação das ações de atenção, promoção e prevenção buscando melhores condições de vida resulta num olhar multiterritorial, através do qual se considera que existem outras forças atuantes sobre o território, além da lógica dos serviços de saúde. Em outras palavras, as parcerias entre instituições e atores sociais seriam os fundamentos da intersetorialidade capazes de modificar o quadro social e epidemiológico local. Neste sentido, deve-se observar como a ESF, a comunidade as lideranças comunitárias, as ONGs, os movimentos sociais, e

outras instituições que possam intervir no local, relacionam entre si (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

2.2.1 A Estratégia de Saúde da Família e a Equipe de Saúde Bucal

A implantação da ESF é realizada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, onde desenvolve ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação de agravos (CALADO, 2002).

As primeiras equipes multidisciplinares da ESF - compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde incorporaram e ampliaram a atuação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, com o objetivo de transferir a atenção centrada no indivíduo, para uma lógica de abordagem familiar, dentro do seu ambiente físico e social (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

A inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) às equipes de saúde da família (ESF) já existentes ocorreu em outubro de 2000, tendo como objetivos principais a melhoria dos índices epidemiológicos de saúde bucal e a ampliação do acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas (BARBOSA; BRITO; COSTA, 2007).

Essa incorporação não aconteceu por acaso e, sim, em consonância política, econômica e social. Pode ser entendida como uma resposta do Governo Federal ao resultado da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD) associada a um contexto político favorável (o apoio dos diversos atores envolvidos na questão tendo, de um lado a classe odontológica, e de outro, a população historicamente desassistida), econômico (a definição e aprimoramento de mecanismos de financiamento desde a NOB-SUS N° 01/96)⁶ e social (os altos índices de CPO-D ainda apresentados pela população brasileira apesar dos avanços obtidos na área, além da possibilidade de concretização, na atenção odontológica, dos princípios preconizados pelo SUS) (CALADO, 2002).

⁶ “A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS” (BRASIL, 1996b, p.1).

Durante alguns anos, no Brasil, a inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas no SUS deu-se de forma paralela e afastada do processo de organização dos demais serviços de saúde. Atualmente, é possível verificar modificações neste panorama, através de esforços para promover uma maior integração da saúde bucal aos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas (BRASIL, 2008).

Ao permitir à saúde bucal a inserção em uma equipe multiprofissional, além de introduzir o “novo”, esta estratégia afronta valores, lugares e poderes consolidados pelas práticas dos modelos que a antecederam. Esta situação traz o desafio de se trabalhar em equipe. Para a Saúde Bucal representa, ao mesmo tempo, um avanço significativo e um grande desafio. Um novo espaço de práticas e relações a serem construídas com possibilidades de reorientar o processo de trabalho. Vislumbra-se uma possibilidade de aumento de cobertura, de efetividade na resposta às demandas da população e de alcance de medidas de caráter coletivo. As maiores possibilidades de ganhos situam-se nos campos do trabalho em equipe, das relações com os usuários e da gestão, implicando uma nova forma de se produzir o cuidado em saúde bucal (BRASIL, 2004b).

Originalmente, cada ESB era incorporada a duas de Saúde da Família, cobrindo em média 6900 pessoas, o que de certa forma impedia a incorporação da filosofia estratégica da ESF, pelo fato de impor às ESB uma demanda muito grande de atendimento. Este limitava-se, basicamente, a procedimentos clínicos curativos, repetindo o modelo tradicional de trabalho. Para tentar corrigir essa limitação, o Ministério da Saúde aprovou a Portaria nº673 de 03 de junho de 2003, que tinha como objetivo atualizar e rever o incentivo financeiro às ações de saúde bucal, no âmbito da ESF. A partir de então, poderia ser implantada uma ESB para cada ESF, com uma cobertura, em média de 3450 pessoas (PATRÍCIO, 2007).

As competências específicas dos trabalhadores de saúde bucal (cirurgiões-dentistas, técnicos em higiene dental - THD⁷ e auxiliares de consultório dentário - ACD⁸) que atuam na atenção básica por meio da ESF, de acordo com a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, são (BRASIL, 2008):

- Competências do Cirurgião-Dentista (CD):

⁷ Atualmente denominados “Técnicos em Saúde Bucal – TSB”

⁸ Atualmente denominados “Auxiliares em Saúde Bucal - ASB”

I - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II - Realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - Realizar a atenção integral em saúde bucal (proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva, a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - Encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VII - Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD⁷, ACD⁸ e ESF;

VIII - Realizar supervisão técnica do THD⁷ e ACD⁸.

IX - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

- Competências do Técnico em Higiene Dental (THD)⁷:

I - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas legais;

II - Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos CDs e dos ACDs nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

- Competências do Auxiliares de Consultório Dentário (ACD)⁸:

I - Realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - Coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

III - Preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV - Instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD⁷ nos procedimentos clínicos;

V - Cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - Organizar a agenda clínica;

VII - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VIII - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

A Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde publicou, em 2008, o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2008) com o objetivo de ordenar a reorganização das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica, como parte fundamental na construção do SUS. Neste, é evidenciado que, na organização da atenção em saúde bucal na Saúde da Família, os principais desafios são:

- Unificar a Porta de Entrada com a Área de Médico-Enfermagem, de tal forma que as ações de saúde bucal estejam integradas às demais ações de saúde da unidade básica e os profissionais capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar;
- Garantir acesso à Demanda Espontânea;
- Desenvolver ações programadas de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e de Assistência, voltadas ao controle das patologias crônicas e/ou às populações mais vulneráveis do Território. A construção da agenda deve estar pautada nas necessidades da população para tratamento e manutenção;
- Organizar uma Atenção Domiciliar;
- Reordenar a Atenção de Média Complexidade, como nos encaminhamentos aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e aos estabelecimentos de alta complexidade, no nível hospitalar.

No período de 2002 a 2008, embora o número de ESB tenha saltado de 4.261 para 17.349, representando um potencial de cobertura de mais de 91 milhões de habitantes, esse valor correspondia apenas a pouco mais de metade das Equipes de Saúde da Família. Além disso, uma pequena proporção das ESBs contava com o técnico em higiene dental. Ademais, dados sobre ‘potencial de cobertura’ são importantes, mas, por se referirem à demanda potencial e não à demanda efetiva, não esclarecem sobre o número de brasileiros que estão tendo acesso às ações de saúde bucal e se beneficiando da Política Nacional de Saúde Bucal. É de grande significado, contudo, que ESBs estejam presentes em 4.857 dos 5.564 municípios brasileiros, e que, nesse período, o potencial de cobertura tenha se elevado de cerca de 15% para aproximadamente 44% (FRAZÃO; NARVAI, 2009).

Entretanto, ao analisar o trabalho das ESBs, em estudos como o realizado por Farias (2009) observa-se que, apesar da reorganização do trabalho, voltado ao desenvolvimento de ações

coletivas preventivas e de educação em saúde, o que propiciou melhorias nos dados epidemiológicos de saúde bucal, ainda persiste a prática centrada na clínica clássica, no procedimento individual e restrito ao consultório, de maneira ainda fragmentada.

As equipes da ESB e ESF ainda se encontram em um processo de integração incipiente, visto que a permanência de problemas estruturais obstaculiza o trabalho interdisciplinar e integral. Os profissionais, por sua vez, ainda não conseguiram ultrapassar o conceito de equipe-agrupamento para o conceito de equipe-integração. Observa-se a justaposição de ações fragmentadas, ao invés de trocas efetivas de saberes, no momento de atendimento ao usuário. Este, ao ser atendido, recebe os encaminhamentos para os profissionais e passa na consulta de enfermagem, do médico, do CD, tendo seu corpo fragmentado pelas diferentes especialidades. É justamente nesse ponto, que a integração das ações falha. Os profissionais acreditam estar desenvolvendo ações integradas porque realizam encaminhamentos entre si, principalmente de grupos de risco, ou por estar formulando grupos, muitas vezes sem a efetiva participação de toda a equipe. Dessa forma, não há planejamento de ações ou discussão interdisciplinar para um projeto assistencial comum (FARIAS, 2009).

O trabalho na rede básica é complexo. Para o seu bom planejamento, execução e obtenção de resultados satisfatórios, faz-se necessário o domínio e aplicação de conhecimentos de várias áreas do campo das ciências sociais, combinando-os com os conhecimentos biológicos. A rigor, essa exigência de domínio de uma compreensão ampla do processo saúde/doença, e não apenas de seus aspectos biológicos, é feita ao conjunto dos profissionais de saúde que dão vida ao SUS. A ESB tem se preparado para lidar com as diversidades dos indivíduos, de seus modos de vida, da dinâmica familiar. Porém torna-se necessário investir-se na qualificação dos profissionais que compõem a ESB através de cursos, capacitação e troca de experiências. Estes fatores contribuem para melhorar o relacionamento interpessoal, o conhecimento das ferramentas epidemiológicas, o planejamento e a organização de serviços (GOYA, 2007).

2.3 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Nós pensamos através das nossas bocas (Tristan Tzara apud Moscovici, 2009).

Nos últimos anos, o conceito de representação social tem aparecido com grande frequência em trabalhos de diversas áreas. Com efeito, este conceito atravessa as ciências humanas e não é patrimônio de uma área em particular. Ele tem fundas raízes na sociologia, e uma presença marcante na antropologia e na história das mentalidades (ARRUDA, 2002).

A decisão de valorizar o estudo das representações sociais como categoria analítica baseia-se na crença de que essa valorização representa um avanço. Significa efetuar um corte epistemológico que contribui para o enriquecimento e aprofundamento dos velhos e já desgastado paradigmas das ciências psicossociais. Além disso, para a sociedade do conhecimento, a abordagem e a realização de pesquisas sobre representações sociais podem ser consideradas ingredientes indispensáveis para a melhor compreensão dessa sociedade (FRANCO, 2004).

As representações sociais podem ser definidas como imagens construídas sobre o real, elaboradas na relação dos indivíduos em seu grupo social, na ação no espaço coletivo comum a todos. O espaço público é o lugar onde o grupo social pode desenvolver e sustentar saber sobre si próprio, saberes consensuais, isto é, representações sociais (MINAYO, 1994).

O termo *Representações Sociais* designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos. A cunhagem desse termo e, portanto, a inauguração do campo, deve-se ao psicólogo social Sergei Moscovici (SÁ, 2004).

Moscovici, romeno naturalizado francês, é dono de uma obra considerável, tão importante para a psicologia (seu campo de formação e atuação) como para a história e as ciências sociais. Seus trabalhos e sua Teoria das Representações Sociais (TRS) têm influenciado, ao longo das últimas quatro décadas, pesquisadores tanto na Europa como nas Américas, incluindo o Brasil (OLIVEIRA, 2004).

Um primeiro delineamento formal do conceito e da Teoria das Representações Sociais (TRS) surgiu no trabalho de Moscovici, intitulado *La psychanalyse, son image et son public* (1961,

1976), a propósito do fenômeno da socialização da psicanálise, de sua apropriação pela população parisiense e do processo de sua transformação para servir a outros usos e funções sociais. Partindo da tradição da sociologia do conhecimento, o autor começava então a desenvolver uma psicossociologia do conhecimento (SÁ, 2004).

Resgatando o conceito de Representações Coletivas (RC), inicialmente proposto por Émile Durkheim, o autor estudou, então, as diversas maneiras pelas quais a psicanálise era percebida (representada), difundida e propagandeada ao público parisiense (OLIVEIRA, 2004).

Para Moscovici (2009), as representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa.

Embora o conceito de representações sociais tenha chegado a Moscovici por meio de Durkheim, existem divergências entre os autores a respeito desse tema. Para Durkheim, as representações são como um adensamento da neblina, ou, em outras palavras, elas agem como suportes para muitas palavras ou ideias – como as camadas de um ar estagnado na atmosfera da sociedade, do qual se diz que pode ser cortado por uma faca. No entanto, Moscovici (2009) compreende as representações como estruturas dinâmicas, operando em um conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem.

Em síntese, se no sentido clássico, as representações coletivas de Durkheim se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de ideias e crenças (ciência, mito, religião), para Moscovici são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. Estes fenômenos específicos estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. E, para enfatizar essa distinção, usa o termo “social” ao invés de “coletivo” (MOSCOVICI, 2009).

Adotar o “construto” das representações sociais significa buscar compreender não somente o que e como as pessoas representam um objeto cujo conteúdo possui um valor socialmente evidente e relevante, mas também porque e para que o fazem daquela forma. Nesta perspectiva, emergem de forma nítida os sentidos dos processos de simbolização e da atividade cognitiva em relação aos significados que o mundo externo assume em relação à vida psíquica (MACEROU, 2004).

Na formação das representações sociais, destacam-se dois processos sociocognitivos: a objetivação e a ancoragem, e seus desdobramentos como núcleo central e sistema periférico. A objetivação é a transformação de uma ideia, conceito ou opinião em algo concreto. Cristaliza-se a partir de um processo figurativo e social e passa a constituir o núcleo central de uma determinada representação, seguidamente evocada, concretizada e disseminada como se fosse o real daqueles que a expressam. Este núcleo central é o elemento que determina o significado de uma representação e contribui para sua organização interna. A ancoragem consiste no processo de integração cognitiva do objeto representado para um sistema de pensamento social preexistente e para as transformações, histórica e culturalmente situadas, aí implícitas (DOMINGUES, 2006).

O conceito de representações sociais sobre os processos de saúde e doença tem sido cada vez mais utilizado na área da saúde pública e da epidemiologia (PAIXÃO, 1986; ANDRADE, 1996; PERINI, 1998; MINAYO, 2007). Especificamente, em relação à representação social sobre saúde bucal, alguns estudos têm sido desenvolvidos no Brasil (BERND et al., 1992; WOLF, 1998; CARNEIRO, 2001; MENDONÇA, 2001; FERNANDES, 2002; VARGAS, 2002).

A abordagem utilizada nesses estudos é influenciada pela ideia de que as representações sociais são concebidas como estruturantes das práticas, e essas, por sua vez, determinadas pelo sistema de representações. As representações sociais são assumidas, portanto, como um guia para as práticas, definindo o que é aceitável ou inaceitável em determinado contexto social (DOMINGUES, 2006).

Como as representações sociais buscam uma compreensão particular daquilo que estuda, o foco de sua atenção é centrado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados. Esta reorientação do cuidado em saúde, na perspectiva do respeito à autonomia e à cultura humana, em uma interação do cuidar e do ser cuidado, em muito consegue ser contemplada com a utilização de abordagens qualitativas. O pesquisador que se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa busca uma compreensão subjetiva da experiência humana, na qual se objetiva coletar dados ricos em descrições de pessoas, situações, acontecimentos e vivências. A busca é pela compreensão e significado e não evidências. Em suma, os pesquisadores qualitativistas ocupam-se com os processos e desejam saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e como as relações entre estes fenômenos se estabelecem (FADEL; SALIBA, 2010).

3OBJETIVOS

3.1 GERAL

Comparar a condição de saúde bucal de famílias inseridas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) e atendidas por uma Instituição Social de Atenção Integral à Família com a de grupos familiares inseridos apenas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) .

3.2 ESPECÍFICOS

1. Caracterizar os grupos familiares quanto à condição sócio-econômica;
2. Identificar a condição de saúde bucal de indivíduos participantes de um Programa Institucional de Atenção Integral à Família e na Estratégia de Saúde da Família;
3. Identificar a condição de saúde bucal de indivíduos inseridos na Estratégia de Saúde da Família;
4. Comparar a condição de saúde bucal entre os indivíduos dos grupos avaliados;
5. Relacionar as condições físicas e ambientais dos domicílios com as condições de saúde bucal dos sujeitos participantes da pesquisa;
6. Identificar as representações sobre saúde bucal pelos grupos familiares;
7. Comparar as representações sobre saúde bucal entre os grupos assistidos pela Instituição de Atenção Integral à Família e Estratégia de Saúde da Família e aqueles inseridos apenas na Estratégia de Saúde da Família.

4METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Foram adotadas, nesta investigação, abordagens quantitativa e qualitativa. A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis. Os estudos quantitativos são métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos e reprodutíveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável. A combinação das duas abordagens pode produzir resultados de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do seu objeto de estudo (SERAPIONI, 2000).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal. O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

4.3 UNIVERSO DO ESTUDO

O universo do estudo foi formado por: a) famílias inseridas em um Programa de Promoção Integral à Família (PPIF) de uma instituição social civil não governamental, e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Governo Federal; b) famílias vizinhas a estas, não atendidas pelo (PPIF), mas inseridas na ESF.

4.3.1 Características da Instituição responsável pelo PPIF

Trata-se de uma Instituição social não governamental de atenção integral à família, situada no município de Governador Valadares, que desenvolve atividades de atenção a famílias cuja

renda *per capita* mensal não ultrapassa $\frac{1}{4}$ do salário mínimo⁹ e vivem em situação considerada de vulnerabilidade sócio-econômica. As famílias (chamadas pela instituição de famílias coparticipantes) participam dos programas por um período de até cinco anos, após o qual são desligadas.

Esta Instituição, de âmbito nacional, é uma associação civil, sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, prestadora de assistência social. Seu objetivo é promover integralmente famílias em situação de exclusão social, através do enfrentamento das causas que produzem as situações de miséria material, social, moral e espiritual, contribuindo para o seu equilíbrio.

Seu programa é estruturado como um complexo de processos, no qual *processo* é entendido como um conjunto de atividades que recebem insumos, transformando-os de acordo com uma lógica pré-estabelecida e com valor agregado. Nesse sentido, são identificados dois processos principais: os Processos de Gestão, que são executados para orientar e coordenar as atividades dos demais processos; os Processos Finalísticos que são aqueles cujos resultados dizem respeito à razão de ser da Instituição.

Os profissionais envolvidos nesses processos têm vínculos efetivos com a instituição, quer seja como funcionários, colaboradores cedidos por parceiros ou ainda voluntários e estagiários.

A gestão estratégica é realizada a partir da SEDE (Unidade Central) estendendo-se em rede, chamada Rede de Inclusão Social, através das 65 Unidades de Promoção Integral – UPI – que são voltadas para o atendimento das famílias (crianças, adolescentes, adultos e idosos).

A ação social é realizada através do chamado Plano de Qualidade de Vida (PQV), por meio dos seguintes programas:

Programa de Orientação Sociofamiliar

- Apoio às Necessidades Básicas;
- Cidadania;
- Educação e Acompanhamento Social.

Programa de Apoio Socioeducativo

- Educação Infantil;

⁹Salário mínimo no período de realização da pesquisa: quinhentos e quarenta e cinco reais.

- Desenvolvimento Lúdico e Infantil;
- Desenvolvimento Criativo e Complementação Escolar;
- Profissionalização

Até seis meses antes do início da realização deste estudo, a PPIF de Governador Valadares contava com um consultório odontológico e um cirurgião-dentista trabalhando no regime de 6 horas semanais. Após a interrupção da oferta do serviço odontológico, o cirurgião-dentista passou a atender em seu consultório, em caráter voluntário, indivíduos encaminhados pela Instituição. No período de realização desse estudo, eram atendidas pela Instituição, 108 famílias.

4.3.2 Características e modelo de atenção da ESF

A organização do Sistema de Saúde de Governador Valadares, município onde foi realizado o estudo, situado no Leste do Estado de Minas Gerais com uma população atual de 263.689 habitantes (IBGE, 2011), encontra-se habilitada em gestão plena municipal (gestão de todas as ações e serviços de saúde no município - ambulatoriais e hospitalares); e apresenta a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo de reorganização da atenção básica.

A divisão político administrativa, abrangendo toda a zona urbana, contempla 19 regiões, onde se situam 48 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 35 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Todas as ESFs realizam atendimento odontológico ambulatorial à comunidade por meio das ESBs com porta de entrada unificada com a Área de Médico-Enfermagem. A demanda espontânea é atendida, assim como são desenvolvidas ações programadas de Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e de Assistência, voltadas ao controle das patologias crônicas e/ou às populações mais vulneráveis do Território. A construção da agenda é pautada nas necessidades da população para tratamento e manutenção e atenção domiciliar.

