

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

A INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS
NA SAÚDE BUCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG
TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS

2011

ROSANE DE SOUZA RAMOS

**A INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS
NA SAÚDE BUCAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Manoelita Figueiredo de Magalhães

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG

TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS

2011

ROSANE DE SOUZA RAMOS

**A INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS SOCIAIS E CULTURAIS
NA SAÚDE BUCAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientadora: Manoelita Figueiredo de Magalhães

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – UFMG
TEÓFILO OTONI / MINAS GERAIS

2011

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Prof.
(Presidente)

Prof^a.
(Membro)

Prof^a.
(Membro)

Aprovado em: ___/___/___

Agradeço a Deus que me deu sabedoria, força e determinação para superar as dificuldades e chegar até aqui; à minha família e aos amigos, pelo apoio recebido o meu muito obrigado.

RESUMO

A saúde é relacionada com a qualidade de vida e é um importante componente auxiliar nos indicadores para a avaliação de uma pessoa saudável por ser um fator imprescindível para o ser humano. Na presente revisão bibliográfica, analisaram-se as condições de saúde bucal com os pressupostos iniciais de que os problemas bucais poderiam interferir na rotina de famílias de baixa renda, podendo ser um dos fatores de impacto negativo na qualidade de vida das mesmas em todas as dimensões, seja física, funcional, nutricional e até mesmo psicossocial. Problemas bucais como a cárie dental, doença periodontal e tumores bucais são considerados de maior impacto para a qualidade de vida, devido às consequências que podem advir com a evolução desses agravos, como as perdas dentárias. Em razão da gravidade dos impactos produzidos pelas mutilações provocadas por estas doenças na vida de indivíduos de baixa renda, verificou-se que há uma significativa influência dos aspectos sociais e culturais sobre a determinação da saúde bucal. Confirmou-se que a doença se manifesta diferentemente, de acordo com o grupo econômico-social de inserção do indivíduo, sobretudo de classes sócio-econômicas menos favorecidas, fenômeno agravado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal. Neste estudo são sugeridas ações que podem contribuir para a solução dos problemas constatados ou que implementam a melhoria nestes serviços.

Palavras-chave: saúde bucal, aspectos sociais, econômicos e culturais.

ABSTRACT

Health is related to the quality of life and is an important component to assist in the evaluation indicators of a healthy person to be an essential factor for humans. In this literature review, we analyzed the oral health status with the initial assumptions that could interfere with the oral health routine low-income families and can be one of the factors of negative impact on quality of life the same in all dimensions, whether physical, functional, nutritional and even psychosocial. Oral problems such as dental caries, periodontal disease and oral tumors are considered the greatest impact on quality of life due to the consequences that may arise with the evolution of these diseases, such as tooth loss. Due to the severity of the impacts produced by dental mutilations in the lives of low-income individuals or other crops, confirmed the veracity of researched data and the significant influence of social and cultural aspects on the determination of a good oral health. This study are suggested actions that can contribute to the solution of the problems encountered or implementing improvements in health services.

Keywords: oral health, social, economic and cultural.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

CD: Cirurgião-dentista

CPOD: Número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados

ESF: Programas de Saúde da Família

ESB: Equipe de Saúde Bucal

GISs: Sistema de Informações Geográficas

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

OMS: Organização Mundial de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	10
2- OBJETIVOS	12
2.1- Objetivo geral.....	12
2.2- Objetivo específico.....	12
3- REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1- Saúde bucal e a qualidade de vida.....	14
3.2- Cuidados pessoais com a saúde bucal domiciliar.....	17
3.3- Organizações dos serviços em saúde bucal e políticas públicas.....	18
3.4 Índices de Desenvolvimento Humano x Saúde Bucal.....	20
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

No Brasil ouvem-se discussões diárias sobre educação e saúde, onde a saúde, algumas vezes, é colocada em segundo plano, e com isso fica mais difícil de discutir e resolver os problemas da saúde bucal. Existem poucos estudos nacionais, de base populacional, dedicados a investigar hábitos de higiene bucal.

Segundo Maciel (1994), embora as doenças com mais prevalência na odontologia sejam a cárie e as doenças periodontais, e as mesmas sejam fáceis de se prevenir ou passíveis de controle, mediante procedimentos simples, como a escovação dentária, o controle da frequência do consumo diário 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 seriam a sua associação a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais e não apenas atribuídas a fatores determinantes biológicos que interagem na etiologia dessas doenças.