Além da realização de procedimentos de atenção básica em odontologia, o município conta com um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para as demandas de atenção especializada de uma microrregião composta de 23 municípios, atendendo a uma população de 407.872 mil habitantes (segundo informações da Secretaria de Saúde do município em estudo).

4.4 AMOSTRA

A população total estudada foi constituída por 38 famílias, divididas em dois grupos, formados, cada um, por 19 famílias:

Grupo 1 (G1): Famílias do PPIF, e também inseridas na Estratégia de Saúde da Família.

Grupo 2 (G2): Famílias vizinhas às famílias do Grupo 1, que não participam do PPIF e são atendidas somente pela Estratégia de Saúde da Família do Governo Federal.

A amostra do G1 foi selecionada a partir de consulta aos cadastros da PPIF, com a devida aprovação de sua supervisora e assinatura do *Termo de Autorização para verificação de documentos* (ANEXO A). Foram convidadas a participar do estudo todas as famílias residentes nos bairros Fraternidade, Novo Horizonte e Penha, ao todo, 20 famílias. Apenas uma família se recusou a participar.

A escolha dos referidos bairros deveu-se ao fato de que são bairros inseridos na Estratégia de Saúde da Família do Governo Federal com Equipe de Saúde bucal onde se concentram maior número de famílias atendidas pela PPIF (Tabela 01) que participam efetivamente de todas as atividades realizadas pela instituição responsável pelo PPIF; os bairros Novo Horizonte e Penha são contíguos e adscritos na mesma ESF.

TABELA 01 - Distribuição do número de famílias atendidas pela PPIF que participam efetivamente de suas atividades e respectivos bairros.

BAIRRO	Nº DE FAMÍLIAS
ALTINÓPOLIS	1
BELA VISTA	1
FRATERNIDADE	5
JARDIM ALICE	3
JARDIM PÉROLA	1
JK I	1
JK II	1
NOVA SANTA RITA	4
NOVO HORIZONTE	6
PENHA	9
SANTA RITA	2
SANTA TEREZINHA	1
SÃO CRISTÓVÃO	3
SÃO PAULO	2
TURMALINA	1
VALE PASTORIL (ASSENTAMENTO I e II)	10
VILA BRETAS	1
VILA IMPÉRIO	1
VILA RECREIO	1
VILA RICA	2
VILA UNIÃO	4
TOTAL	60

Os representantes das famílias participantes do PPIF foram convidados para uma reunião na sede da Instituição. Na ocasião, a pesquisadora explicou os objetivos do trabalho e os procedimentos aos quais os participantes seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Foi reforçado que a pesquisa possui caráter voluntário e que todos os participantes e seus responsáveis legais necessitariam assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (ANEXO B). Foi informado, ainda, sobre o direito de não aceitar, sem prejuízo para seu atendimento na Instituição.

Foram agendadas as datas para as visitas domiciliares com as famílias que aceitaram participar da pesquisa (G1), de acordo com a disponibilidade de cada uma. O dia da semana escolhido por todas as famílias foi o sábado, porque, segundo os representantes das famílias, era o dia onde se encontrava a maior número de seus membros, na residência. Foi ainda acordado a indicação de uma família vizinha, para constituir o G2.

Na data estabelecida com a família do G1 para a coleta dos dados, foi realizado contato com o representante da família vizinha indicada, seguindo todos os procedimentos anteriores para formação dessa amostra.

4.4.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos (as):

- As famílias do PPIF residentes em áreas de abrangência da ESF que possuem equipe de saúde bucal (ESB) e famílias vizinhas às mesmas, não atendidas pelo programa institucional, mas que estão inseridas na ESF, que concordaram em participar do projeto.
- Todos os membros da família com idade igual ou superior a 15 anos, que têm o domicílio como local de residência habitual e nele residem na data da visita. A faixa etária foi escolhida para melhor associação com o modelo proposto pelo Ministério da Saúde para pelo SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Pública (BRASIL, 2009)¹⁰ e padronização dos instrumentos qualitativos.

Foram excluídos (as):

- As famílias do PPIF que não participam efetivamente das atividades realizadas pela instituição;
- Famílias que não são cadastradas na ESF;
- Membros das famílias que não residam no domicílio;
- Membros da família, moradores no domicílio, que não estivessem presentes no momento da visita;
- Membros da família com idade inferior a 15 anos.

¹⁰ “[...] esta pesquisa faz parte de um processo que teve início com o Projeto SB-Brasil 2003, o qual proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros. Pretende-se, com este projeto, dar continuidade a esse processo, realizando uma pesquisa em moldes semelhantes, de maneira a construir uma série histórica, contribuindo para as estratégias de avaliação e planejamento dos serviços, ao mesmo tempo em que consolida um modelo metodológico e demarca o campo de atuação do componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal” (BRASIL, 2009, p.04).

4.5 LOCAL DO ESTUDO

Os dados foram coletados no território de Governador Valadares, mais precisamente nos domicílios das famílias do G1 e G2, residentes nos bairros Fraternidade, Novo Horizonte e Penha.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS:

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) e aprovado conforme parecer CEP/UNIVALE 069/10-12 (ANEXO C).

4.7 ETAPAS DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Para a realização da pesquisa foram consideradas as seguintes etapas:

a) **Primeira etapa:** Fase de calibração e treinamento

A equipe foi formada por uma cirurgiã – dentista, sendo esta a examinadora e uma aluna do curso de Odontologia, com bolsa de iniciação científica ofertada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) que registrou os dados, denominada anotadora. A pesquisadora foi submetida a um processo de calibração intraexaminadora com o objetivo de assegurar a uniformidade na interpretação dos critérios padronizados para a coleta de dados epidemiológicos, minimizando possíveis variações durante o trabalho de campo, segundo a metodologia recomendada para os levantamentos básicos de saúde bucal. Essa etapa incluiu uma discussão teórica inicial, um treinamento com slides e, posteriormente, dois exames epidemiológicos, com intervalo de sete dias. Foram examinados 5 pacientes que estavam em tratamento nas clínicas do Curso de Odontologia da UNVLE. Os exames foram realizados nas cadeiras odontológicas, porém, sob luz natural, buscando dessa forma, as mesmas condições nas quais foram posteriormente realizados os exames epidemiológicos do estudo principal, nos domicílios.

Com os dados destes exames, foi aplicado um cálculo de concordância intraexaminadora, o Índice Kappa¹¹, com o propósito de verificar a compreensão em relação aos critérios empregados e a forma eficiente da sua utilização (FLEISS, 1981), cuja fórmula é:

$$Kappa = \frac{Co - Ce}{1 - Ce}$$

Onde :

Co = Concordância observada

Ce = Concordância esperada

Os parâmetros de confiabilidade Kappa para a concordância, de acordo com Fleiss (1981) são: excelente (variando entre 0,75 – 1), razoável (variando entre 0,40 – menos de 0,75) e baixa concordância (menor que 0,40). O teste de concordância Kappa da examinadora identificou valores de 0,95 a 0,97 para as condições examinadas, sendo esses valores considerados excelentes.

Foi realizado também, um treinamento, para o preenchimento do prontuário de estudo e realização da entrevista.

b) Segunda etapa: Estudo piloto e avaliação do processo de coleta de dados.

Para testar o método do trabalho, foi realizado um projeto piloto. Neste, foram pesquisadas duas famílias vizinhas, dentre as quais uma era atendida pela instituição e outra não. Os critérios de inclusão e exclusão foram obedecidos e os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal. Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização de um estudo piloto à possibilidade que ele estabelece de verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

c) Terceira etapa: Adaptações dos instrumentos de coleta de dados que se fizeram necessárias, a partir das observações realizadas no projeto piloto.

d) Quarta etapa: Coleta de dados

¹¹ O índice Kappa é uma medida de concordância interobservador e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso (FLEISS, 1981).

Os dados foram coletados a partir de um Prontuário de Estudo (ANEXO D), de um Exame epidemiológico (ANEXOS E e E.1) e uma Entrevista Semiestruturada (ANEXO F).

O Prontuário de Estudo foi adaptado, de acordo com os objetivos desta pesquisa, a partir do modelo proposto pelo Ministério da Saúde para Pesquisa Nacional de Saúde Pública - SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009)⁹.

Foram identificadas as seguintes variáveis:

- Caracterização socioeconômica;
- Utilização dos serviços odontológicos e morbidade bucal referida;
- Autopercepção e impactos em saúde bucal.

O exame epidemiológico teve por objetivo identificar a condição de saúde bucal. Foram utilizados critérios baseados no modelo proposto pelo Ministério da Saúde para Pesquisa Nacional de Saúde Pública - SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009)⁹. As seguintes condições foram investigadas: índice CPOD (total de dentes cariados, perdidos e obturados) e presença de cálculo. Com relação ao uso e à necessidade protética, foi realizado um registro tanto para a maxila quanto para a mandíbula.

Para a obtenção da identificação das representações sobre Saúde Bucal pelos grupos familiares, foi realizada Entrevista semiestruturada (ANEXO F) com cada um dos membros presentes das famílias do G1 e do G2. A técnica de entrevista atende principalmente às finalidades exploratórias, sendo bastante utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados. Pretendeu-se neste estudo, obter o maior número possível de informações sobre o tema, segundo a visão dos entrevistados, com um maior detalhamento do assunto em questão. Considerou-se que a entrevista poderia possibilitar a compreensão de especificidades culturais para o grupo e para os indivíduos. Em relação a sua estruturação, o entrevistador introduziu o tema e o entrevistado teve liberdade para discorrer sobre o assunto. As questões colocadas foram respondidas dentro de uma conversação informal (MINAYO, 2007).

Para registro das respostas foi utilizado como recurso um gravador digital. Após o consentimento, o gravador foi ligado para obtenção do registro de todo o material fornecido, buscando uma fidelidade quanto à fala do mesmo e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizer necessário.

O número estabelecido de entrevistas nesse estudo pode ser considerado ideal, pois de acordo com Santos (1999) o tamanho da mostra não é fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas.

Em todas as entrevistas foi mantido um caráter informal, a fim de que o indivíduo se sentisse à vontade para relatar suas impressões na área da saúde bucal. Essas entrevistas foram transcritas imediatamente pela pesquisadora.

4.7.1 Obtenção dos dados

A coleta de dados, no domicílio, foi iniciada pelo preenchimento do Prontuário de Estudo seguido pela Ficha de Exame Epidemiológico e, posteriormente, pela entrevista.

O levantamento epidemiológico, cujo objetivo é avaliar a condição de saúde bucal, foi realizado através do Exame Epidemiológico. O exame foi realizado pela pesquisadora, que estava devidamente paramentada, utilizando máscaras e luvas descartáveis, avental, gorro e óculos de proteção. Os dados foram registrados por uma única anotadora previamente treinada. Todos estes dados foram registrados em uma ficha de exame, especialmente, desenvolvida para este estudo.

O exame foi realizado sob luz natural, com o auxílio de espelho bucal nº5, sonda periodontal (Hu-Friedy), abaixador de língua e gases esterilizadas para secagem das superfícies a serem examinadas. A pesquisadora estava posicionada em frente ao indivíduo a ser examinado e o anotador ao lado. O instrumental utilizado para o exame foi esterilizado e empacotado em kits individuais.

Quando foi observada alguma necessidade de tratamento odontológico, o indivíduo foi encaminhado para o próprio serviço da Unidade Básica de Saúde (UBS), ou para as Clínicas Odontológicas da Instituição de Ensino do município, para realização dos procedimentos necessários.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos foram analisados através do programa “Software Package for the Social Sciences” (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Inicialmente, foi realizada a análise descritiva (ou univariada). Para as variáveis independentes categóricas (qualitativas), a análise bivariada foi feita por meio do teste estatístico *Qui-Quadrado* (X^2). As variáveis independentes quantitativas apresentaram distribuição normal, por isso a análise bivariada foi realizada pelo teste *T de Student*. O nível de significância utilizado foi de 10% (em amostras pequenas como a deste estudo, a literatura permite que se trabalhe com uma significância de 10%) (AUSTIN; TU, 2004).

Tendo como parâmetros os resultados obtidos mediante a análise bivariada, foram estabelecidos os critérios de inclusão das variáveis independentes para a análise multivariada. A fim de identificar o impacto independente de cada variável estudada, foi realizada a análise de Regressão de Poisson robusta (AUSTIN; TU, 2004).

As variáveis independentes foram inseridas no modelo multivariado de modo decrescente, conforme sua significância estatística (stepwise backward procedure). Todos os resultados da análise bivariada que apresentaram valores “p” menores ou iguais a 0,25 foram incluídos no modelo.

A apuração dos dados qualitativos foi realizada segundo a técnica da “Análise de Conteúdo”¹² (BARDIN, 1977). As informações presentes nestas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo das falas.

A categorização correspondeu a uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, posteriormente, por reagrupamento, segundo o gênero (analogia), com os critérios anteriormente definidos. Esse é um processo que consiste em fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos.

Visando preservar a identidade dos entrevistados, as falas estão identificadas por F (feminino) ou M (masculino) e o número correspondente do grupo participante (G1/G2) e da entrevista.

¹² “... conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (BARDIN, 1977. p.42).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Serão apresentados, neste capítulo, os resultados e a análise obtidos a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos referentes à condição de saúde bucal das famílias estudadas.

5.1 DADOS QUANTITATIVOS

5.1.1 Caracterização da amostra

A população estudada foi constituída por 38 famílias, residentes nos bairros Fraternidade, Novo Horizonte e Penha. Foram divididas em dois grupos (G1 e G2), formados, cada um, por 19 famílias. O número total de participantes foi de 68 indivíduos (gráfico 01).

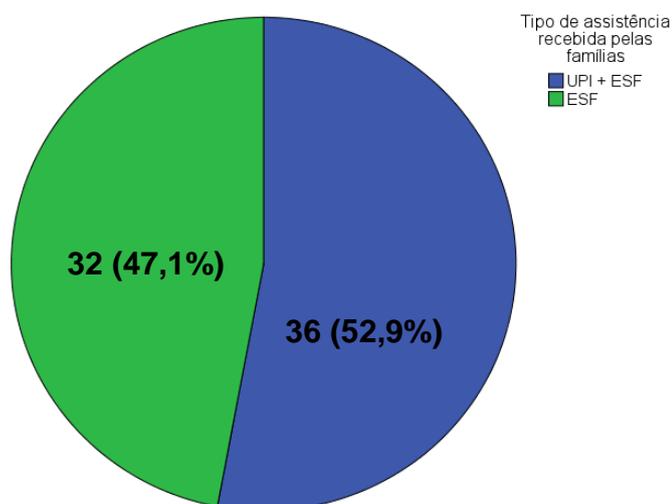


Gráfico 1 - Distribuição dos indivíduos de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)

A idade mínima estabelecida para participar do estudo foi de 15 anos e a máxima encontrada foi de 90 anos. A média de idade obtida foi de 33,5 anos (dp $\pm 15,4$). Trata-se de uma população formada, em sua maioria (86,7%), por adultos jovens com uma baixa frequência de idosos (13,2%). Tais resultados corroboram os dados divulgados pelo Censo Demográfico de 2010 que registram a média de idade da região sudeste em 33,6 anos e, especificamente, em Minas Gerais, de 33,2 anos (IBGE, 2011). As demais variáveis individuais e socioeconômicas estão inseridas na tabela 02.

Tabela 2 - Frequência absoluta e relativa das variáveis individuais e socioeconômicas dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)

Variáveis individuais	Tipo de assistência recebida pelas famílias				Valor p*	
	PPIF + ESF(G1)	ESF (G2)	Total			
	n (%)	n (%)	n	(%)		
Idade	15-25 anos	14 (60,9)	9 (39,1)	23	(33,8)	0,09
	26-49 anos	20 (55,6)	16 (44,4)	36	(52,9)	
	50-90 anos	2 (22,2)	7 (77,8)	9	(13,2)	
Sexo	Masculino	12 (52,2)	11 (47,8)	23	(33,8)	0,92
	Feminino	24 (53,3)	21 (46,7)	45	(66,2)	
Escolaridade	< 8 anos de estudo	18 (43,9)	23 (56,1)	41	(60,3)	0,06
	8 anos ou + de estudo	18 (66,7)	9 (33,3)	27	(39,7)	
Renda familiar**	Até 600,00 reais	26 (72,2)	10 (27,8)	36	(52,9)	< 0,01
	601,00 a 1500,00 reais	10 (31,3)	22 (68,8)	32	(47,1)	
Possuir casa própria	Sim	21 (42,0)	29 (58,0)	50	(73,5)	< 0,01
	Não	15 (83,3)	3 (16,7)	18	(26,5)	
Nº de residentes na casa	2-5 pessoas	22 (44,9)	7 (55,1)	49	(72,1)	0,03
	6-9 pessoas	14 (73,7)	5 (26,3)	19	(27,9)	
Nº de cômodos na casa	1-5 cômodos	28 (59,6)	19 (40,4)	47	(69,1)	0,11
	6-10 cômodos	8 (38,1)	13 (61,9)	21	(30,9)	
Tempo de residência	2-6 anos	17 (48,6)	18 (51,4)	35	(51,5)	0,45
	7- 23 anos	19 (57,6)	14 (42,4)	33	(48,5)	

Notas: *teste Qui-Quadrado (significância de 10%) / valor em negrito: com significância estatística (<0,10)

**Salário mínimo na época da pesquisa: quinhentos e quarenta e cinco reais

Houve uma predominância de indivíduos do sexo feminino (66,2%) na amostra estudada. Esse dado sugere uma redução da presença masculina na dinâmica familiar e um papel significativo do gênero feminino no sustento destas famílias.

Alguns estudos (CARVALHO E ALMEIDA, 2003; BRITO, 2008; SANTOS e SANTOS, 2008-2009; IBGE, 2010a) apontam para a ocorrência de modificações na estrutura tradicional das famílias, entre as quais estariam a multiplicação de arranjos que fogem ao padrão da típica família nuclear, sobretudo de famílias com apenas um dos pais e, em especial, das chefiadas por mulheres sem cônjuge. Esse arranjo acontece de maneira mais expressiva entre a população mais empobrecida e é fruto de inúmeros fatores sociais.

Segundo o IBGE (2010b), apesar de nascerem mais crianças do sexo masculino do que do feminino, na população como um todo há mais mulheres que homens, em virtude dos diferenciais de mortalidade existentes entre os sexos. A mortalidade masculina é superior à feminina ao longo de toda a vida.

Em relação à escolaridade, 60,3% dos entrevistados apresentaram menos de 8 anos de estudo. Vários são os fatores que podem interferir no índice de escolaridade de uma população, tais como o acesso à escola e as prioridades familiares em relação às atividades de seus membros.

De acordo com Sampaio e Nespoli (2004), o Brasil atingiu um nível de acesso à escola da população de 7 a 14 anos praticamente universal – acima de 97%; entretanto, a média de escolaridade da população de 15 anos ou mais é de apenas 6,7 anos. Esse aparente paradoxo é explicado pela baixa eficiência do sistema educacional brasileiro em produzir concluintes, ou seja, se por um lado o acesso é quase universal, por outro, ainda é baixo o percentual daqueles que concluem o ensino fundamental, sobretudo na idade adequada.

Quanto à renda familiar, observou-se que 52,9% das famílias apresentaram uma renda de até R\$600,00 (seiscentos reais). A maior renda detectada foi de R\$1500,00. A renda *per capita* média foi de R\$143,14 (cento e quarenta e três reais e quatorze centavos), o que corresponde a 26,3% do salário mínimo vigente, na época da pesquisa.

A renda adquirida pela família é, basicamente, o que define suas possibilidades de aquisição de bens e serviços. Nessa medida, a renda familiar *per capita* é considerada como um indicador bastante eficaz para caracterizar o perfil socioeconômico das famílias brasileiras (IBGE, 2010b). Considerando que o valor de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo *per capita* tem sido

utilizado por estudiosos e por gestores de vários programas sociais para dimensionar uma situação de baixa renda, pode-se sugerir que a população estudada enquadra-se neste grupo.

É notória a reciprocidade entre a renda e escolaridade. A baixa escolaridade registrada (vale ressaltar que não foram entrevistados menores de 15 anos) pode configurar-se como um fator de contribuição para a determinação da baixa renda destas famílias. Segundo o IBGE (2010b), a taxa de escolarização líquida - proporção da população em determinada faixa etária que se encontra frequentando escola no nível adequado à sua idade - revela fortes desigualdades entre os mais pobres e os mais ricos sugerindo que a renda familiar exerce grande influência na adequação idade/série frequentada.

Segundo Sem (2008), existem boas razões para que se veja a pobreza como privação das capacidades básicas, e não apenas como baixa renda. A análise do desenvolvimento apresentada considera as liberdades dos indivíduos como os elementos básicos para este desenvolvimento. A expansão das “capacidades” (*capabilities*) das pessoas para levar o tipo de vida que elas valorizam. Neste contexto, as oportunidades sociais são as disposições que a sociedade estabelece nas áreas de educação, saúde, dentre outros determinantes, que podem influenciar a liberdade substantiva do indivíduo viver melhor. O analfabetismo, por exemplo, pode ser considerado como uma barreira à participação em atividades econômicas que requeiram produção segundo especificações ou que exijam rigoroso controle de qualidades (uma exigência sempre freqüente no mercado globalizado).

Observou-se que a maioria dos entrevistados (73,5%) possui casa própria. Este dado parece inconsistente quando comparado à renda familiar da população estudada. No entanto, não contradizem aos dados nacionais que registram um índice de 73,1% dos domicílios urbanos no Brasil, declarados como próprios (IBGE, 2010b).

Neste estudo, foi encontrada uma média de 4,6 ($dp \pm 2,5$) indivíduos residentes por domicílio. No Brasil, o número médio de moradores em domicílios particulares permanentes registrados no Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2011) foi de 3,3. No entanto, o número médio de moradores mostrou sentido de declínio com o aumento do rendimento domiciliar *per capita*. Na classe de até 1/8 do salário mínimo de rendimento mensal domiciliar *per capita*, o número médio de moradores foi de 4,9 e na classe de mais de 10 salários mínimos atingiu 2,2. Tais dados confirmam a relação da renda familiar e o número de moradores por domicílio, obtidos na população estudada.

Os dados coletados registraram uma média de 4,7 (dp±2,6) cômodos disponíveis, por domicílio. A comparação entre o número de moradores por domicílio e a quantidade de cômodos disponíveis demonstra uma aglomeração de indivíduos, nestas residências. Tal evidência pode ser explicada pela provável característica socioeconômica da população estudada.

As famílias declararam residir, em média, há 7,9 anos (dp±5,3) no mesmo domicílio. Houve uma variação no tempo de moradia entre 2 a 23 anos. Estas informações sugerem que os grupos familiares estão inseridos naquele território há tempo suficiente para usufruir dos benefícios da ESF implementada no local de abrangência da residência.

Dentre os grupamentos familiares inseridos no PPIF observou-se que a média de participação no programa foi de 1,5 anos (dp ±1,0), com um tempo máximo de 4 anos. O período de tempo de inserção na UPI é importante para avaliação dos possíveis efeitos por ela produzidos.

As diferenças encontradas na análise bivariada entre os dois grupos podem ser explicadas pelos próprios requisitos básicos determinados pelo PPIF para admissão das famílias em seu programa institucional. Ou seja, inserção de famílias de baixa renda, de até $\frac{1}{4}$ de salário mínimo *per capita*. Dados do IBGE (2010b) indicam que no Brasil, o rendimento familiar *per capita* de $\frac{1}{4}$ até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, considerando todas as fontes de renda é considerado situação de risco social, devendo ser, portanto, alvo prioritário de diversas políticas sociais.

A maioria das variáveis com significância estatística entre os dois grupos é desfavorável para o grupo atendido pelo PPIF (G1), uma vez que apresentou menor renda familiar, maior número de residentes por domicílio e a maioria não possuía casa própria . A faixa etária menor entre os assistidos pelo PPIF, de imediato, pode sugerir uma vantagem para este grupo, sob o ponto de vista de que a força de trabalho é maior entre indivíduos mais jovens. No entanto, é preciso considerar que a idade e experiência podem influenciar positivamente na capacitação para o trabalho e estabilidade econômica, o que coloca o G1, em desvantagem. A escolaridade foi mais elevada no G1, o que provavelmente, pode ser atribuído ao trabalho do PPIF no sentido de incentivar e auxiliar na educação das famílias inseridas em seu programa.

As famílias inseridas no PPIF apresentaram características sócio-econômicas semelhantes entre si, mas diferentes de seus vizinhos (G2). Parecem constituir um território interligado em rede, apesar da descontinuidade geográfica (famílias residentes em bairros diferentes);

inclusive, em relação à própria sede da instituição. Esta última, figura neste contexto, em consonância com a ideia de estação conceituada por Monken e Barcellos (2005), como o lugar ou ponto de parada onde a mobilidade física das trajetórias dos agentes e de materialidades é suspensa ou reduzida nos encontros ou nas ocasiões sociais. Trata-se do lugar em que se estabelece o *nó*, onde acontece a interseção de atividades de diferentes indivíduos.

As diferenças sócio-econômicas encontradas corroboram a concepção de Haesbaert (2005) de que o território, enquanto “espaço-tempo vivido”, é sempre múltiplo, “diverso e complexo”, ao contrário de “unifuncional”. Schneider e Tartaruga (2005) descrevem a existência dos chamados “territórios de baixa definição” como espaços caracterizados pela superposição de diferentes territórios em um mesmo espaço, o que pode provocar o surgimento de relações de poder adicionais e, até mesmo, novos territórios.

5.1.2 História Odontológica

As condições de saúde bucal de uma população podem demonstrar diferentes modelos de ações dos serviços de saúde que dependem basicamente de um adequado planejamento, organização e monitoramento. Entretanto, quando se propõe ações para um grupo específico, faz-se necessário conhecer não só a sua necessidade, mas, sobretudo, o modo como se reconhecem (SILVA et al., 2010). Na tabela 3 podem ser observados os resultados das variáveis relacionadas à história odontológica dessa população.

Tabela 3 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas à história odontológica dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)

Variáveis independentes		Tipo de assistência recebida pelas famílias			Valor p*
		PPIF + ESF n (%)	ESF n (%)	Total n (100%)	
Atualmente necessita de tratamento odontológico	Sim	32 (53,3)	28 (46,7)	60 (88,2)	1,00 ^a
	Não	4 (50,0)	4 (50,0)	8 (11,8)	
Dor de dente (< 6 meses)	Sim	22 (62,9)	13 (37,1)	35 (51,5)	0,09
	Não	14 (42,4)	19 (57,6)	33 (48,5)	
Tipo de dor de dente (< 6 meses)^b	Leve/Desconfortável	12 (60,0)	8 (40,0)	20 (57,1)	0,68
	Estressante/Intolerável	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (42,9)	
Experiência odontológica	Sim	35 (53,8)	30 (46,2)	65 (95,6)	0,59 ^a
	Não	1 (33,3)	2 (66,7)	3 (4,4)	
Última visita ao dentista^c	< 1 ano	18 (72,0)	7 (28,0)	25 (38,4)	0,02
	1-2 anos	8 (47,1)	9 (52,9)	17 (26,2)	
	3 anos ou +	9 (39,1)	14 (60,9)	23 (35,4)	
Local da última visita ao dentista^c	Consultório particular	14 (51,9)	13 (48,1)	27 (41,5)	0,78
	Consultório público	21 (55,3)	17 (44,7)	38 (58,5)	
Motivo da última visita ao dentista^c	Revisão/Prevenção	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (7,7)	0,23
	Dor/Extração	16 (55,2)	13 (44,8)	29 (44,6)	
	Tratamento	18 (58,1)	13 (41,9)	31 (47,7)	
Opinião sobre a última visita ao dentista^c	Muito bom/Bom	25 (56,8)	19 (43,2)	44 (67,7)	0,95
	Regular	4 (33,3)	8 (66,7)	12 (18,5)	
	Ruim/Muito ruim	6 (66,7)	3 (33,3)	9 (13,8)	

Notas: *teste Qui-Quadrado (significância de 10%) / valor em negrito: com significância estatística (<0,10)

^a teste de Fisher (célula com valor < 5) / ^b=35 / ^c=65

Os resultados demonstraram um elevado índice de necessidade de tratamento odontológico percebida (88,2%). Esse dado pode indicar que as condições bucais determinam algum tipo de incômodo para estes indivíduos; parece denotar reconhecimento da importância com os cuidados bucais e consciência de sua própria condição de saúde bucal.

A necessidade percebida de tratamento odontológico, segundo Baldani et al. (2010), pode favorecer a utilização de serviços de saúde. Aspectos culturais e baixa percepção da necessidade de tratamento odontológico são identificados como barreiras que afetam a procura por cuidados em saúde bucal.

A percepção de necessidade de tratamento odontológico encontrada neste estudo foi maior do que apresentada pelos resultados do Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011). Neste, entre 15

e 19 anos, a frequência foi de 65,1%; nas faixas etárias de 35 a 44 anos, 75,2% e entre 65 a 74 anos, 46,6%. Observa-se um aumento nesta frequência com a idade (da adolescência à idade adulta) e um declínio, na terceira idade. A porcentagem de indivíduos que admitem necessitar de tratamento odontológico é maior entre os indivíduos de 35 a 44 anos de idade, faixa etária que mais se aproxima à média de idade da população estudada (33,5 anos). Tais resultados permitem supor que a percepção de necessidade de tratamento é elevada em adultos jovens.

Entre os entrevistados, 51,5% afirmaram ter sentido dor de dente nos últimos 6 meses. Dentre eles, 42,9% a descreveram como estressante/intolerável. A percepção da dor é individual e relacionada à história progressiva do indivíduo. Além dos fatores fisiológicos que desencadeiam e modulam a experiência de dor; outros de caráter sociais e econômicos, também podem influenciar.

Lacerda et al. (2004) recorrem ao conceito de dor estabelecido pela Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, que é associada a lesões reais ou potenciais” de caráter subjetivo onde “cada indivíduo utiliza a palavra dor de acordo com o aprendizado frente a suas experiências prévias”. Alertam que a dor tem sido historicamente considerada apenas como um sintoma, cujas características irão orientar o diagnóstico das morbidades, nos ensinamentos na área da saúde. Em estudo realizado com o objetivo de conhecer a prevalência de dor de dente como motivo de consulta odontológica e os fatores associados em indivíduos adultos, estes autores concluíram que “a dor, além de interferir na qualidade de vida das pessoas, é influenciada pelas condições sociais e de acesso a serviços odontológicos”.

É possível constatar relações estreitas entre a dor dental e alguns fatores associados, entre eles: o nível socioeconômico, a utilização dos serviços de saúde bucal e impactos nas atividades diárias. Tais constatações configuram-se como importantes indicadores de saúde bucal que podem contribuir para avaliar e organizar a oferta de serviços odontológicos (HACK-COMUNELLO et al., 2008).

Em relação à experiência odontológica, a maioria (95,6%) relatou ter frequentado, em algum momento de sua vida, o consultório odontológico. Este fato provavelmente demonstra alguma importância dada à saúde bucal e, conseqüentemente a busca por tratamento odontológico que sane, naquele momento, a necessidade apresentada.

A utilização de serviços de saúde é resultado da interação de uma série de fatores, além da disponibilidade de serviços. As razões que levam as pessoas a consultarem um médico ou um dentista provêm da interação de fatores demográficos, socioeconômicos, psicológicos, e dos perfis de morbidade, sendo que os efeitos e a importância relativa de cada fator são afetados pela bagagem cultural, pelas políticas de saúde vigentes e as características do sistema de saúde (BALDANI et al., 2010).

Os dados relacionados ao tempo da última visita ao dentista podem ser considerados preocupantes, uma vez que apenas 38,4% realizaram uma consulta odontológica num período de tempo inferior a um ano. Observa-se que apesar de alguns indivíduos reconhecerem a importância da saúde bucal, uma parcela ainda não utiliza os serviços odontológicos com a frequência recomendada.

Percebeu-se um hiato de três anos ou mais, desde a última consulta odontológica, em 35,4% dos entrevistados. Este fato pode ser decorrente da população estudada apresentar baixo grau de escolaridade e poucos recursos financeiros. Esta condição socioeconômica algumas vezes não permite o acesso a certos níveis de atenção odontológica necessária.

Segundo os parâmetros de cobertura assistencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), utilizados pelo Ministério da Saúde para o planejamento dos recursos odontológicos, são de até duas consultas odontológicas ao ano (BRASIL, 2002) e, segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2004b), o ingresso no sistema deve dar-se no máximo a partir dos seis meses de idade.

Estudo realizado por Camarco, Dumith e Barros (2009), demonstra que, embora não se tenha consenso sobre um intervalo ideal entre as consultas odontológicas, a utilização dos serviços odontológicos de forma regular pode proporcionar um maior contato do paciente com o dentista, fazendo com que questões como importância do autocuidado, hábitos nocivos à saúde e conhecimento sobre as doenças bucais possam ser trabalhadas. Além disso, cáries dentárias e problemas periodontais poderiam ser detectados precocemente, exigindo procedimentos de menor complexidade.

O modelo da prática assistencial de serviço odontológico utilizado por 58,5% da amostra foi o público. Considerando que esta população reside em territórios cobertos pela ESF com equipe

de saúde bucal, parece razoável considerar a cobertura efetiva dos serviços, quantitativa e qualitativamente a esta população e a disponibilidade da mesma para utilizá-los.

O reconhecimento da saúde como direito social e dever do estado, segundo Fernandes e Ferreira (2010), pode possibilitar aos cidadãos brasileiros, o exercício pleno do direito à saúde. No entanto, falta à população informações para isso. Em seu estudo, observaram que uma parcela representativa da população estudada não apresentava características que poderiam classificá-la como parte de uma comunidade consciente dos direitos relativos ao atendimento odontológico.

Os principais motivos que levaram os indivíduos desta pesquisa a procurarem os serviços odontológicos foram dor/extração e tratamento dentário. Estes resultados podem retratar pouca informação sobre os cuidados em saúde bucal e/ou a concepção do processo saúde doença focado no tratamento e não na prevenção. Os dados coletados no Projeto SB Brasil 2010 (BRASIL, 2011) não diferem substancialmente dos encontrados neste estudo. Em todas as regiões do Brasil, o motivo mais citado da última consulta ao dentista pelos adultos foi a busca por tratamento.

É importante o esclarecimento da população sobre o processo saúde-doença, enfatizando a possibilidade de intervenção precoce e de controle dos problemas de saúde. Tal intervenção poderia evitar ou minimizar tratamentos restauradores e reabilitadores, uma vez que estes não são capazes de restituir plenamente a saúde bucal (LAWDER et al., 2008).

A maioria da população estudada (67,7%) considerou o atendimento recebido em sua última consulta odontológica como bom/muito bom. Em um atendimento, segundo Al-Mudaf et al. (2003), o termo satisfação pode ser conceituado como a relação entre o que o cliente viu (percepção) e o que ele esperava ver (expectativa) sobre um determinado serviço prestado. Logo, se a percepção superar as expectativas, maior a possibilidade de satisfação deste paciente.

Estudos sobre a satisfação do usuário quanto ao atendimento são importantes por permitirem a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sob a sua ótica. Fornecem subsídios para aqueles que administram tais serviços e para a equipe que presta os cuidados, possibilitando a superação das limitações detectadas. A satisfação com os serviços prestados permite uma maior adesão dos pacientes ao tratamento (ROBLES ; GROSSEMAN; BOSCO, 2008)

Na análise bivariada de comparação entre as variáveis relacionadas à história odontológica dos dois grupos pesquisados, pode-se observar que a experiência de dor de dente nos últimos 6 meses anteriores à pesquisa foi significativamente maior no Grupo 1, que também apresentou uma maior frequência ao consultório odontológico.

A queixa de dor nos últimos 6 meses possivelmente induziu esse grupo (G 1), a uma maior procura ao atendimento odontológico; no entanto, outros fatores também podem ter interferido nesta procura. O PPIF disponibilizava, em suas dependências, até 6 meses antes da realização deste estudo, atendimento odontológico por um período de seis horas/semanais. Quando este serviço deixou de ser disponibilizado, a instituição, em caráter esporádico e de urgência, recebia a colaboração voluntária de um cirurgião-dentista que atendia em seu consultório particular, as demandas da instituição. Além dessa parceria, o PPIF conta com o apoio de outros serviços de saúde bucal que permitem o encaminhamento de seus usuários, como o atendimento nas clínicas odontológicas do curso de Odontologia, da Universidade situada no município.

5.1.3 Autopercepção de saúde bucal

A autopercepção é uma medida que engloba a condição subjetiva da saúde bucal, a sua funcionalidade e os valores sociais e culturais relacionados a ela. Essa avaliação reflete a qualidade de vida e está associada às condições de saúde geral, assim como a comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde. Dados sobre autopercepção são importantes, pois, através desses, há possibilidade do indivíduo reconhecer sua própria condição de saúde, o que acarreta mudança no seu comportamento e, como consequência, aumenta sua qualidade de vida (SOARES et al., 2011).

Os dados referentes à autopercepção de saúde bucal dos participantes, de acordo com o tipo de assistência recebida, estão descritos na tabela 4.

Tabela 4- Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas à autopercepção de saúde bucal dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)

Variáveis individuais		Tipo de assistência recebida pelas famílias			Valor p*
		PPIF + ESF	ESF	Total	
		n (%)	n (%)	n (100%)	
Opinião sobre a boca/dentes	Muito satisfeito/Satisfeito	14 (60,9)	9 (39,1)	23 (33,9)	0,37
	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	6 (50,0)	6 (50,0)	12 (17,6)	
	Insatisfeito/Muito insatisfeito	16 (48,5)	17 (51,5)	33 (48,5)	
Dificuldade para comer e beber líquidos gelados	Sim	23 (53,5)	20 (46,5)	43 (63,2)	0,90
	Não	13 (52,0)	12 (48,0)	25 (36,8)	
Dificuldade para falar por causa dos dentes	Sim	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (8,8)	1,00 ^a
	Não	33 (53,2)	29 (46,8)	62 (91,2)	
Incômodo dos dentes durante a escovação	Sim	17 (53,1)	15 (46,9)	32 (47,1)	0,97
	Não	19 (52,8)	17 (47,2)	36 (52,9)	
Vergonha dos dentes para sorrir/falar	Sim	14 (50,0)	14 (50,0)	28 (41,2)	0,68
	Não	22 (55,0)	18 (45,0)	40 (58,8)	
Irritação/ nervosismo devido aos dentes	Sim	13 (52,0)	12 (48,0)	25 (36,8)	0,90
	Não	23 (53,5)	20 (46,5)	43 (63,2)	
Tarefa/trabalho dificultado devido aos dentes	Sim	11 (57,9)	8 (42,1)	19 (27,9)	0,61
	Não	25 (51,0)	24 (49,0)	49 (72,1)	
Deixou de sair/divertir devido aos dentes	Sim	7 (43,8)	9 (56,3)	16 (23,3)	0,40
	Não	29 (55,8)	23 (44,2)	52 (76,5)	
Dormiu mal/deixou de dormir devido aos dentes	Sim	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (26,5)	0,17
	Não	24 (48,0)	26 (52,0)	50(73,5)	
Deixou de praticar esportes devido aos dentes	Sim	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (8,8)	0,41 ^a
	Não	34 (54,8)	28 (45,2)	62 (91,2)	

Notas: * teste Qui-Quadrado (significância de 10%) / valor em negrito: com significância estatística (<0,10)

^a teste de Fisher (célula com valor < 5)

Os resultados demonstraram que 48,5% dos entrevistados declararam-se insatisfeitos/muito insatisfeitos com sua condição de saúde bucal e 33,9% satisfeitos. Lembrando que 88,2% da

população estudada afirmaram necessitar de tratamento odontológico (tabela 3), é possível sugerir que o grau de satisfação destes indivíduos com sua condição de saúde bucal não está necessariamente relacionado à sua necessidade de tratamento autorreferida.