O hábito de escovar dentes é o meio mecânico individual de mais ampla utilização para o controle da placa dental no mundo. O ato de escovação dos dentes passou a receber destaque especial nos últimos 20 anos, também por ser um dos métodos mais eficientes de se levar o flúor à boca, tornando-se uma das formas mais eficazes de se prevenir a cárie dentária. Outro método utilizado para limpar os dentes é o uso do fio dental, instrumento melhor indicado para os espaços interdentais (LOESCHE, 1993).

Uma boa higiene bucal é sem dúvida, parte integrante das práticas de saúde geral e um significativo elo de seu alcance e estabelecimento. Pessoas com estilos de vida mais saudáveis, escovam seus dentes e usam o fio dental com mais frequência (FISCHER, 1999).

Segundo Vargas et al., 2002, os conceitos sobre saúde/doença são fortemente influenciados por valores sociais e culturais, dessa forma quando se necessita avaliar uma grande quantidade de significados, valores, motivos aspirações e desejos, o método estatístico não consegue abarcar tais dimensões com a profundidade pretendida, o que necessita de uma

abordagem da qualidade do fenômeno, através do método qualitativo. Assim sendo, o planejamento não deveria se reduzir a produção de dados e indicadores externos aos sujeitos que conferem significado às ações de saúde. Não há, entretanto, uma relevância das avaliações quantitativas, mas sim, a evidência da complementaridade dessas metodologias.

Devido à condição de vida da população, principalmente, pelo agravamento do estado de saúde das pessoas de lares cuja renda é baixa, o que revela uma alimentação inadequada ou insuficiente, condições de moradia ruins e/ou inadequadas, e em locais de difícil acesso, onde, a maioria destas pessoas tem o grau de escolaridade baixo. Contudo o Sistema Único de Saúde - SUS tem enfrentado várias dificuldades para sua efetiva implantação, devido principalmente ao não cumprimento das leis existentes, no que tange ao repasse de verbas do nível federal para os Estados e Municípios. Observa-se, ainda, a existência de formas inadequadas de utilização dos recursos destinados à saúde, os quais ora são desviados para outros setores do governo. A implantação dos Conselhos de Saúde como mecanismo de viabilização do imprescindível CONTROLE SOCIAL do sistema, apesar de garantido pela Lei 8142, (28 de Dezembro de 1990) é um processo efetivo em percentual ainda muito baixo nos municípios brasileiros.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a influência dos aspectos sociais e culturais na saúde bucal.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas, especialmente na população de baixa renda
- informar como são realizados os cuidados pessoais com a saúde bucal domiciliar nestas populações;
- revisar, de forma sintética, a evolução das políticas públicas e a organização dos serviços em saúde bucal no Brasil, após o 1º Levantamento Epidemiológico Nacional (1986);
- identificar as ações que possibilitem a melhoria na saúde bucal.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Inicialmente, foi realizada uma revisão de literatura das publicações, após 1986, quando se realizou o primeiro Levantamento Epidemiológico Nacional relacionado, aos aspectos culturais que exercem influencia na saúde bucal. Foram focados e analisados os estudos que pudessem fornecer contribuição tanto para melhoria da saúde bucal, quanto para a qualidade de vida das pessoas. Em seguida, realizou-se uma abordagem sobre os cuidados pessoais com a saúde bucal domiciliar e sobre a relação do Índice de Desenvolvimento Humano com a saúde humana. Finalmente, descreve-se como é a organização dos serviços em saúde bucal no Brasil e das respectivas políticas públicas.

3.1 Saúde bucal e a qualidade de vida

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde definiu qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Whoqol Group, 1994).

Locker, (1997) relatou que ainda permanece certa confusão a respeito dos conceitos de doença, saúde, saúde bucal, e qualidade de vida e as maneiras nas quais estes termos são relacionados. O discurso sobre ter saúde bucal é confuso e a boca é sempre foco de análise, ao invés de se olhar o indivíduo como um todo, havendo uma ambiguidade do que seria saúde bucal e saúde geral, e o quanto a saúde bucal interfere na qualidade de vida de um indivíduo. A saúde bucal é um estado da boca e estruturas associadas onde a doença está contida, a futura doença é inibida, a oclusão é suficiente para mastigar comida e o dente tem uma aparência social saudável.