O número de indivíduos que se declararam insatisfeitos/muito insatisfeitos com sua condição de saúde bucal, neste estudo, foi superior ao registrado no último levantamento nacional. Entre indivíduos de 15 e 19 anos de idade, a frequência nas regiões Sudeste foi de 18,0%; Sul, 16,0%; Centro-Oeste, 19,5%, e na Norte, 36,2%. Na idade adulta, as regiões Norte (39,5%) e Sul (25,5%) se destacam com significativas diferenças na frequência de insatisfação dos indivíduos com seus dentes e boca (BRASIL, 2011).

A percepção da condição bucal e a importância dada a ela condicionam o comportamento do indivíduo. A razão para as pessoas não procurarem o atendimento odontológico, muitas vezes, é o desconhecimento de suas necessidades. No estudo realizado por Lawder et al. (2008), para identificar a autopercepção de saúde bucal de uma população, eles observaram que, apesar da maioria dos entrevistados considerarem sua condição de saúde bucal boa ou regular, demonstraram desconhecimento sobre a presença ou não da doença cárie. Apenas um número reduzido deles (19%) se declararam livres da doença. A partir desses dados, concluíram que a percepção da própria saúde bucal não está relacionada com a identificação da presença da doença, mas sim com a presença de dor e desconforto.

Observou-se que a condição insatisfatória da saúde bucal da amostra estudada gerou alguns impactos sobre sua vida diária. Dentre eles, o mais frequente foi “*Dificuldade para comer e beber líquidos gelados*” (63,2%). Estes resultados possivelmente trouxeram algum prejuízo para a qualidade de vida, interação social e produtividade laboral desses indivíduos.

Os resultados registrados pelo SB Brasil 2010 em relação à condição da saúde bucal da população brasileira corroboram estes aqui descritos. *Dificuldade para comer, incômodo para escovar os dentes, apresentar-se irritado ou nervoso e vergonha para sorrir* foram os impactos mais frequentes identificados em todas as regiões do país, entre 15 e 19 anos de idade. Mais da metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade apresentou algum impacto das condições bucais sobre a vida diária, com variações não significativas entre as regiões. O impacto mais prevalente em todos os grupos etários e regiões foi a *dificuldade para comer* (BRASIL, 2011).

A análise bivariada de comparação entre as variáveis referentes à autopercepção de saúde bucal e ao impacto das condições de saúde bucal sobre a vida diária das pessoas entre os dois grupos pesquisados não revelou diferenças com significância estatística.

A saúde bucal está deixando de ser medida apenas pela presença ou ausência de doença. É crescente o interesse em estudar a influência da condição da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, não somente relacionados com as consequências físicas, mas incluindo também as sociais e psicológicas (psicossociais). Estas avaliações, realizadas através da autopercepção, podem fornecer, algumas vezes, informações diferentes das obtidas pela avaliação clínica (normativa) realizada pelo profissional. Permitem incorporar a visão do indivíduo (subjativa), que contribui para complementar as informações clínicas e identificar suas necessidades específicas (SILVA et al. , 2005).

5.1.4 Condição Epidemiológica

O conhecimento da situação epidemiológica em saúde bucal da população é essencial. Levantamentos epidemiológicos são utilizados para se conhecer a prevalência das doenças bucais e a estimativa das necessidades de tratamento. As informações obtidas podem ser utilizadas para planejar, executar e avaliar ações de saúde. Estes levantamentos possibilitam o conhecimento do processo saúde-doença da cavidade bucal e a eficácia geral dos serviços de saúde acessado pela população (ROCANCALLI, 2006). A condição epidemiológica (CPO-D, presença de cálculo dentário e edentulismo¹³) dos indivíduos participantes deste estudo pode ser observada na tabela 5.

¹³ Ausência de dentes

Tabela 5 - Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao exame clínico dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)

Variáveis individuais		Tipo de assistência recebida pelas famílias			Valor p*
		PPIF + ESF n (%)	ESF n (%)	Total n (100%)	
CPOD**	Zero	2 (50,0)	2 (50,0)	4(6,3)	0,66
	1-9	8 (66,7)	4 (33,3)	12(18,7)	
	10-24	10 (55,6)	8 (44,4)	18(28,1)	
	25-32	16 (53,3)	14 (46,7)	30(46,9)	
Cálculo dentário**	Presente	33 (61,1)	21 (38,9)	54(84,4)	0,09^a
	Ausente	3 (30,0)	7 (70,0)	10(15,6)	
Edentulismo	Presente	0	4 (100,0)	4(5,9)	0,04^a
	Ausente	36 (56,3)	28 (43,8)	64(94,1)	

Notas:* teste Qui-Quadrado (significância de 10%) / valor em negrito: com significância estatística (<0,10)

** n=64

^a teste de Fisher (célula com valor < 5)

O índice CPO-D vem sendo largamente utilizado em levantamentos epidemiológicos de saúde bucal. É um índice recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações. Seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (CYPRIANO; SOUSA; WADA, 2004).

Segundo Roncalli (2008), apesar do CPO-D não exercer o papel de grande termômetro de doença bucal como querem alguns ou, ainda, ser capaz de captar as mais profundas nuances da subjetividade humana e a cárie nos recônditos do esmalte, apresenta algumas boas propriedades. Este indicador de saúde é bom para monitoramento global de cárie dentária em populações, eficiente para detecção de desigualdades sociais, além de apresentar incontáveis possibilidades de construção de outros indicadores, com as mais diversas dimensões.

Neste estudo, observou-se que a média encontrada do CPO-D foi de 20,7 (dp±11,9). Segundo Scelza et al.(2001), ao analisar o CPO-D, estima-se a qualidade de saúde bucal do indivíduo, pois quanto mais próximo de 32, mais comprometida está sua saúde. Estes resultados demonstram um elevado valor médio do CPO-D. Não constituem surpresa, considerando que

outros dados sócio-demográficos registrados tais como renda, escolaridade, frequência aos serviços de saúde e média de idade, provavelmente contribuem para essa estimativa. Alguns autores (MARTINS et al., 2005; PERES et al., 2008; RIGO; ABEGG; BASSANI, 2010) têm mostrado forte relação entre os índices de prevalência de cárie e indicadores sociais por encontrarem piores valores de COP-D em população de baixa renda e escolaridade.

Entre os indivíduos examinados, 6,3% apresentaram valor desse índice igual à zero. Esse dado provavelmente retrata o acesso ao flúor na água de abastecimento público e aos serviços de saúde, bem como menor tempo de permanência/erupção dos elementos dentais na cavidade bucal, uma vez que, a população é constituída, na maioria, por jovens.

Observam-se, em outro estudo, resultados semelhantes aos encontrados nessa pesquisa. Os dados obtidos por Silva, Souza e Wada (2004), em um levantamento epidemiológico realizado com adultos e idosos no Brasil, revelaram uma média de CPO-D de 22,9 para adultos, e 31,1 para idosos. De acordo com Baldani et al. (2010), no Brasil, a limitação das ações de saúde bucal para adultos e idosos, grupos historicamente pouco priorizados pelos modelos assistenciais, faz com que suas necessidades de tratamento se acumulem, acarretando perdas dentárias prematuras e grande demanda por tratamentos especializados.

O índice CPO-D apresentou uma média de 10,1 (dp±8,6) dentes obturados; 10,0 (dp±9,1) perdidos e 1,9 (dp±2,2) cariados. Verifica-se que os componentes obturados e perdidos se equiparam e contribuem para o elevado índice do CPO-D. Estes dados sugerem que esta população tem acesso aos serviços de saúde odontológicos, no entanto, o tratamento recebido é restaurador e mutilador. A fluoretação da água de abastecimento público e a média de idade destes indivíduos podem ter contribuído para o baixo índice de dentes cariados.

Na análise do índice CPO-D da população estudada, foi encontrada baixa prevalência de edentulismo (5,9%). Esse dado pode estar relacionado à média de idade da amostra e possível acesso a métodos preventivos e restauradores em saúde bucal. Dentre os 4 indivíduos edêntulos encontrados, apenas 1 apresentava menos de 50 anos de idade; os demais encontravam-se na faixa etária acima de 60 anos, com escolaridade de 3 a 5 anos de estudo e baixa renda.

O edentulismo está associado a indivíduos residentes em zona rural, às mulheres, aos mais pobres, aos de menor escolaridade e àqueles de idade mais avançada. Este pode ser considerado um problema de saúde pública que acomete uma parcela relativamente

expressiva da população brasileira e possui, notadamente, interferência na mastigação, deglutição e fonação. A perda dental pode gerar ainda, impacto na socialização, excluindo o indivíduo do meio sócio-cultural por não obedecer aos padrões estéticos impostos pela sociedade, uma vez que geralmente não possui recursos para custear uma reabilitação bucal (BARBATO et al., 2007).

Quando foram comparados os resultados do índice CPO-D dos participantes com as variáveis relacionadas à autopercepção de saúde bucal, observou-se que apenas a variável “*Dormiu mal/deixou de dormir devido aos dentes*” apresentou significância estatística ($p=0,03$).

No entanto, verificou-se que o grupo de indivíduos no qual a situação dos dentes não influenciou no ato de dormir apresentou um valor do CPO-D maior. Esse resultado pode estar relacionado ao fato desse grupo apresentar experiências clínicas e intervenções terapêuticas de assistência odontológica do modelo curativo/restaurador, oferecido na atenção básica. Em decorrência, estes indivíduos podem apresentar um número maior de dentes extraídos e/ou restaurados.

A presença de cálculo na população estudada foi considerada elevada. Isto sugere que a população examinada possui condições de higiene bucal insatisfatórias, podendo denotar falta de informação e estímulo, ou ainda, dificuldade de acesso à escova e pasta dental. Este resultado pode também estar relacionado com o tempo da última visita ao dentista, que para a maioria (61,6%) dos entrevistados foi há mais de 1 ano.

Estudo desenvolvido por Gesser et al. (2001) em uma população de adultos jovens, demonstrou que apesar da saúde periodontal dessa população ser considerada boa, foi registrada alta prevalência de cálculo dentário, associada negativamente à maioria dos indicadores socioeconômicos. Os resultados obtidos no SB Brasil 2010 confirmam que a presença de cálculo dentário aumenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre adultos e declinando nos idosos (BRASIL, 2011).

Embora as doenças mais prevalentes em odontologia, cárie e doença periodontal, sejam passíveis de controle mediante procedimentos relativamente simples, como a escovação dental, o controle da frequência do consumo de açúcares, o uso adequado do flúor e visitas periódicas ao dentista, o objetivo de uma melhor saúde bucal não é alcançado em nível populacional. Uma das possíveis explicações para a alta prevalência e incidência dessas patologias é sua associação a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não

apenas a fatores determinantes biológicos que interagem na etiologia dessas doenças (LISBOA; ABEGG, 2006).

Na análise bivariada de comparação entre as variáveis relacionadas à autopercepção e impacto de saúde bucal dos participantes e a presença de cálculo dentário, observou-se que o cálculo estava presente em 81,3% dos indivíduos que se declaravam *Insatisfeitos/Muito insatisfeitos* e em 90,5% daqueles que se diziam *Muito satisfeitos/Satisfeitos*. Observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa que relacionasse a presença dessa alteração da normalidade ao grau de satisfação dos indivíduos com sua saúde bucal ($p=0,38$).

As variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa foram: *Incômodo dos dentes durante a escovação* ($p^* = 0,08b$), *Vergonha dos dentes para sorrir/falar* ($p^* = 0,09b$), *Tarefa/trabalho dificultado devido aos dentes* ($p^* = 0,05b$), *Deixou de sair/divertir devido aos dentes* ($p^* = 0,04b$). A porcentagem de indivíduos que apresentavam cálculo e responderam *não* a todas as questões do questionário aplicado foi maior do que as respostas afirmativas (*sim*). Isto sugere que, possivelmente, a presença de cálculo não interfere no grau de satisfação com sua saúde bucal e não causa nenhum impacto negativo na vida destes indivíduos.

De acordo com Soares et al. (2011), apesar da percepção de saúde bucal ser um importante indicador de saúde, essa avaliação não condiz sempre com a condição clínica encontrada, na maioria dos estudos. O paciente avalia sua condição de saúde bucal por critérios diferentes do profissional. Em decorrência, é importante que seja desenvolvida atividade educativa sobre percepção básica de saúde bucal, para que a população possa perceber sua necessidade e desta forma procure atendimento odontológico preventivo e curativo antes que desenvolva processos dolorosos.

A análise bivariada da frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao exame epidemiológico dos participantes de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias revelaram diferenças com significância estatística nas variáveis *edentulismo* e *cálculo dentário*. A prevalência de cálculo foi maior no G1; por outro lado, todos os casos de edentulismo encontrados na amostra pertenciam ao G2. A média de idade mais alta, neste grupo, e o menor acesso a serviços de saúde podem ter contribuído para este resultado.

*teste Qui-Quadrado (significância de 10%) / valor em negrito: com significância estatística ($<0,10$)

^b teste de Fisher (célula com valor < 5)

5.1.4.1 Uso/ Necessidade de prótese

Apesar da alta prevalência de perdas dentárias na população brasileira, ainda há, em nosso país, uma grande deficiência no que se refere à reabilitação protética destas perdas. A Organização Mundial da Saúde recomenda a utilização de um indicador que denomina *Uso e Necessidade de Prótese* como forma de avaliar, além da perda dentária, a proporção da população que tem acesso ao tratamento protético e que necessita de reabilitação (WHO, 1997). Na tabela 6 podem-se observar os valores encontrados em relação a esse indicador.

Tabela 6- Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao uso/necessidade de próteses de acordo com o tipo de assistência recebida pelas famílias. Governador Valadares. 2011. (n=68)

Variáveis individuais		Tipo de assistência recebida pelas famílias			Valor p*
		PPIF + ESF n (%)	ESF n (%)	Total n (100%)	
Uso de algum tipo de prótese superior^b	Não	33 (60,0)	22 (40,0)	55(80,9)	0,02^a
	Sim	3 (23,1)	10 (76,9)	13(19,1)	
Uso de algum tipo de prótese inferior^b	Não	34 (54,0)	29 (46,0)	63 (92,7)	0,66 ^a
	Sim	2 (40,0)	3 (60,0)	5 (7,3)	
Necessidade de algum tipo de prótese superior^b	Não	22 (56,1)	25 (43,9)	57(83,8)	0,32 ^a
	Sim	4 (36,4)	7 (63,6)	11(16,2)	
Necessidade de algum tipo de prótese inferior^b	Não	22 (57,9)	16 (42,1)	38(55,9)	0,35
	Sim	14 (46,7)	16 (53,3)	30(44,1)	

Notas:*teste Qui-Quadrado (significância de 10%) / valor em negrito: com significância estatística (<0,10)

^a teste de Fisher (célula com valor < 5)

^b Prótese fixa ou removível

Os percentuais do indicador *uso/necessidade de prótese* revelaram uma baixa frequência de uso de qualquer tipo prótese na população estudada (19,1% utilizam prótese superior e 7,3% inferior). No entanto, na maioria (60,3%) foi observada a necessidade de confecção de algum tipo de prótese, entre os quais, 16,2% necessitam de prótese superior e 44, 1%, prótese inferior.

Entre os indivíduos que fazem uso de algum tipo de prótese, um número maior usava prótese superior, possivelmente devido à dificuldade de adaptação das próteses no arco inferior. Quanto aos que usavam prótese, o tipo mais encontrado na arcada superior foi a total (10,2%),

seguida da parcial removível (7,4%). Na arcada inferior, o uso destes tipos de próteses (total e parcial removível) se equiparou (2,9%).

Em relação à *necessidade de confecção* de algum tipo de prótese, observou-se maior necessidade de prótese inferior (44,1%) quando comparada à necessidade de prótese superior (16,2%). Dentre os que necessitavam de prótese, tanto superior como inferior, a maior prevalência foi de necessidade de uma prótese (fixa ou parcial removível) para substituir mais de 1 dente (10,3% e 26,4%, respectivamente). Estes dados podem estar relacionados à média de idade da população estudada (33,5 anos, ± 15), uma vez que pesquisas demonstram que quanto maior a idade, maior a probabilidade do uso/necessidade de prótese (BRASIL, 2004; BRASIL, 2011).

O uso de prótese total removível foi mais frequente no arco superior e a ausência de prótese de qualquer tipo foi maior no arco inferior. A análise entre esses indicadores pode sugerir um maior interesse dos indivíduos em reabilitar a arcada superior, em detrimento da inferior. Provavelmente, busca-se na prótese um recurso para a reconstrução da aparência estética.

Na análise bivariada do indicador *uso/necessidade de prótese*, realizada entre os dois grupos foi identificada diferença estatisticamente significativa na variável *uso de algum tipo de prótese superior* ($p=0,02$). Este resultado pode ser explicado pelas diferenças sócio-demográficas apresentadas na amostra estudada (tabela 2). O G2 apresentou melhor renda, menor número de residentes por domicílio e maior frequência de casa própria. Tais dados, provavelmente, favorecem a reabilitação protética, frente aos custos que ela significa.

Por outro lado, é importante lembrar que ambos os grupos são inseridos na ESF que, apesar de não trabalhar com procedimentos protéticos, encaminha seus usuários para o Centro de Especialidade Odontológica (CEO), onde os mesmos podem ser realizados. No entanto, a grande demanda por estes serviços e a distância do CEO em relação à moradia destes indivíduos requerem recursos para locomoção e tempo de espera, o que, por sua vez, pode ter favorecido ao G2.

Na tabela 7 é possível observar que o cálculo dentário está mais presente entre indivíduos que não utilizam nenhum tipo de prótese (superior e/ou inferior) e entre os que não necessitam de qualquer prótese superior. Tais resultados podem significar maior número de dentes presentes na cavidade bucal entre estes indivíduos, o que possibilita maior presença dessa alteração da normalidade.

Tabela 7- Frequência absoluta e relativa das variáveis relacionadas ao uso/necessidade de prótese^a de acordo com a presença de cálculo dentário. Governador Valadares. 2011. (n=64^b)

Variáveis individuais		Cálculo dentário			Valor p*
		Presente n (%)	Ausente n (%)	Total n (100%)	
Uso de algum tipo de prótese superior	Não	50 (92,6)	4 (7,4)	54(84,3)	<0,01**
	Sim	4 (40,0)	6 (60,0)	10(15,6)	
Uso de algum tipo de prótese inferior	Não	53 (86,9)	8 (13,1)	61(95,3)	0,06**
	Sim	1 (33,3)	2 (66,7)	3(4,7)	
Necessidade de algum tipo de prótese superior	Não	48 (88,9)	6 (11,1)	54(84,4)	0,04**
	Sim	6 (60,0)	4 (40,0)	10(15,6)	
Necessidade de algum tipo de prótese inferior	Não	32 (88,9)	4 (11,1)	36(56,2)	0,31**
	Sim	22 (78,6)	6 (21,4)	28(43,7)	

Notas: ^a Prótese fixa ou removível.

^b Dos 68 participantes, 4 eram edêntulos.

*teste Qui-Quadrado (significância de 10%) / valor em negrito: com significância estatística (<0,10).

** teste de Fisher (célula com valor < 5).

Quando comparados os grupos familiares coparticipantes do PPIF (G1) pelo tempo de inserção no programa e as variáveis pesquisadas (autopercepção de saúde bucal e condição epidemiológica), observou-se que não houve diferenças com significância estatística. Tais diferenças eram esperadas, uma vez que, ao longo do tempo, esperam-se modificações no perfil dessas famílias. No entanto, o programa prevê desligamento das famílias, antes do limite estabelecido (5 anos), em caso de promoção socioeconômica das mesmas. Ou seja, a permanência destes grupos familiares no programa do PPIF, indica que ainda precisam dele e seu perfil não sofreu alterações relevantes.

A análise multivariada de Regressão de Poisson (tabela 8) possibilitou explicar as variáveis que influenciaram na condição de saúde bucal da amostra estudada. O resultado final desta análise demonstrou que aqueles indivíduos que declararam receber assistência PPIF + ESF (G1) apresentaram 2,2 vezes maior chance de terem visitado um dentista no último ano do que aqueles indivíduos cujas famílias recebem apenas assistência ESF (G2). Este resultado, provavelmente é proveniente da disponibilização, na época da pesquisa, de atendimento odontológico, na UPI, além do referenciamento de pacientes realizados pela Instituição para outros serviços de saúde odontológica. Indivíduos com renda de até R\$600,00 reais possuem 2,4 vezes maior chance de pertencerem ao grupo de indivíduos cujas famílias recebem assistência PPIF + ESF (G1), quando comparados aos indivíduos cujas famílias recebem

apenas assistência da ESF (G2). Este dado confirma a proposta da Instituição de atender famílias de baixa renda, em risco social.

Tabela 8 - Modelo multivariado de Regressão de Poisson para explicar as variáveis que influenciam na condição de saúde bucal da amostra estudada. Governador Valadares. 2011.

Variáveis independentes		RP (IC 95%) bruta	RP (IC 90%) ajustada*	Valor p
Última visita ao dentista	< 1 ano	4,00 (1,44; 11,04)	2,22 (1,12; 4,38)	0,04
	1-2 anos	2,89 (1,01; 8,55)	2,20 (1,15; 4,19)	
	3 anos ou +	1	1	
Renda familiar	Até 600,00 reais	2,31 (1,23; 4,01)	2,44 (1,33; 4,47)	0,01
	601,00 a 1500,00 reais	1	1	

Notas: RP: Razão de Prevalência.

IC 90%: Intervalo de confiança.

5.2 DADOS QUALITATIVOS

5.2.1 Representação Social sobre Saúde Bucal

Promoção da Saúde é definida na Carta de Ottawa (OMS, 1986), “como processo de capacitação da comunidade para que ela própria possa participar e controlar ações para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde”. Para que isso aconteça é indispensável conhecer a visão de cada comunidade sobre a saúde e, especificamente em relação à prática odontológica, o que pensa sobre saúde bucal e o cuidado odontológico. Esses aspectos podem influenciar, positiva ou negativamente, decisões importantes com relação à prevenção e tratamento de doenças bucais.

A avaliação da saúde bucal, a partir de uma compreensão que não se restrinja à presença ou ausência de doenças, requer a utilização de instrumentos qualitativos, além dos quantitativos. Apesar dos indicadores qualitativos não serem indicados para diagnosticar doenças, eles complementam as informações clínicas e possibilitam identificar pessoas ou populações que necessitam de ações curativas, preventivas ou educativas (SILVA, 1999).

Na compreensão de uma dada realidade, é necessário identificar a maneira como os sujeitos sociais identificam, explicam e elaboram os acontecimentos. O produto desse processo de (re)tradução da realidade cotidiana são as representações sociais (FERREIRA et al., 2006).

Nesta perspectiva, a presente investigação apoiou-se na Teoria das Representações Sociais, que possibilita ao pesquisador centrar-se nas comunicações e condutas que orientam os grupos sociais (JODELET, 2002).

A representação social sobre saúde bucal, neste estudo, foi identificada por meio das respostas às perguntas: “O que é saúde bucal para você?”, “O que a gente pode fazer para manter a saúde bucal?” e “Quem é o responsável pela saúde bucal das pessoas?”. As categorias e subcategorias surgidas a partir da análise serão apresentadas em seguida.

5.2.2 Categoria 01: Significado de saúde bucal

Esta categoria aborda o conhecimento e as percepções sobre saúde bucal do indivíduo a partir da compreensão de valores, atitudes e crenças em saúde e doença, considerando que são fenômenos sociais e biológicos vividos culturalmente.

O conceito de saúde não possui representações semelhantes para todas as pessoas. Reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural à qual pertencem os indivíduos. Dependerá da época, do lugar, da classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas (SCLIAR, 2007).

Nos últimos anos, o interesse pela discussão do conceito de saúde, tanto no meio acadêmico como na sociedade, tem sido retomado. Esse fenômeno pode ser explicado pelo desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e terapêuticas e sua divulgação quase simultânea pelos meios de comunicação. Tais fatores vêm ampliando o conhecimento da população sobre as doenças, seus sinais e sintomas (BARISTELA, 2007).

De acordo com Domingues (2006), compreender saúde pela perspectiva do outro é um desafio. Ouvir a outra pessoa, permitir que ela se mostre, representa mais do que um confronto de conceitos, mas a possibilidade de ampliá-los a partir da incorporação do saber contido no outro. Em estudo realizado, observou o quanto ainda é difícil verbalizar algo que nem os próprios autores da literatura científica conseguem definir exatamente.

5.2.2.1 Subcategoria 1- Ter cuidado e higiene

A escovação dentária é o meio mecânico individual de mais ampla utilização para o controle da placa dental no mundo. O hábito de escovar os dentes passou a receber destaque especial nos últimos 20 anos, também por ser um dos métodos mais eficientes de se levar flúor à boca, tornando-se uma das formas mais eficazes de prevenir a cárie dentária. Outro método utilizado para limpar os dentes é o uso do fio dental, instrumento melhor indicado para os espaços interdentais (CHRISTENSEN, 2003).

Para vários entrevistados, a saúde bucal está associada ao cuidado e à limpeza dos dentes, ancorados na ideia de saúde como ausência de doença e de corpo funcional.

Observa-se que estes indivíduos provavelmente reconhecem a importância da higiene para a saúde bucal, algumas vezes confundindo saúde bucal com higiene.

“Saúde bucal é eu tratar dos dentes, escovar, é... limpar, passar o fio dental... limpar, né?”
(sexo masculino – G1)

“Saúde bucal pra mim, eu creio que é a gente manter a boca limpa, é... escovar todos os dias, preocupar, né, com a saúde dos dentes mesmo porque se a gente mesmo não preocupar com a gente quem vai preocupar?” (sexo masculino – G1)

“Saúde bucal é a higiene na boca, né? É isto pra mim.”(sexo feminino – G2)

Uma boa higiene bucal é parte integrante das práticas de saúde geral e um significativo elo de seu alcance e estabelecimento. Pessoas com estilos de vida mais saudáveis, frequentemente, escovam seus dentes e usam o fio dental. Para a população geral, hábitos de higiene bucal estão mais vinculados ao estilo de vida e ao gênero (feminino), situando-se o nível socioeconômico em uma escala menor, porém de maior influência no hábito da visita ao dentista (SUOMINEN-TAIPALE et al., 2000).

Em estudo realizado por Abreu, Pordeus e Modena (2005), o discurso dominante das entrevistadas revelou que o adoecimento bucal está associado às normas de higiene e dietéticas, ou seja, para estas pessoas, saúde bucal não é considerada um estado, mas a atividade de cuidar do corpo. O cuidado com o corpo é atividade diretamente relacionada à cultura e à organização psíquica dos sujeitos. O saber sobre o cuidado em saúde é construído

socialmente, sendo influenciado pelo seu contato com os serviços de saúde, sua própria experiência no âmbito doméstico, transmissão de conhecimento por antepassados e através dos meios de comunicação.

Foi possível observar ainda, na fala dos entrevistados, uma associação entre responsabilidade e/ou capacidade de limpar a boca com o relacionamento social e capacidade de trabalho. A saúde bucal pode proporcionar diferentes reflexos no cotidiano das pessoas, como se socializam, e como percebem o seu bem-estar social.

“É ter responsabilidade né, porque a gente sem os dente da gente hoje em dia não é nada, porque a saúde... pra gente achar um emprego... se os dentes da gente estiver em maus condições eles vão observar isto, que a gente é porca, se não cuida bem dela, ela não vai cuidar bem do serviço.” (sexo feminino - G1)

A escovação dentária consiste em uma medida preventiva de maior adesão da população. Fatores culturais, sociais e econômicos podem contribuir para esse tipo de comportamento. Os motivos da higienização bucal estão relacionados à aceitação social, ao seu desejo de terem um hálito agradável, de serem bonitas, de se sentirem confortáveis e de serem socialmente aceitas (AQUINO; PHILIPPI, 2002).

Tais considerações corroboram a concepção da boca como território, defendida por Botazzo (2008), e suporte do corpo do homem na realização de sua vida. Para esses indivíduos, o cuidado com a boca pode refletir e interferir na forma como lidam e atuam no mercado de trabalho e na sociedade, de forma geral.

5.2.2.2 Subcategoria 2 - Poder sorrir

Para alguns entrevistados, a saúde bucal está relacionada a poder sorrir. O ato de sorrir apresenta um significado social, que revela uma condição de prazer, aprovação, satisfação, utilizada no cotidiano dos indivíduos. Observa-se que a saúde bucal satisfatória ou sua ausência pode interferir no relacionamento social das pessoas e em sua qualidade de vida.

“Ah essencial, porque a gente precisa né? De sorrir, vai sair na rua, vai ver as pessoas, vai querer sorrir, mas não vai ter como...” (sexo feminino - G1)

“Ah! É outra coisa! Nossa! Aí pode rir a vontade.” (sexo feminino G1)

“Olha, pra mim eu acho tudo de bom. Porque um melhor sorriso, a gente poder sorrir, comer tudo que pode, entendeu? Sem proibir por causa dos dente...”. (sexo masculino - G1)

“É, aparentemente, é quando você consegue olhar a pessoa e ela dá um bom sorriso, e você olha para... aparentemente... não dá pra dizer. Que é mesmo só o dentista fazendo os exames que vai poder saber o que que tem. Mas a pessoa dar um sorriso desse com tudo perfeito, você olha assim. Até como faz quando é... seu sorriso ta tão lindo. Pode até pensar que é coisa de televisão né? Nunca vi uma pessoa assim com dente muito claro, mas pra você dizer sua saúde ta perfeita, bucal, só mesmo através do exame.” (sexo masculino - G2)

O sorriso é uma expressão facial que reflete diversos sentimentos e emoções. Entretanto, além de evidenciar o estado de espírito, esta expressão também interfere nas relações afetivas e profissionais com conseqüências de amplitude emocional, cultural e psicossocial. Ou seja, pode-se considerar o sorriso como uma forma universal de comunicação, que se transmite sem palavras (MATOS et al., 2006). Em decorrência, o que dizer de ou para indivíduos aos quais essa ferramenta/expressão é negada?

“Pra mim é muito importante saúde bucal, porque o sorriso da gente depende né? da saúde bucal, e num ter cuidado como é que vai ficar pra dar um sorriso? Igual eu tô aqui, óh.” (sexo feminino – G1)

Observa-se que, junto à mutilação dos dentes e gengivas, surgem as mutilações sociais e emocionais. O conceito ampliado de saúde da OMS compreende saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades (SCLiar, 2007). Se há impossibilidade de sorrir, e, conseqüentemente comunicar-se de forma adequada, em qual medida será dado ao indivíduo a oportunidade de ser saudável?

Na Constituição Federal de 1988, o Estado Brasileiro pretendeu diminuir as desigualdades sociais e regionais, promover o bem de todos e construir uma sociedade solidária, sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do Estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 2010). No entanto, a concepção ampliada de saúde e dos direitos dos cidadãos em relação a ela por parte dos órgãos governamentais e de seus representantes, apesar de indispensável, não é suficiente para sua promoção.

O cidadão comum precisa acreditar que ele pode. Mas como, se o sorriso não lhe é permitido? Sem chances de manifestar-se ou reivindicar, a este indivíduo podem restar apenas as queixas e o conformismo.

Raffestin (1993) compreende a existência como uma teia de relações de poder multidimensionais que produzem a territorialidade. O território é definido por essas relações de poder que se estabelecem sobre o espaço e entre os autores que o ocupam e o utilizam. A partir dessa concepção, podem-se pensar as consequências sobre o território, de uma população que acredita não poder sorrir.

5.2.2.3 Subcategoria 3 - Não sentir dor

Alguns entrevistados entendem que saúde bucal significa não sentir dor. A dor possivelmente é identificada como doença, quando, na verdade, se trata de um sintoma.

“É ter os dentes saudável, não doer, porque dente doendo é ruim...” (sexo feminino – G1)

“Ah, saúde bucal é a boca ta saudável, e num sentindo dor né, porque se tiver sentindo dor a boca não ta saudável, não ta com saúde.” (sexo feminino – G1)

“...Sem dor né... uma boca boa você pode ver...” (sexo feminino – G2)

Para esses indivíduos, o conceito de saúde parece ainda ser construído e compreendido, pela ausência de doença ou dor. De acordo com Ferreira et al. (2006), a dor é um sintoma que causa desordem, mas que ao mesmo tempo suscita uma ordem, pois faz com que os homens se organizem socialmente para enfrentá-la, seja utilizando conhecimentos de ordem científica, ou de ordem simbólica. A dor funciona, dessa forma, como um sinalizador para a ausência da saúde bucal.

Por outro lado, Sarti (2001) afirma que a dor, como realidade social, é simbolizada mediante os distintos lugares sociais dos indivíduos. O lugar social do sujeito qualifica a sua dor e determina a reação do outro em face a ela. Nas distinções de classe social, o sentimento da dor dos menos favorecidos aparece como natural. Esta concepção é interiorizada por estes, tornando difícil conceber para si, a ideia de bem-estar, suposto atributo da classe dominante. Em serviços públicos de saúde, dirigidos à classe socialmente desfavorecida, é comum observar que ao se considerar bem atendida, esta população agradece, surpresa com a atenção

recebida; como se, ser bem tratada, fosse algo sempre inesperado. O gênero também institui formas distintas de lidar com a dor. Suportar a dor em silêncio pode ser sinal de virilidade em certas culturas, que, em contrapartida, permitem e valorizam nas mulheres a expressão explícita do sofrimento.

Percebe-se que a noção de “ausência de doença” (neste caso, estabelecida pela ausência de dor) considerada antiga e ultrapassada por uma parte da comunidade científica, ainda possui um grande valor neste grupo em questão, predominando a visão biomédica. Parece que a população se apropriou do modelo ainda hegemônico na área de saúde, para o qual o ser humano é considerado uma máquina e a doença um mal funcionamento dos mecanismos biológicos, continuando a fazer uso dele para entender o que é saúde (CAPRA, 2001).

5.2.2.4 Subcategoria 4 – Beleza

Vários entrevistados associam saúde bucal à beleza. Para eles, saúde bucal significa ter sorriso e dentes bonitos. A prática odontológica e os meios de comunicação, na atualidade, valorizam a cor branca e o posicionamento alinhado dos dentes, estabelecendo-as como as características que tornam o sorriso mais atraente e bonito.

“Os dentes estando tudo em ordem, né? Tudo direitinho, tudo bunitinho”. (sexo feminino – G1)

“... ter os dente bonito, perfeito.” (sexo feminino – G1)

“Ah... É uma boca limpinha, igual a gente vê nas fotografia, aquele sorriso bem bonito!” (sexo feminino – G2)

Ter saúde bucal, para esses indivíduos, parece estar associado a apresentar-se bem, diante da sociedade. Boca e dentes bonitos podem significar aceitação por parte do outro e, conseqüentemente, adequação ao meio. O contrário denotaria falta de cuidado, ou seja, ausência de saúde bucal. No entanto, possuir a condição pretendida de dentes bonitos entra em confronto com o acesso restrito da maioria da população aos serviços de saúde bucal, os quais são diretamente relacionados com o poder aquisitivo, revelando que existe um abismo entre o ideal e o real da beleza estética.

A identificação da beleza está relacionada a uma sensação de prazer diante de um objeto, um som, uma pessoa. Por ser uma sensação prazerosa, o conceito de beleza é próprio de cada indivíduo. Este conceito é estabelecido a partir de valores individuais relacionados ao gênero, raça, educação e experiências pessoais, mas também de valores da sociedade, como o ambiente e a publicidade. Parece ser mais uniforme entre os indivíduos de uma mesma população, que vivem em um mesmo ambiente, no mesmo momento histórico (REIS et al., 2006)

Segundo Medeiros (2004), para a cultura brasileira, a beleza é um capital simbólico de grande poder social e o corpo é a marca desse poder social. O corpo pode expressar a marca de uma afirmação social e pode desencadear um processo de equilíbrio ou desequilíbrio pessoal. Em decorrência, a representação da saúde bucal como boca e dentes bonitos, encontrada neste estudo, parece reforçar o conceito de saúde como bem - estar pessoal e social.

A imagem que o indivíduo faz de si é construída no contato com o mundo, de acordo com os padrões impostos pelas exigências sociais. A família tem grande importância na construção desses valores. As pessoas são classificadas quanto à aparência, que pode, também, habilitá-las ou não para o mercado de trabalho. Em nossa sociedade a aparência é “superdimensionada”, o que torna as pessoas vulneráveis e com sentimentos de inferioridade quando não alcançam o padrão desenhado e inculcado pela mídia. Assim, um belo sorriso é um signo importante para a autoapresentação. Quando um indivíduo apresenta uma alteração física visível, como por exemplo, uma alteração estética socialmente não aceita, o mesmo pode sofrer vários tipos de discriminação. Estigmatizado, suas chances de vida social plena são fortemente diminuídas (DOMINGUES, 2006).

5.2.2.5 Subcategoria 5 - Não ter mau hálito

O mau hálito decorre da emanção de odoríferos, ou seja, substâncias de baixo peso molecular, voláteis e com odor ofensivo ao olfato humano, que se dispersam no ar, sensibilizando o epitélio olfativo. Não é considerado uma doença por si, mas sim uma condição alterada do hálito, patológica ou fisiológica, que precisa ser diagnosticada e tratada. A halitose já preocupava os antigos, havendo referências desde 1550 A.C., ainda em papiros. Ter um hálito fragrante na Antiguidade era exalar a doçura da vida e atestar a pureza da alma de uma pessoa (TÁRZIA, 2003).

Verificou-se que, entre os entrevistados, alguns consideraram que saúde bucal é não ter mau hálito:

“Não ter mau cheiro, né? Em primeiro lugar, porque uma boca com mau cheiro... não dá. E manter eles sempre limpinhos, né?” (sexo feminino - G1)

“...chegar perto da pessoa sem aquele aroma na boca né, isto é ótimo.” (sexo masculino - G1)

Uma boca com saúde é não ter dente podre, é olhar aquele mau cheiro, porque se o dente não tiver bem dá mau cheiro, né... (sexo feminino - G2)

“Sem mau hálito...” (sexo feminino - G2)

O mau hálito foi considerado por estes indivíduos como um cheiro desagradável e indesejável. De acordo com Rodrigues (1980), pessoas com odor desagradável são consideradas marginalizadas. As ações de higiene exigidas pela nossa cultura são convenções e práticas simbólicas, necessárias para disfarçar o cheiro do corpo.

A presença de mau hálito, apesar de não desencadear grandes repercussões clínicas para o indivíduo, pode, na maioria das vezes, provocar sérios prejuízos psicossociais. Os mais comumente relatados são a insegurança ao se aproximar das pessoas, a depressão secundária a isso, dificuldade em estabelecer relações amorosas, esfriamento do relacionamento entre o casal, resistência ao sorriso, ansiedade, e baixo desempenho profissional, quando o contato com outras pessoas é necessário (MAROCCHIO; CONCEIÇÃO; TÁRZIA, 2009).

Desde gerações passadas, o mau hálito vem sendo tema de discussões, na literatura. No Brasil, segundo a Associação Brasileira de Pesquisa dos Odores Bucais (ABPO), 40% da população são portadoras da halitose crônica. Esta condição clínica deve ser considerada importante por caracterizar-se como uma restrição social; pelo medo de possuí-la ser capaz de precipitar uma verdadeira neurose e por favorecer o diagnóstico de determinadas doenças (SANTANA; ALMEIDA; TOMAZINHO, 2006).

5.2.3 Categoria 02: Manutenção da saúde bucal

Está relacionada à compreensão do indivíduo sobre a importância de realizar e manter ações preventivas que possibilitem uma condição de saúde bucal satisfatória.

5.2.3.1 Subcategoria 1- Escovar os dentes e usar fio dental

Todos os entrevistados atribuem a manutenção da sua saúde bucal à escovação diária dos dentes e ao uso do fio dental.