A relação entre saúde bucal e a qualidade de vida já foi mostrada em vários estudos epidemiológicos quantitativos (Reisine, 1998; Loker et al., 2000) e em alguns qualitativos (WOLF, 1998; VARGAS, 2002).

Os pressupostos iniciais eram de que problemas bucais poderiam interferir na rotina destas famílias, podendo ser um dos fatores de impacto na qualidade de vida das pessoas. Observa-se que as mães apresentam uma grande preocupação com a saúde bucal atual dos seus filhos, bem como esse impacto será no futuro. São frequentes, ainda as considerações de que no passado a assistência odontológica era mais excludente e de pior qualidade (ABREU et al, 2004).

Classificar a saúde bucal em boa, má ou razoável é também definir a qualidade de vida social de cada indivíduo, pois ela surge das condições da classe social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, ao transporte, ao lazer, aos serviços de saúde, enfim, de tudo o que diz respeito à vida (BRASIL, 2006).

Dessa forma, como as afecções da saúde refletem de várias formas na vida do indivíduo, a conceituação do termo saúde adquire uma complexidade muito grande, tendo em vista os vários aspectos que envolvem a vida em sociedade (BRASIL, 2006).

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “o completo bem estar físico, mental e social, e não meramente como ausência de doença”. Esse é um conceito biológico, pertencente ao paradigma biomédico, com seu foco em agentes etiológicos e em resultados clínicos, cujas origens filosóficas do modelo são encontradas no dualismo do corpo-mente, no qual a mente e o corpo são entidades separadas, e a saúde e a doença são vistas como fenômenos estritamente biológicos (SILVA et al, 2006).

Segundo Buczynski et al. (2007) a saúde bucal é um componente indissociável da saúde geral na vida dos seres humanos, por isso tem havido um grande interesse pelo desenvolvimento e utilização de instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionado à saúde, com o objetivo de avaliar os aspectos sociais e culturais na saúde bucal na vida dos indivíduos. Em crianças, a qualidade de vida relacionada à saúde deve ser considerada de forma diferenciada dos adultos por serem indivíduos imunologicamente mais fracos. A avaliação da qualidade de vida das populações permite determinar de maneira significativa o impacto dos cuidados com a saúde, o impacto da saúde bucal na vida dessas pessoas, uma vez que a prevalência de manifestações orais ou de problemas gerados pela doença ainda são muito altos.

Buczynski et al., 2007 afirmaram que uma vez que a qualidade de vida decorre dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, a problemática das doenças bucais que afetam os indivíduos já não pode mais ser explicada unicamente pelos fatores biológicos que as caracterizam.

Segundo Buczynski et al., (2007) a alta tecnologia e os serviços de saúde são vistos como sendo uma chave para restaurar e melhorar a saúde, tanto individual, quanto de populações. Como resultado, o corpo é isolado da pessoa e as experiências subjetivas de saúde e doença eram ignoradas. No entanto, houve uma mudança do paradigma biomédico para um conceito mais amplo de comportamento social que se compromete a desenvolver maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos. Como resultado, tem-se

passado de uma preocupação com a doença, para uma preocupação com a saúde; não preocupação em curar e sim em prevenir e promover saúde; não dar ênfase aos serviços de saúde e sim ao ambiente social e físico como maiores determinantes de saúde. Logo, o paciente é visto não como um corpo e sim como uma pessoa, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença.

Esta mudança de paradigma refletiu-se também na odontologia. Antes, havia uma tendência de tratar cavidade bucal como se fosse uma estrutura anatômica autônoma, que acontece de estar localizada em um corpo, mas não está conectado a ele ou a pessoa de maneira alguma. No entanto, com a busca de uma perspectiva mais holística de saúde e doença, esta visão está mudando e isto tem sido acompanhado por duas descobertas: a descoberta de corpo e a descoberta da pessoa, e isto tem resultado em um aumento nas pesquisas preocupadas em ligar as condições bucais a doenças de outras localidades da boca e a consequência da saúde na qualidade de vida (BUCZYNSKI et al., 2007).

3.2 Cuidados pessoais com a saúde bucal domiciliar

As práticas diárias de escovação e o controle da dieta são cuidados importantes em relação à saúde bucal do ser humano. Na grande maioria das famílias o processo de aquisição dos hábitos de higienização bucal inicia-se cedo na infância, mas com os problemas sociais encontrados por algumas famílias, essa atitude às vezes passa despercebida pelos responsáveis, que deveriam ao menos realizar as primeiras escovações dos filhos, sendo que em muitos dos casos, os filhos imitam os atos realizados pelos mais velhos (Modena, 2005).