“Escovar os dente nas horas certa, passar o fio dental.” (sexo masculino – G1)

“Estar sempre fazendo a escovação, da gengiva e dos dentes né, sempre após as refeições, depois de dormir, passar o fio dental todos os dias... é isto.” (sexo feminino – G2)

“Como minha esposa falou, usar o fio dental. E a escovação vem em primeiro lugar, né?”
(sexo masculino – G2)

Estes resultados suscitam o seguinte questionamento: Se estas pessoas reconhecem a importância da higienização na manutenção da saúde bucal e associam a saúde bucal à higiene e cuidado, o que é considerado correto, por que sua condição de saúde bucal é insatisfatória, como comprovado pelo índice CPO-D encontrado?

Pode-se supor que, apesar do reconhecimento da importância da higienização, muitos podem não saber como efetuar-la corretamente e/ou não ter acesso à escova e fio dental. Tal realidade pode, ainda, estar associada à dificuldade em mudança de hábitos mais do que propriamente ao desconhecimento, bem como a questões relacionadas à condição socioeconômica.

De acordo com Souza (2012), em 2003, o Instituto de Tecnologia de Massachusetts, nos Estados Unidos, publicou uma pesquisa onde questionava sobre o invento mais importante já desenvolvido. Acreditava-se que a roda, os modernos aparelhos de comunicação ou qualquer outra parafernália moderna ganharia o lugar, sem maiores problemas. Entretanto, para surpresa geral, a maioria apontou a escova de dente como o mais importante invento da História.

De fato, a preocupação com a boca e os dentes aparece como um dos mais antigos cuidados da higiene pessoal em diversas culturas. Artefatos encontrados em escavações, manuscritos e imagens denunciam a utilização de escovas de dente em eras remotas. Atualmente, cores, formas e tecnologias transformaram o mercado de escovas de dente em uma grande incógnita. Entre tantas opções, muitas pessoas não sabem distinguir qual tipo de escova atende a uma boa higiene bucal (SOUZA, 2012). Ou seja, saber que é preciso higienizar, não implica necessariamente em saber como fazê-lo, como é possível observar no depoimento a seguir:

“Escovar, né? Após cada refeição, e antes também né? Do café... porque tem gente que deixa pra escovar depois que toma o café, mas é errado, né? Acorda com a boca suja, tem que escovar... e passar usar o fio dental. Eu comecei a usar o fio dental tem pouco tempo, eu não minto não, por causa que eu não tinha costume, ai depois o meu esposo começou a fazer tratamento de dente que ele comprou ai todo mundo ta usando o fio dental.” (sexo feminino – G2)

Por outro lado, Kovalski, Freitas e Botazzo (2006) argumentam que o estudo dos dentes e da boca, como órgãos funcionais e naturalmente dispostos, esconde uma trama de desejos e sentimentos. É preciso mais que a ciência cartesiana para compreender a produção da subjetividade da boca. Uma discussão que ultrapasse os limites da odontologia é requisitada. O fato de associar saúde bucal à higienização e cuidado bucal, reconhecendo a importância destes, nem sempre resulta na efetivação destas ações, pelos sujeitos. É preciso mais que reconhecer a necessidade de manter a boca limpa e saber como higienizar, é preciso querer fazê-lo.

5.2.3.2 Subcategoria 2- Boa alimentação

Para alguns entrevistados, a saúde bucal depende de uma boa alimentação e pode ser prejudicada pelo consumo de alimentos com alta concentração de açúcar.

“Evitar muitos doces, muita bala, essas coisa também, né? Prejudica muito os dente. Como aquele pequenininho ali meu, que eu tive trabalho com ele.” (sexo feminino – G1)

“... comer coisa saudável.” (sexo feminino – G1)

“Não comer muito doce que isso acaba com os dente.” (sexo feminino – G2)

Os entrevistados associam o adoecimento bucal a uma alimentação inadequada, caracterizada principalmente pela ingestão de alimentos doces e ausência de alimentos considerados saudáveis. Esta representação parece angustiá-los, por pressupor abstenção do prazer obtido pelo consumo dos doces, somada à dificuldade financeira para custear os alimentos “permitidos”.

A dificuldade na adoção de uma alimentação mais saudável pode estar associada à condição socioeconômica da população, considerando que os carboidratos são os alimentos mais

baratos e acessíveis à população. Além disso, há o forte apelo das campanhas publicitárias que impulsionam o consumo de guloseimas; a redução do tempo destinado ao preparo dos alimentos pelas mães, que agora cumprem dupla jornada de trabalho e, por isso, aumentou o consumo de produtos industrializados; e, por fim, a existência em nossa cultura de associação entre doces e a satisfação de necessidades de prazer e afeto ou de compensação às frustrações (CORBACHO, 2001).

Em estudo realizado por Abreu, Pordeus e Modena (2005), foi observado que as entrevistadas identificavam a associação entre certos alimentos e a cárie dentária. Especificamente em relação aos hábitos dietéticos, os alimentos chamados “doces” como chicletes, balas, chocolates eram considerados os mais danosos.

Unfer e Salibab (2000) verificaram que, de acordo com as respostas dos seus entrevistados, a influência da dieta na ocorrência e na prevenção da cárie dentária assumia um papel secundário no processo. Os aspectos ligados à dieta, nessas respostas, estavam relacionados apenas à ingestão, não mostrando ter relação com a frequência ou a consistência dos alimentos. É notório que as maciças campanhas dos fabricantes de doces, promovendo seus produtos como sendo naturais, socialmente aceitáveis e ligados a demonstrações de afeto, competem com grande vantagem sobre as mensagens educacionais a respeito do consumo do açúcar e da saúde bucal.

Os resultados encontrados neste estudo sugerem que, apesar dos entrevistados reconhecerem a importância da dieta na saúde bucal, provavelmente, ainda não compreendem como e por que a influenciam.

5.2.3.3 Subcategoria 3 - Ir ao dentista

A maioria dos entrevistados considera importante ir ao dentista para manter a saúde bucal.

“Ir sempre ao dentista, né? Para verificar se está tudo normal.” (sexo masculino – G1)

“A pessoa ir regularmente ao dentista também, né, que isto faz parte, né?” (sexo masculino – G2)

“Ir no dentista regularmente.” (sexo feminino – G2)

Observa-se que o contato dessa população com o cirurgião dentista não é frequente e ocorre, muitas das vezes, em situações de emergência, quando as ações educativas, usualmente, não se estabelecem. Apesar disso, associam a ida ao dentista à manutenção da saúde bucal e reconhecem sua importância. Alguns depoimentos favorecem a explicação desta aparente contradição:

“Ir no dentista... mas a gente não pode pagar, como que vai? Poderia ser mais barato, é muito caro.” (sexo feminino – G2)

“... É. Acho que procurar um dentista quando puder também. Porque aqui no nosso bairro mesmo a gente não tá podendo não. Acho que é isto. Nossa, uai, eu tive lá com a minha menina foi semana passada agora, porque eu mandei ela pra escola, ela voltou por causa de dente estragado, começou a doer muito. Era pra mim levar no posto, eu não consegui. Não consegui nem que olhassem a boca dela.” (sexo feminino – G1)

Para essa população, o acesso ao tratamento odontológico parece difícil. A baixa renda restringe a busca de atendimento na rede privada e a demanda para a rede pública parece ser maior do que ela pode oferecer.

Para avaliar a situação de utilização e acesso aos serviços de odontologia no Brasil e estudar diferenciais entre os estratos socioeconômicos, Barros e Bertodi (2002) utilizaram dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, realizada pelo IBGE. A análise, que levou em conta o desenho amostral, indicou um nível baixo de utilização de serviços odontológicos. Cerca de 4% dos que procuraram atendimento odontológico não o obtiveram, 8% dos quais entre os mais pobres e 1% entre os mais ricos. A maioria (68%) dos atendimentos do grupo mais pobre foi financiada pelo SUS, enquanto 63% deles foram pagos pelos mais ricos. As maiores desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos foram encontradas, exatamente, nos grupos de menor acesso ou utilização. Os autores concluíram que a participação do SUS nos atendimentos odontológicos é muito mais baixa do que na atenção médica.

Domingues (2006) também abordou a questão das desigualdades na utilização e acesso aos serviços odontológicos como fator de interferência na decisão de suas entrevistadas de ir ou não ao dentista. No entanto, observou que, por mais que ainda existam desigualdades, os indivíduos acreditam estar mais fácil, hoje, ir ao dentista, do que antigamente. Para a

população estudada, a decisão da procura ao atendimento odontológico (público ou privado) também está associada à humanização e competência dos serviços oferecidos.

Tais observações podem ainda corroborar os resultados quantitativos da caracterização socioeconômica e condição epidemiológica. Apesar de apresentarem menor renda, as famílias do Grupo 1 procuraram com mais frequência os serviços odontológicos, quando comparadas ao Grupo 2, possivelmente pela assistência ampliada, oferecida a estas famílias (PPIF +ESF).

5.2.4 Categoria 03: Responsável pela saúde bucal

Essa categoria identifica a percepção dos indivíduos sobre quem é o responsável pela saúde bucal das pessoas.

5.2.4.1 Subcategoria 1- A própria pessoa

A maioria dos entrevistados atribui a si mesmo a responsabilidade em relação à sua saúde bucal.

“É a pessoa mesmo, porque é a pessoa que escova, é a pessoa que é responsável...” (sexo feminino – G1)

“A gente mesmo. Se eu não cuidar de mim quem vai cuidar?” (sexo masculino – G1)

“Primeiro a própria pessoa, né? Tem que se cuidar.” (sexo feminino – G2)

Pode-se observar que esta população reconhece sua responsabilidade em relação à sua saúde bucal. O cuidado com o corpo é naturalmente compreendido como uma responsabilidade individual; uma vez que esta população associa a saúde bucal ao cuidado/higiene, é esperado que ela se responsabilize por esse cuidado/higiene.

Entretanto, como ponderam Abreu, Pordeus e Modena (2005), sem se opor à necessidade universal de cuidar do corpo, especificamente na odontologia, há uma ideologia por trás dessa questão. Na medida em que as normas de higiene são prescritas para toda a sociedade, as pessoas adoecem por culpa ou “descuido da pessoa”, como mostram vários estudos qualitativos em saúde bucal. Por consequência, o grande responsável pelo adoecimento bucal é o próprio indivíduo. Tal paradigma pode ser observado no depoimento, a seguir:

“Só se hoje eu tenho que fazer tratamento, é porque não teve os cuidados com os dente, então eu sou culpado dos dente ta ai do jeito que ta hoje.” (sexo masculino – G1)

Ao se culpar o doente pelas suas enfermidades devido ao seu comportamento, encobre-se algumas vezes, o fracasso das políticas de saúde em lidar com os fatores sociais, econômicos e ambientais inerentes ao processo saúde/doença.

Essas representações sobre saúde bucal, como sendo algo fundamentalmente endógeno e de responsabilidade individual, pressupõem a existência de uma sociedade equilibrada e passível de controle pela vontade individual. No entanto, a nossa estrutura social, longe de ser igualitária, impossibilita, muitas vezes, que as escolhas saudáveis sejam as mais fáceis de serem adotadas (ABREU; PORDEUS; MODENA, 2005)

“Mas às vezes a gente não tem condições, né? Porque às vezes tem pessoas, igual eu tenho uma prima, ela usa dentadura. Meus tios é, né...não tinham condições. E ela culpa eles: - culpados de eu estar usando dentadura são vocês. E minha tia fala pra ela, oh ... naquela época eu dava vocês farinha com água pra comer porque não tinha o que comer. E ela chora, ela reclama e culpa minha tia e meu tio.” (sexo feminino – G2)

Se, por um lado, o trabalho de cuidar é uma atividade inerente ao ser humano, por outro, as dificuldades impostas pela sociedade para a realização de tais atividades não podem ser negadas. A prática de atividades educativas em saúde de cunho problematizador que consigam fazer um elo entre o trabalho de cuidar e os aspectos sociais, pode ser um caminho para a solução de tais questões.

5.2.4.2 Subcategoria 2 - Os pais

Estimular a aquisição e a transmissão de hábitos saudáveis de higiene dos pais para seus filhos é uma das medidas de Promoção da Saúde. O ambiente familiar pode ser considerado como importante modificador e multiplicador das informações, uma vez que a criança segue o exemplo dos pais. Além da importância de tornar o filho/indivíduo um participante motivado e ativo na tomada de decisão em direção à manutenção da sua saúde (RAJAB et al., 2002).

O discurso de um pequeno grupo revelou que o responsável pela saúde bucal são os pais.

“Primeiro os pais e as mães e depois as próprias pessoas.” (sexo masculino – G2)

“Cada um. Cada um é responsável pela sua boca. Agora no caso da gente que é mãe, a gente é responsável pela boca do filho da gente.. porque as vezes ele nem sabe né, qual que é... o que que tem que fazer pra manter a boca limpa.” (sexo feminino – G2)

É possível observar que, para esse grupo, saúde bucal não é considerada um estado, mas a atividade de cuidar do corpo. Reconhecem também que, como as crianças estão sob a responsabilidade dos pais, estes, em consequência, devem responder por sua saúde bucal. A princípio, pode causar certa estranheza o fato de tão poucas pessoas mencionarem a responsabilidade paterna/materna sobre a saúde bucal de seus filhos. No entanto, vale ressaltar que a pergunta feita foi: “Quem é o responsável pela saúde bucal das pessoas?” Não havia menção a crianças e sim ao próprio entrevistado, como sujeito/objeto da pergunta.

De acordo com Domingues (2006), o relato de mães entrevistadas, pertencentes a uma população de baixa renda, sobre saúde e meios de verificar e garantir a saúde de sua família reflete não apenas seus pensamentos, mas, sobretudo sua vivência no papel de zelar pela saúde daqueles que estão sob sua responsabilidade em casa.

É necessário estimular os pais a adotarem o comportamento desejado e não só transmitir informações sobre como deveriam cuidar da saúde bucal de seus filhos. Isso implica na necessidade de inclusão dos pais ou responsáveis nas ações de saúde bucal promovidas pelas políticas de saúde pública, aliando-se oferta de serviço odontológico. Sensibilizados, estes pais ou responsáveis poderão atuar como agentes multiplicadores de informações sobre saúde bucal e manutenção do elo família-profissional.

5.2.4.3 Subcategoria 3 – Dentista

A maioria dos entrevistados atribuiu ao cirurgião-dentista a responsabilidade sobre a saúde bucal das pessoas.

“É, eu acho que o dentista é responsável também pela saúde das nossas bocas” (sexo masculino – G1)

“É os dentista, né?” (sexo feminino – G2)

O cirurgião-dentista é o profissional da saúde que interfere diretamente na cavidade bucal, promovendo ações preventivas e curativas. Em decorrência, ele pode personificar, para a população, o cuidado com a saúde bucal.

De fato, esse é, ou deveria ser o intento de todo estudante ao ingressar no curso de odontologia; uma vez que, em sua colação de grau, ele prometerá:

No momento em que sou admitido como Cirurgião-Dentista, juro consagrar minha vida a serviço da humanidade. Ter para com meus mestres respeito e gratidão. Exercer a minha profissão com dignidade e consciência. **Ter a saúde do meu paciente como minha maior preocupação**¹⁴. Respeitar os segredos que me forem confiados. Manter, por todos os meios ao meu alcance, a honra e as nobres tradições da Odontologia. Considerar meus colegas como irmãos. Jamais permitir que preconceitos de religião, nacionalidade, raça, credo político ou situação social se interponham entre meus deveres e meu paciente. Conservar o máximo respeito à vida humana. Nunca empregar meus conhecimentos contra a lei dos humanos. Faço este juramento para honra minha, solene e livremente (OMS apud ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS – APCD, 2012).

A motivação e a educação para a saúde bucal e a prevenção da doença constituem responsabilidades do cirurgião-dentista, considerando que, se por um lado, a higiene bucal pode ser de responsabilidade individual, as ações de saúde, tanto educativas quanto curativas, visam propiciar aos sujeitos uma melhor qualidade de vida, inclusive, interferindo em seus hábitos pessoais (MELLO, 2009).

Segundo Unfer e Salibab (2000), acreditar que as falhas na melhoria da saúde sejam dos pacientes, mais do que dos cirurgiões-dentistas, exime a prática odontológica e a própria sociedade de questionar o papel que desempenham na produção das doenças. A formação do profissional de saúde deveria passar necessariamente por um processo que possibilitasse o desenvolvimento de seu espírito crítico e do seu papel de educador, além da sua capacidade humanizadora das relações entre o poder, o saber e o fazer.

5.2.4.4 Subcategoria 4 – Estado

Apenas alguns entrevistados responsabilizam o Estado pela saúde bucal das pessoas. Isso pode sugerir que muitos destes indivíduos ainda não se apropriaram completamente de seus direitos, enquanto cidadãos.

¹⁴ Grifo nosso

“Acho que as autoridade, né? Porque no caso, eles que faz o pedido pros dentistas trabalhar né? procuram.”(sexo feminino – G1)

“E também a saúde pública, apesar que a gente não tá podendo contar muito com ela mais, né?” (sexo feminino – G1)

“Mas os órgãos competentes também, eu acho que seja um pouco responsável, né?” (sexo masculino – G2)

A Constituição de 1988 representa um enorme avanço ao reconhecer, pela primeira vez, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Em termos constitucionais, a saúde deve ser garantida mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A exequibilidade desse pressuposto em um dado projeto de ação estatal requer que a responsabilidade pela situação de saúde não seja apenas setorial e que as políticas econômicas e sociais estejam orientadas para a redução de riscos para a saúde (MACHADO, 2007).

De acordo com Lefevre e Lefevre (2007), a saúde pode ser entendida a partir de três pontos de vista: dos indivíduos, do sistema produtivo e do ponto de vista técnico. Para o pensamento sanitário que se guia pelos princípios da Promoção de Saúde, há um posicionamento político diante desta problemática que consiste na tarefa de empoderar o elo mais fraco deste triângulo, que é justamente o ponto de vista do indivíduo. Por outro lado, o profissional de saúde também precisaria ser empoderado, na medida em que talvez não esteja devidamente consciente de que hoje, o simples fato de ser profissional de saúde não dá a este sujeito nenhuma garantia definitiva de que a sua mensagem seja entendida e adotada.

Em decorrência, pode-se pensar que, para que as políticas públicas de saúde bucal possam contemplar efetivamente as demandas dos indivíduos ao longo do ciclo da vida, é necessária a formação adequada dos responsáveis por produzir saúde para que possam favorecer o empoderamento, ainda não estabelecido, dos indivíduos e coletividades. Estes, por sua vez, se constituirão também em atores capazes de usufruir destas políticas e de estabelecerem representações sobre saúde que de fato satisfaçam o conceito de saúde pretendido pela OMS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu observar a realidade das famílias pesquisadas, em seu próprio território. Ao visitar, examinar e entrevistar as pessoas, em seu domicílio, foi possível identificar não apenas as condições de seus dentes e das demais estruturas bucais, mas também conhecer onde vivem, como vivem e como percebem a influência de sua saúde bucal, no cotidiano. Apesar da impossibilidade de encontrar todos os membros das famílias em todas as residências, ao mesmo tempo, o que se caracteriza como uma das limitações deste estudo, a sua receptividade e boa vontade em colaborar facilitaram a aproximação e realização do trabalho.

As características sócio-demográficas revelam uma população de adultos jovens (média de idade 33,5 anos (dp $\pm 15,4$), com predominância de indivíduos do sexo feminino, de baixa renda, pequena escolaridade e condições de moradia inadequadas. Suas residências possuem poucos cômodos e alojam, em sua maioria, tanto os membros da família como, em alguns casos, seus animais domésticos. Suas bocas não diferem muito de suas casas, acomodam dentes cariados, extraídos e restaurados em profusão e registram histórias de dor e sofrimento.

O exame epidemiológico da cavidade bucal dos indivíduos, resguardadas as devidas proporções, evidencia o mesmo desequilíbrio encontrado no ambiente: na casa, eletrodomésticos novos entre móveis e utensílios velhos e quebrados; na boca, dentes restaurados, muitas vezes recobertos por cálculo, entre outros dentes cariados ou isolados pela ausência dos vizinhos e/ou antagonistas.

Entre os indivíduos do Grupo 1, o índice de CPO-D apresentou uma média de 19,5 (dp $\pm 11,9$), o cálculo estava presente em 91,7% dos examinados e não foi registrado nenhum caso de edentulismo. Em relação ao uso de prótese, 8,3% usavam algum tipo de prótese superior e 5,6% usavam algum tipo de prótese inferior. A necessidade de algum tipo de prótese superior foi registrada em 11,1% dos casos, enquanto em 38,9% deles, foi observada a necessidade de algum tipo de prótese inferior.

O exame epidemiológico dos indivíduos do Grupo 2 revelou um índice de CPO-D médio de, presença de cálculo em 65,6% dos examinados e 4 casos de edentulismo (12,5 %). Neste grupo, 31,3% usavam algum tipo de prótese superior e 9,4% usavam algum tipo de prótese

inferior. Entre eles, 21,9% necessitavam de algum tipo de prótese superior e 50% necessitavam de algum tipo de prótese inferior.

Quando comparados os dois grupos estudados, em relação às características socioeconômicas, história odontológica e condição epidemiológica, foram observadas as seguintes diferenças:

- A renda familiar, indicador relevante por se tratar de fator condicionante de saúde e por ela influenciada, apresentou-se diferente entre os dois grupos. O grupo 1 tinha menor renda, a maioria não residia em casa própria e apresentava maior número de moradores por domicílio. Como o público alvo para as atenções do PPIF é exatamente o que vive em condições de vulnerabilidade socioeconômica, este resultado não foi surpresa.
- O grupo 1 apresentou média de idade menor que a do grupo 2, porém maior nível de escolaridade. É possível supor que as ações de promoção do PPIF podem estar interferindo no aumento no nível de escolaridade deste grupo.
- A presença de dor nos últimos seis meses anteriores ao estudo foi maior no grupo 1. Uma leitura apressada deste dado poderia induzir à crença de ser esta a razão deste grupo ter frequentado mais o consultório odontológico do que o grupo 2. Entretanto, a oferta de atendimento odontológico e encaminhamento disponibilizados pela PPIF, apesar de restritos, possivelmente contribuíram para essa maior frequência. Pode-se inferir, ainda, que a ESF não consegue suprir, sozinha, as necessidades de acompanhamento clínico odontológico dessas famílias.
- Enquanto o índice CPO-D encontrado não apresentou diferenças significativas entre os dois grupos, a presença de cálculo foi maior no grupo 1 e todos os casos de edentulismo registrados pertenciam a indivíduos do grupo 2. Por outro lado, entre os que usavam algum tipo de prótese superior, 76,9% pertenciam ao grupo 2.

Tais diferenças evidenciam que podem ocorrer variações no perfil de grupos familiares que coabitam o mesmo território geográfico. O grupo 1 demonstrou constituir um território estabelecido além do espaço geográfico, a partir das relações existentes entre os indivíduos e a Instituição (PPIF) que, por sua vez, se interpõe como um nó onde acontece a interseção das atividades deste grupo.

A identificação e reconhecimento desta interposição dos territórios e das variáveis existentes entre seus atores em uma única área adscrita pode favorecer o planejamento e implementação de ações de promoção de saúde, de acordo com as particularidades e singularidades de cada grupo.

Os entrevistados, entre os dois grupos, reconheciam sua necessidade de tratamento odontológico e esta parece ser a grande propulsora para a busca dos serviços de saúde. Apesar de a maioria registrar alguma experiência odontológica, as visitas ao dentista eram espaçadas e motivadas pela dor, extração e restaurações. No entanto, quando foram atendidos, consideraram este atendimento bom/ muito bom. Tanto suas respostas como suas estruturas bucais revelaram a presença de alguma atenção odontológica. Seu elevado índice de CPO-D era construído a partir do grande contingente de dentes extraídos e restaurados, o que denota intervenção odontológica. Se, por um lado, os serviços de saúde bucal disponíveis parecem não absorver a demanda dessa população, por outro, é possível questionar-se o quanto estes indivíduos estão disponíveis para procurar tais serviços.

As representações sociais dos entrevistados sobre saúde bucal e sua promoção estão associadas à higiene, denotando que saúde bucal não é considerada um estado, mas uma atividade. Em acréscimo, beleza, não sentir dor, poder sorrir e não ter mau hálito constroem em conjunto, as representações destas pessoas, sobre saúde bucal. Seu discurso revela um desejo forte de ter saúde bucal, tal como eles a compreendem, associado a uma igualmente forte desesperança em alcançá-la. Para muitas dessas pessoas a realidade apresenta uma série de possibilidades que lhes é negado alcançar ou desenvolver.

Elas se reconhecem e autointitulam responsáveis por sua saúde bucal, apontando a higienização como forma de sua promoção. No entanto, não a realizam efetivamente. E se culpam por isso. Atribuem esta responsabilidade também aos dentistas, ao Estado e aos pais. Porém, também se entrevê um ressentimento e sensação de abandono. Falam da dificuldade de procurar o dentista “particular”, por razões financeiras e o “público” pela falta de vagas. Poucos sugerem reconhecer, em sua fala, a dimensão do papel do Estado na promoção de Saúde Bucal e não parecem preparados para lutar por ela, por desconhecimento ou descrença.

Em síntese, o paradoxo está presente em cada resultado obtido, denotando a complexidade desta realidade.

A proposta da ESF parece vir ao encontro das necessidades destas pessoas. Sua filosofia de ações intersetoriais, acolhimento e aproximação, em seu próprio território, constitui grandes possibilidades de promoção de saúde bucal. No entanto, tal efeito ainda permanece no terreno das possibilidades. A inserção da equipe de saúde bucal na ESF é relativamente recente e é natural que seus efeitos não possam, por enquanto, ser obtidos na integralidade. Entretanto, mais que paciência, observa-se também a necessidade de adequação dessas equipes a esta filosofia, tanto nos aspectos quantitativos, quanto qualitativos.

Neste estudo, buscou-se conhecer as representações sociais sobre saúde bucal e sua promoção entre os usuários dos serviços de saúde e do PPIF. No entanto, as representações não diferiram entre os grupos. Foi possível perceber que o conhecimento dessas representações pode facilitar a abordagem destas famílias e a condução dos programas e ações voltados a elas.

Não se objetivou, aqui, identificar as representações sociais construídas entre as equipes de saúde e os atores do PPIF, o que se constitui uma limitação deste estudo. A compreensão deste contexto de uma forma ampliada depende também, do conhecimento dessas representações. Não apenas suas representações sobre saúde, mas também suas representações sobre as representações dos usuários. O confronto entre elas pode criar uma coreografia de antagonismo e estranhamento que resulte em redundância e ineficiência?

Tais considerações sugerem a realização de estudos que verifiquem estas representações entre gestores, agentes e usuários dos serviços de saúde e as relações estabelecidas entre elas.

A participação do PPIF na vida das famílias do grupo 1 pode ser percebida durante todo o processo de realização deste estudo. As diferenças entre os dois grupos, embora sutis, parecem bastante favoráveis ao grupo 1. Foi possível considerar a importância da Instituição na dura realidade desses indivíduos e as possibilidades desenvolvidas por ela junto a essas famílias.

A comparação entre os dois grupos estimula o desenvolvimento de novas pesquisas envolvendo e estudando a ação de outros programas institucionais e até deste mesmo programa, em outras regiões.

A realização deste estudo permitiu concluir que a conjugação de ações entre as várias forças que incidem sobre o território podem contribuir para a melhoria da saúde bucal dos indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; Modena, C. M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p. 245-259, 2005.
- AL-MUDAF B. A., MOUSSA M. A. A., AL-TERKY M. A., AL-DAKHIL G.D., EL-FARARGY A.E., AL-OUZAIRI, S. S. Patient satisfaction with three dental speciality services; a centre-based study. **Medical Principles and Practice**.; n.12, p. 39-43, 2003.
- ANDRADE C. M. J. **Representações de saúde-doença e alternativas terapêuticas em bairros da periferia de Belo Horizonte (1994-1996)**. 1996. Dissertação (Mestrado). Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1996.
- AQUINO R. C., PHILIPPI S. T. Consumo infantil de alimentos industrializados e renda familiar na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**; v.36, n.6, p. 655-660, 2002.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p.127-14, 2002.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES-DENTISTAS (APCD). **Juramento da Organização Mundial de Saúde. Disponível em** <http://www.apcd.org.br/index.aspx?Pagina=Juramentos.html> . Acesso em: 14 maio 2012
- AUSTIN P. C., TU J. V. Bootstrap methods for developing predictive models. Comment by Sauerbrei, Royston, and Schumacher and reply. **The American Statistician**, n.58, p.131-137, 2004.
- BALDANI, M. H.; BRITO, W. H. LAWDER, J. A. C.; MENDES, Y. B. E.; SILVA, F. F. M.; ANTUNES, J. L. F. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.13, n.1, p. 150-62, 2010.
- BARBATO, P. R.; NAGANO, H. C. M.; ZANCHET, F. N.; BOING, A. F.; PERES M. A. 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). **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.8, p. 1803-1814, 2007.
- BARBOSA, A. A., BRITO, E. W. G., COSTA, I. C. C. Saúde bucal no PSF, da inclusão ao momento atua I: pecepções de cirurgiões-dentistas e auxiliares no contexto de um município. **Ciência Odontológica Brasileira**. v. 10, n.3, p. 53-60, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Setenta Limitada, 1997.
- BARISTELA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: **O território e o processo saúde-doença**. FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D.A. (Org.). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. P25-49

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.4, p.709-717, 2002.

BARTOLE, M. C. S. **Da Boca Cheia de Dentes ao Brasil Sorridente: Uma Análise Retórica da Formulação da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2006. 130f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

BERND B.; SOUZA C. B.; LOPES C. B.; PIRES FILHO F. M.; LISBOA I. C.; SOUZA L. N.S.; PIGNONE O. A. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**. n. 34, p. 33-39, 1992.

BESEN, C. B. ; NETTO, M. S. ; DA ROS, M. A. ; SILVA, F. W., SILVA, C. G. PIRES, M. R. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, 2007.

BOTAZZO, Carlos. A bucalidade no Contexto da Estratégia da Saúde da Família: Ajudando a Promover Saúde para Indivíduos, Grupos e Famílias. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 81 - 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 1988. 137 p.

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: 1.ª etapa: cárie dental: projeto**. Brasília - DF, 1996a.

BRASIL. Sistema Único de Saúde – SUS. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”**. BRASÍLIA - DF. Publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde 2002. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS..** Disponível em: URL: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48>. Acesso em: 26 março 2012]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 - Resultados Principais -Série C. Projetos, Programas e Relatórios**. Brasília - DF, 2004a.

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 - DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília - DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica 4.ª edição Série E. Legislação de Saúde Série Pactos pela Saúde 2006**, v. 4. Brasília - DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **SAÚDE BUCAL: Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica - n.º 17**. 1ª edição 1ª reimpressão Brasília – DF 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Proposta de Projeto Técnico para Consulta Pública**. Brasília - DF, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988** . 12.ed. .— Belo Horizonte : Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais , 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. **SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - Resultados Principais**. Brasília - DF, 2011.

BRITO, F. S. Mulher chefe de família: um estudo de gênero sobre a família monoparental feminina revista acadêmica multidisciplinar. **Revista Urutágua**. n. 15, p.42-52, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

CALADO, G. S. A Inserção da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família: Principais Avanços e Desafios. 2002. 137f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CAMARGO, M. B. J.; DUMITH, S. C.; BARROS, A. J. D. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.9, pp. 1894-1906, 2009.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix. 2001.

CARNEIRO A. M. O. **Percepções em Saúde bucal: valores, atitudes e problemas de um grupo de pessoas residentes na área rural de Brazilândia – DF**. 2001. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

CARVALHO, I. M. M.; ALMEIDA, P. H. Família e proteção social. **São Paulo em Perspectiva**, v.17, n.2, p.109-122, 2003.

CASOTTI, E. **Odontologia no Brasil: uma (breve) história do pensamento sobre o ensino**. 2009. 98 f. Tese (Doutorado), Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CHRISTENSEN, L. B. Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. **Community Dental Health**, n.20, p. 229-235, 2003.

COELHO-FERRAZ, M. J. P.; VALVASSORI, A.; OLIVEIRA, R. A. Estudo da Odontologia como ciência da vida. **Revista de bioética**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2011.

CORBACHO, M. M., SOUZA, F. A., ROCHA M. C. B. S., CANGUSSU, M. C. T.; ALVES A. A. N. Percepção da saúde bucal- Uma análise de famílias participantes do programa de saúde, Salvador-BA. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia**, n. 22, p. 6-11, 2001.

CYPRIANO, S; SOUSA, M. L R.; WADA, R. S. Avaliação de índices CPOD simplificados em levantamentos epidemiológicos de cárie dentária. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.2, p. 285-292, 2005.

DOMINGUES, S. M. **Saúde bucal e tratamento odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço de saúde**. 2006. 124 f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina de Riberão Preto. Universidade de São Paulo, Riberão Preto, 2006.

REIS, S. A. B; ABRAO, J.; CAPELOZZA FILHO, L.; CLARO, C. A. A. Análise Facial Subjetiva. **Revista Dental Press de Ortodontia e Ortopedia Facial**, v.11, n.5, p. 159-172, 2006.

FADEL, C B; SALIBA, N. A. As representações sociais como instrumento de informação para a saúde bucal coletiva RGO. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 58, n. 4, p. 521-526, 2010.

FARIAS, M. R. **Análise da integração da equipe de saúde bucal no programa saúde da família**. 2009. Dissertação (Mestrado). Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará, 2009.

FERREIRA, A. A. A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C. W. A.; ALVES, M. S. C. F.. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p. 211-218, 2006.

FERNANDES, E. T. P.; FERREIRA, E. F. Consciência do Direito ao Atendimento Odontológico entre Usuários de uma Clínica de Ensino. **Revista Saúde e Sociedade**, v.19, n.4, p.961-968, 2010.

FERNANDES M. L. M. F. **Análise comparativa das percepções em saúde bucal de adolescentes grávidas e não grávidas: um ponto de partida para a promoção em saúde bucal**. 2002. 198f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

FLEISS, J.L. **Statistical Methods for Rates and Proportions**. 2 ed. New York: John Wiley, 1981.

FRANCO, M. L. P. B. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 169-186, 2004.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P.C. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública., , v. 33, n. 81, p. 64-71, 2009.

GALVÃO, A. R. G.; FRANÇA, F. M.; BRAGA, L. C. O território e a territorialidade: Contribuições de Claude Raffestin. In: SAQUET, M.A.; SOUZA, E.B.C. (org.). **Leitura do conceito de território e de processos espaciais**. São Paulo: Expressão Popular, 2009. p. 33 - 46.

GESSER, Hubert Chamone; PERES, Marco Aurélio and MARCENES, Wagner. **Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos**. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n.3, p. 289-293, 2001.

GOYA, S. **O modelo de implementação da Equipe de Saúde Bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) no município de Maringá – PR**. 2007. 415f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia de Baurú da Universidade de São Paulo, Baurú, 2007.

GROISMAN, S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. D. A Evolução da Atenção à Saúde no Brasil: O Contexto da Saúde Bucal. *Cadernos da ABOPREV*, n. II. Maio, 2005.

HACK-COMUNELLO, S. M.; MICHEL-CROSATO, E.; BIAZEVIC, M. G. H.; CROSATO, E. Dor Dental e Condição Sócio-Econômica. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 8, n.1, p.63-67, 2008.

HAESBAERT, R. **O mito da desterritorialização: do ‘fim dos territórios’ à multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores 2009**. Rio de Janeiro, 2010a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese dos Indicadores Sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro, 2010b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios - Resultados do universo*. Rio de Janeiro, 2011.

JODELET, D. As representações sociais: um domínio em expansão. In: D Jodelet, organizador. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002. p. 17-44.

KOVALESKI, D. F.; FREITAS, S. F. T., BOTAZZO, C. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n.1, p.97-103, 2006.

LACERDA, J. ; SIMIONATO, E. M.; PERES, K. G.; PERES, M. A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. *Revista de Saúde Pública*, v.38, n.3, p. 453-458, 2004.

LAWDER, J. A. C.; MENDES, Y. B. E.; SILVA, L. C., ANDRADE, D. K. D., ROCHA, L. M.; ROGALLA, T. M. FADEL, C. B.; BALDANI, M. H.. Conhecimento e Práticas em Saúde

Bucal Entre Usuários de Serviços Odontológicos. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.8, n.3, p. 321-326, 2008.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Saúde como negação da negação - uma perspectiva dialética. **Physis**, v.17, n.1, p. 15-28, 2007.

LISBOA, I. C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, v.15, n.4, p. 29-39, 2006.

MACEROU, R. T. P. **Representação social do cirurgião dentista e o comportamento infantil, face ao tratamento odontopediátrico**. 2004. 141f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Psicologia Campo Grande, Universidade Católica Dom Bosco, 2004.

MACHADO, CV. **Direito Universal, Política Nacional: o papel do Ministério da Saúde Brasileira de 1990 a 2002**. Rio de Janeiro: Museu da República; 2007.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MAROCCHIO, L. S.; CONCEIÇÃO, M. D.; TÁRZIA, O. Remoção da Saburra Língual: Comparação da Eficiência de 03 Técnicas. **Rev Gau Odontol** 2009; 57(4): 443-8.

MARTINS, A. M. E. B L.; MELO, F. S.; FERNANDES, F. M.; BOA SORTE, J.Á. COIMBRA, L. G.A.; CARVALHO; R. B. Levantamentos epidemiológicos brasileiros das condições de saúde bucal. **Unimontes Científica**, v. 7 n.1, p. 72-9, 2005.

MATOS, F. T. . ; TELES, J. B.; SOUSA, C. M. M.; RAMOS , M. N.; MOURA, L. KELLE B. Representações Sociais do sorriso. Painel. In: Jornada de Iniciação Científica – I Mostra de pesquisa da Pós-graduação. Associação de Ensino Superior e Tecnológico do Piauí - AEST Faculdade de Saúde. Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí - NOVAFAPI Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação – CPPG . 2006. **Trabalhos...** http://www.novafapi.com.br/eventos/jic2006/trabalhos_poster.htm acesso em: 24 abril de 2006.

MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. A inserção da saúde bucal no Programa Saúde da Família: da universidade aos polos de capacitação. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1538-1544, 2004.

MEDEIROS, E. **Os Centros de Especialidades Odontológicas como Suporte da Atenção Básica**. 2007. 157f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós – graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2007.

MELLO, S. M... **Cirurgiões-dentistas docentes dos cursos de odontologia do estado da Bahia, 2008-2009: estudo sobre formação e desempenho pedagógico**. 2009. Dissertação (Mestrado). 183f. Faculdade de Odontologia. Programa de pós-graduação em Odontologia. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

MENDONÇA, T.C. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cadernos de Saúde Pública**, v.17, n.6, p.1545-1547, 2001.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2007.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARECHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. **Textos em representações Sociais**. Petrópolis - RJ: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é o SUS? Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/default.cfm>>, acesso em: 18 março 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

MOREIRA, R S. NICO, L. S.; TOMITA, N. E. A relação entre o espaço e a saúde bucal coletiva: por uma epidemiologia georreferenciada. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.275-284, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes,2009.

MOYSÉS, S. J.; GEVAERD, S.. A superação do sistema Incremental de Atenção a Escolares em Curitiba. In: SILVERIA FILHO, A. D.; DUCCI, L.; Simão, M. G.; MOISÉS, S. J.; GEVAERD, S. P. (Org.). **Os Dizeres da Boca em Curitiba – Boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis**. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. 2002. p.17-26.

MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L. Compreendendo a importância dos Ciclos da Vida Familiar. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p. 216-217.

MOYSÉS, S. T.; KUSMA, S. Promoção de Saúde e intersectorialidade na abordagem familiar. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.0, p. 247-257 .

NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de. Saúde Pública**, v.40, n.spe, p. 141-147, 2006.

NARVAI, P. C.; FRASÃO, P. Políticas de Saúde Bucal no Brasil. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S. J. (Org.). **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**. 1. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008, p. 01 - 20.

NARVAI, P. C.; ALMEIDA, E. S. O sistema de saúde e as políticas de saúde na produção científica odontológica brasileira no período 1986-1993. **Caderno de Saúde Pública**, v.14, n.3, p. 513-521, 1998.

OLIVEIRA, A. G. R. C; ARCIERI, R. MOREIRA ; UNFER, B. C.; COSTA, I. C. C.; MORAES, E. ; SALIBA ,N. A. Modelos Assistenciais em Saúde Bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. II n.1, p.09-10, 1999

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.19, n.55, p.180-186, 2004.

OLIVEIRA, M. L. S.; BASTOS, A. C. S. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. **Psicologia Reflexão Crítica**, v.13, n.1, p. 97-107, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Carta de Ottawa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde; 1986, p.11-8.

PAIXÃO, H. H.. Saúde e doença: um estudo de representação social. **Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia**, v. 23, n.1/2, p.9-17, 1986.

PATRÍCIO, A. A. R. **Impacto do Programa de saúde da Família sobre os indicadores de saúde bucal na população de Natal – RN**. 2007. 144f. Dissertação (Mestrado) Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Odontologia. Área de Concentração Odontologia Preventiva e Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

PAULETO, A. R. C.; PEREIRA, M. L. T.; CYRINO, E. G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p121-130, 2004.

PEDROSA, J. I. S.; TELES, J. B. M. Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. v.35, n.3, p.303-311, jun. 2001.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O Território No Programa De Saúde Da Família. **HYGEIA- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v.2, n.2, p.47-55, jun 2006.

PERES, S. H.C.; CARVALHO S., F.; CARAVALHO P., C.; BASTOS, J. R. M.; LAURIS, J. R. P. Polarização da cárie dentária em adolescentes, na região sudoeste do Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.2, p. 2155-62, 2008.

PERINI, E. O abandono do tratamento da tuberculose: transgredindo regras, banalizando conceitos. 1998. 218f. Tese (doutorado). Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do Poder**. São Paulo: Editora Ática, 1993.

RAJAB L. D.; PETERSEN; P. E.; BAKAEEN, G.; HAMDAN, M. A. Oral health behaviour of schoolchildren and parents in Jordan. **International Journal of Paediatric Dentistry**, n.12, p.168-76, 2002.

RIGO, L.; ABEGG, C.; BASSANI, D. G. Cárie dentária em escolares residentes em municípios do Rio Grande do Sul, Brasil, com e sem fluoretação nas águas. **Revista Sul - Brasileira de Odontologia**, v. 7 n.1, p. 57-65, 2010.

ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V. L. Satisfação com o atendimento odontológico: estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.1, pp. 43-49, 2008.

RODRIGUES, J. C. **O tabu do corpo**. 2.ed. Rio de Janeiro: Achiamé. 1980.

RONCALLI, A. G. Os Indicadores de Saúde estariam indicando o que se propõem a indicar? O caso do CPO-D. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA M. A. **Atenção básica no sistema único de saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Páginas e Letras Editora e Gráfica, 2008, p. 123 – 139.

RONCALLI, A. G. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.105-114, 2006.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.13, n.6, p. 1027-1034, 2005.

ROSENTHAL, E. **A odontologia no Brasil no século XX: História Ilustrada**. São Paulo: Santos; 2001.

ROTA, L. M.; QUELUZ, D. P.; MIALHE, F. L.. Programas educativos em saúde bucal para populações adultas. **Arquivos em Odontologia**, v. 44, n.03, 2008.

SÁ, C. P. Representações Sociais: O conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, MARY JANE P. (org.) **O Conhecimento do cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. São Paulo: Brasiliense, 2004. P.19-46.

SAMPAIO, C. E. M.; NESPOLI, V. Índice de Adequação Idade-Anos de Escolaridade Estatística . **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, v. 85, n. 209/210/211, p. 137-142, 2004.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**, 3 ed, São Paulo: Editora Mc Graw – Hill, 2006.

SANTANA M. L.; CARMAGNANI M. I. Programa saúde da família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. **Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, p. 33-53, 2001.

SANTANA, N. N.; ALMEIDA, S. C.; TOMAZINHO, L. F. Halitose: abra a boca sem receio. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v.10, n.2, 2006.

SANTOS, J. B.; SANTOS, M. S. C. Família monoparental brasileira. **Revista Jurídica**, v. 10, n. 92, p.01-30, 2008-2009.

SANTOS, S. R. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. **Jornal de Pediatria**, v.75, p.401-406, 1999.

SAQUET, M. C. **Abordagens e concepções de territórios**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Revista Saúde e Sociedade**, v.10, n.1, p.2-8, 2001.

SCELZA, M. F. Z., RODRIGUES, C., SILVA, V. S. Saúde bucal dos pacientes do programa interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia da UFF. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.58, n.5, p.351-354, 2001.

SCHNEIDER, S.; TARTARUGA, I. G. P. Território e abordagem territorial: das referências cognitivas aos aportes aplicados à análise dos processos sociais rurais. **Raizes**, v. 23, n. 01 e 02, 2004.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SEM, A. **Desenvolvimento como liberdade**. 7ed. São Paulo: Companhia das Letras (Editora SCHWARCZ), 2008.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.187-192, 2000.

SILVA, M. A. M.; SOUZA, M. C. A.; RODRIGUES, C. R. T.; BELLO, R. F. Condições de saúde bucal em escolares de Vassouras/RJ: uma pesquisa epidemiológica. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.12n. 1, p.52-56, 2010.

SILVA, S. R. C. **Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais**. 1999. 126f. Tese (Doutorado em Odontologia)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, M. R. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D; TAVARES, K. O. Resiliência e promoção da saúde. **Texto contexto – enfermagem**, v.14, n.spe, p.95-102, 2005.

SILVA, R. H. A; SALES-PERES, A. Odontologia: Um breve histórico. **Odontologia. Clínica-Científica**, v.6, n.1, p 7-11, jan/mar., 2007.

SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R. S. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 626-631, 2004.

SOARES, G. B.; BATISTA, R. M. B.; ZANDONADE, E.; OLIVEIRA, A. E. Associação da autopercepção de saúde bucal com parâmetros clínicos orais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 68, n. 2, p. 268-73, 2011.

SOUSA, R. **História da escova de dente**. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/curiosidades/historia-da-escova-de-dente.htm> . Acesso em: 21 abril 2012.

SUOMINEN-TAIPALE, A. L.; WIDSTRÖM E.; ALANEN, P.; UUTELA, A.. Trends in self-reported use of dental services among finish adults during two decades. **Community Dental Health**, n.17, p. 31-37, 2000.

TÁRZIA, O. **Halitose – Um desafio que tem cura**. 1ª ed. São Paulo: Epub, 2003.

UNFER, B.; SALIBAB, O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. **Revista Saúde Pública**, v.34, n. 2, p. 190-195, 2000.

VARGAS, A. M. D. **Políticas públicas e qualidade de vida: um estudo sobre a perda dentária**. 2002. 135f. Tese (doutorado). Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

VASCONCELOS, E. M. A Priorização da Família na Política de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

VASCONCELLOS, M. C. C. **Estudo dos serviços estaduais de odontologia de saúde pública do Estado de São Paulo, 1889-1980**. 1984. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

VERDI, M; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto contexto – enfermagem**, v.14, n.1, p. 82-88, 2005.

VIANA. A. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v.15(Suplemento), p.225- 264, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/FDI. **Oral health surveys: basic methods**. Genebra, 1997. 47p.

Wolf, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Revista da APCD**, v.52, n.4, p. 307-315, 1998.

ZILBOVICIUS, C. **A Saúde Bucal e o Sistema Único de Saúde: Integralidade Seletiva em uma Conjuntura Neoliberal, 2005**. 2005. 111f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Ao

Lar Fabiano de Cristo - UPI – Irmão Palminha

Att.: Maria Madalena F. Pinheiro (Supervisora)

Prezada Sra.,

Pretende-se realizar o projeto de pesquisa intitulado “*Intervenção no Ciclo da Vida: efetividade de programas de atenção integrada à família, na promoção da saúde bucal*” com o objetivo de verificar se existem diferenças entre a condição de saúde bucal de famílias que, além de inseridas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Governo Federal, são também atendidas por uma Instituição Social de Atenção Integral à Família e a de grupos familiares, vizinhos a elas, inseridos apenas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Governo Federal.

Este projeto atende a necessidade de dar prosseguimento ao desenvolvimento e consolidação da linha de pesquisa *Representações sociais em processos de saúde e doença*. Trata-se de uma Pesquisa vinculada ao *Grupo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade – SAIS* e ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada de Território, na área de concentração *Território, Sociedade e Saúde*.

O estudo aqui proposto será utilizado na orientação e preparação da dissertação de mestrado da estudante Andrea Barbosa do Valle Coelho. A referida estudante integra a equipe de pesquisadores e está regularmente inscrita na segunda turma do curso de Mestrado em Gestão Integrada do Território, da Universidade Vale do Rio Doce.

Para a realização deste projeto solicitamos a autorização para consulta aos registros das famílias cadastradas nesta UPI, por um período previsto de 30 dias. Estas informações serão utilizadas para contatar as famílias para que, caso concordem, participem da pesquisa.

Em relação aos dados obtidos, firma-se que:

- Os registros obtidos serão utilizados exclusivamente para a presente pesquisa;
- Será obedecido absoluto sigilo quanto a identificação dos indivíduos pesquisados e ao Lar Fabiano de Cristo;

- A pesquisa será desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme Resolução 196/96.
- A metodologia da pesquisa prevê exame bucal, aplicação de questionário e entrevista às famílias. Durante a participação, os indivíduos poderão recusar a responder qualquer pergunta ou participar de procedimento(s) que por ventura lhe causar (em) algum constrangimento. O exame bucal pode causar um pequeno desconforto pelo fato de que os indivíduos deverão permanecer alguns minutos com a boca aberta, bem como pelo manuseio de sua língua e introdução de instrumento de exame.

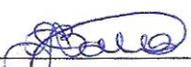
Este estudo pretende alcançar os seguintes benefícios:

1. Conhecimento do real quadro epidemiológico desta população, bem como sua qualidade de vida.
2. Encaminhamento dos participantes da pesquisa que necessitarem para tratamento odontológico no próprio serviço da Unidade Básica de Saúde (UBS), ou para as Clínicas Odontológicas da UNIVALE.
3. Possibilitar a criação de políticas públicas específicas e direcionadas à grupos familiares.
4. Elaboração de Material Institucional para a realização de estudos voltados para o desenvolvimento e efetivação de programas de promoção de saúde bucal em famílias de baixa renda.
5. Elaboração de material didático para palestras em Cuidados à Saúde bucal voltadas para as famílias assistidas pelos programas e outras.

Após a realização da pesquisa e redação de seu relatório final, o mesmo será encaminhado para esta UPI afim de que os resultados obtidos possam ser conhecidos pela Instituição.

Estes resultados serão difundidos através de Publicação de artigos em revistas com *qualis* e publicação de resumos em anais de eventos científicos, com a devida omissão do nome da Instituição e dos indivíduos participantes da pesquisa.

Governador Valadares, 03 de março de 2011.


Andresa Barbosa do Valle Coelho
Pesquisadora Responsável

Ciente das informações apresentadas acima autorizo o acesso e uso de dados documentais que se encontram sob minha responsabilidade, para uso exclusivo na pesquisa mencionada.



Maria Madalena F. Pinheiro (Supervisora)

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Título: Intervenção no Ciclo da Vida: efetividade de programas de atenção integrada à família, na promoção da saúde bucal.
Pesquisador Responsável: Andrea Barbosa do Valle Coelho
Duração do projeto: 2 anos
Contato com pesquisador responsável Endereço: Rua Jacarandá, nº48 – Bairro CARDÓ – 35024-120 Governador Valadares. Telefone(s): (33)32713927
Comitê de Ética em Pesquisa Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575

2 – Informações ao participante ou responsável:

- 1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**Intervenção no Ciclo da Vida: efetividade de programas de atenção integrada à família, na promoção da saúde bucal**”, na área de odontologia.
- 2) A pesquisa terá como objetivo(s) conhecer o estado de saúde de sua boca e de sua família.
- 3) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento.
 - 3.1) Primeiro você vai responder para nós algumas perguntas sobre como é o seu dia-a-dia, modo de vida e o que sente em relação à saúde de sua boca. Seu nome não vai aparecer em lugar nenhum.
 - 3.2) Depois vou fazer um exame da sua boca, que será simples e não vai doer. Este exame pode causar pequeno desconforto porque você ficará alguns minutos com a boca aberta, bem como pelo manuseio de sua língua e introdução de instrumento de exame na cavidade oral. Vou olhar como estão seus dentes, roach ou dentadura e todas as outras partes de sua boca. Se você tiver algum problema em sua boca, vamos encaminhá-lo para tratamento no próprio posto de saúde quando existir, ou para a Faculdade de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Você não pagará nada para fazer o exame, nem para fazer o tratamento.

- 4) Durante sua participação, você poderá recusar responder a qualquer pergunta ou participar de procedimento(s) que por ventura lhe causar (em) algum constrangimento.
- 5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- 6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.
- 7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: Você sentirá apenas um pequeno desconforto durante o exame por ter que permanecer alguns minutos com a boca aberta, bem como pelo manuseio de sua língua e introdução de instrumento de exame.
- 8) Prevêem-se como benefícios da realização dessa pesquisa, conhecimento da necessidade da educação em saúde a esta população, bem como o encaminhamento daqueles que necessitarem para tratamento odontológico sem custos para os participantes da pesquisa.
- 9) Serão garantidos o sigilo e privacidade aos participantes assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- 10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, ____ de _____ de 2011

Nome do participante : _____

Nome do responsável: _____

Assinatura do participante ou responsável: _____

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA – CEP/UNIVALE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALE

OF: CEP/UNIVALE 069/10-12

Governador Valadares, 20 de dezembro de 2010.

Do: Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIVALE

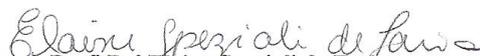
Para: Profa. Fabíola Alves dos Reis

Parecer: **Aprovado**

Prezada Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa, em reunião ordinária avaliou o Projeto “**Intervenção no Ciclo da Vida: efetividade de programas de atenção integrada à família**” tendo como número do protocolo PQ 006/10-14 sob sua coordenação, e o parecer emitido descreve **aprovado**.

Atenciosamente,


Profª Drª Elaine Speziali de Faria

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo D

Prontuário de Estudo

Formulário de avaliação sócioeconômica, utilização de serviços, morbidade bucal referida e autopercepção de saúde bucal

Nº IDENTIFICAÇÃO	<input type="text"/>
------------------	----------------------

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos	<input type="text"/>	Sexo	<input type="text"/>
Bairro	<input type="text"/>		

CRACTERIZAÇÃO SOCIOECONOMICA

01	Quantas pessoas, incluindo você, residem nesta casa?	<input type="text"/>
02	Quantos cômodos tem na casa?	<input type="text"/>
03	Escolaridade (anos de estudo)	<input type="text"/>
04	Renda Familiar em reais	<input type="text"/>
05	Casa própria	<input type="text"/>

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS E MORBIDADE BUCAL REFERIDA

06	O Sr(a) considera que necessita de tratamento atualmente?	1-Sim; 2-Não; 3-Não sabe; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
07	Nos últimos 6 meses o Sr(a) teve dor de dente?	1-Sim; 2-Não; 3-Não sabe; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
08	Escolha a palavra que melhor pode descrever sua dor de dente	1-Leve; 2-Desconfortável; 3-Estressante; 4-Horrível; 5-Intolerável; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
09	Alguma vez na vida o Sr(a) já foi ao consultório do dentista?	1-Sim; 2-Não; 3-Não sabe; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
10	Quando consultou o dentista pela última vez?	1-Menos de 1 ano; 2-1 a 2 anos; 3-3 anos ou mais; 8-Nunca consultou; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
11	Onde foi a última consulta?	1-Consultório particular; 2-Consultório público; 3-Outros; 7-Consultório da instituição; 8-Nunca consultou; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
12	Qual o motivo da última consulta?	1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 6-Não sabe; 8-Nunca consultou; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
13	O que o Sr(a) achou do tratamento na última consulta?	1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Nunca consultou; 9-Não se aplica	<input type="text"/>

AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

14	Com relação aos seus dentes/boca o Sr(a) está	1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
15	Problemas que podem ter sido causados pelos dentes nos últimos seis meses	0-Não; 1-Sim; 9-Não se aplica	<input type="text"/>
	Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?		<input type="text"/>
	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?		<input type="text"/>
	Os seus dentes o incomodaram ao escovar?		<input type="text"/>
	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?		<input type="text"/>
	Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?		<input type="text"/>
	Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho?		<input type="text"/>
	Você deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?		<input type="text"/>
	Você deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?		<input type="text"/>
	Você deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?		<input type="text"/>

Fonte: BRASIL, 2009.

Ficha de Exame

ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade em anos

Sexo

Bairro

EDENTULISMO

USO DE PRÓTESE

Sup

Inf

NECESSIDADE DE PROTÉSE

Sup

Inf

CONDIÇÃO DENTÁRIA (CPO-D)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>															

CONDIÇÃO PERIODONTAL

Presença de Cálculo

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>															

ANEXO E.1

Resumo dos códigos e critérios para CPO-D

Código	Condição	Critério
0	Hígido	Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como <i>hígidos</i> : <ul style="list-style-type: none"> • manchas esbranquiçadas; • manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI; • sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI; • áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; • lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.
1	Cariado	Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. <i>Na dúvida, considerar o dente hígido.</i>
2	Restaurado mas com cárie	Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).
3	Restaurado sem cárie	Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (H).
4	Perdido	Um dente permanente foi extraído por causa de cárie ou por outras razões (razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas).
5	Apoio de ponte ou coroa	Indica um dente que é parte de uma prótese fixa.
6	Não erupcionado	Quando o dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.
T	Trauma (fratura)	Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.
7	Dente excluído	Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Fonte: BRASIL, 2009.

Códigos e critérios para a condição periodontal.

Código	Condição	Critério
1	Presença de Cálculo	Cálculo detectado em qualquer quantidade.
2	Ausência de Cálculo	-
0	Dente Ausente	Perdido ou não erupcionado

Códigos e critérios para o uso e necessidade de prótese.

Código	Critério
Uso de Prótese	
0	Não usa prótese dentária
1	Usa uma ponte fixa
2	Usa mais do que uma ponte fixa
3	Usa prótese parcial removível
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
5	Usa prótese dentária total
Necessidade de Prótese	
0	Não necessita de prótese dentária
1	Necessita de uma prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento
2	Necessita de uma prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento
3	Necessita de uma combinação de próteses, <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento
4	Necessita de prótese dentária total

Fonte: BRASIL, 2009 .

ANEXO F – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO****Intervenção no Ciclo da Vida: efetividade de programas de atenção integrada à família,
na promoção da saúde bucal****Data:** ___/___/2011 **Entrevistador:** _____ **Nº:**
_____**INSTRUÇÕES IMPORTANTES**

- *Estamos fazendo uma pesquisa que tem como objetivo conhecer o estado de saúde de sua boca e de sua família. Gostaríamos de contar com sua valiosa colaboração respondendo as questões que serão feitas durante essa entrevista.*
- *Se você sentir que alguma pergunta lhe traz constrangimento, você não é obrigado a respondê-la. Peça ao entrevistador para passar para a próxima.*
- *Desde que as respostas sejam sinceras, tudo o que você disser será muito importante para essa pesquisa.*
- *Em caso de dúvidas, pergunte ao entrevistador. Sua contribuição será ainda mais importante se antes de responder você tirar todas as dúvidas que tiver.*
- *Seu nome não será escrito em nenhum lugar desse questionário para garantir o sigilo de que foi você quem o respondeu*
- *Em qualquer momento da entrevista, você terá todo o direito de interromper e até mesmo destruir esse questionário.*
- *Qualquer dúvida quanto ao compromisso ético dessa pesquisa, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Univale (CEP), que fica na Rua Israel Pinheiro, 2000, no Campus Universitário. O telefone do CEP é 3279-5575.*

- O que é Saúde Bucal para você?
- Quem é o responsável pela sua saúde bucal?
- O que deve ser feito para garantir a saúde bucal?