Alguns pais explicam que a causa da pouca participação nesse cuidado em casa está associado ao trabalho ou mesmo até por desconhecerem as técnicas corretas de escovação. É importante ressaltar que muitos não receberam essa informação, então é equivocado exigir hábitos que não foram transmitidos pelas gerações passadas. A realidade de vida dessa população é de grande importância na determinação dos seus hábitos de saúde (BRASIL, 2006).

Além disso, em nossa sociedade, as questões relativas à higiene são de foro íntimo, então, alguns fatores de nossas culturas influenciam nesse processo, muitas das vezes dificultando, o que não é bom para a saúde bucal (BRASIL, 2006).

As transmissões de noções de higiene são passadas dos pais para os filhos ainda crianças e nessa idade eles não têm coordenação motora suficiente para a realização destas atividades rotineiras, sendo necessária a ajuda dos pais. Essas atividades, quando no início, por sua vez são interessantes, mas com o tempo, as crianças começam a deixar de realizar a escovação da maneira correta por ser uma atividade rotineira (BRASIL, 2006).

3.3 Organizações dos serviços em saúde bucal e políticas públicas

Os vários modelos assistenciais passados e presentes no Brasil: a Odontologia Sanitária, Odontologia Simplificada e Sistema Integral imprimiram conceitos e por sua vez marcaram o processo de trabalho em saúde bucal. Apesar da existência desses modelos, predominou no Brasil a atenção voltada para o escolar – sistema incremental – que privilegiava o tratamento odontológico da dentição permanente dos escolares de 7 a 14 anos de idade. Historicamente, a atenção à saúde bucal dos adultos no sistema público, se restringiu basicamente às exodontias e aos atendimentos de urgência (PALMIER, A.C. et al.,2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 e regulamentado em 19 de Setembro de 1990 através da lei nº 8080. O SUS tem como princípios básicos: a Universalização do acesso aos serviços de saúde, a Descentralização político administrativa, a Integralidade da assistência, a Equidade e a Participação da comunidade. Tendo como base os princípios do SUS, foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família que mais tarde foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF prioriza as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo em todos os ciclos de vida. Ela veio viabilizar os princípios do SUS e fortalecer ainda mais as ações já executadas pelo Programa Saúde da Família aumentando o vínculo com a família, pois esta passa ser o foco das ações e do planejamento da ESF. Além disso, o atendimento passa a ser integral, através de uma equipe multiprofissional que interage com a população e estende esse atendimento a todos os níveis de atenção. A Equipe de Saúde Bucal (ESB) só é criada mais tarde sendo o Cirurgião-dentista (CD) o último profissional a ser incluído na equipe. O trabalho do CD está diretamente associado ao dos demais profissionais da equipe, devendo haver interação do mesmo com a sua equipe de ESF e conhecer a realidade da população da sua área de abrangência. Essas ações permitem ao CD desenvolver um trabalho de qualidade conhecendo com mais afinco não apenas os problemas de saúde como também a realidade do indivíduo.

Segundo Resende, (2010) o reflexo dessa política com ênfase na atenção ao escolar não surtiu os efeitos propagados: uma população adulta saudável. Este fato pode ser observado nos adultos e idosos de hoje, que apresentam elevado percentual de problemas periodontais e perda de elementos dentais, principalmente, a partir dos 40 anos de idade. Os dados de saúde e doença bucal têm sido acompanhados por meio de levantamentos epidemiológicos locais e nacionais.

O 1º Levantamento Epidemiológico de âmbito nacional foi realizado pelo Ministério da Saúde, em 1986, pesquisando dados sobre cárie dentária, doença periodontal e necessidade de prótese nas faixas etárias de 6 -12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos e 50-59 anos. Este levantamento foi importante porque, além de ter sido a primeira oportunidade de se conhecer dados de saúde e doença da população brasileira, generalizadamente, mostrou que a população, com renda igual ou superior a cinco salários mínimos, apresentava melhores condições de saúde bucal (BRASIL, MS, 1988).

Após 10 anos, em 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Odontologia e Conselho Federal de Odontologia, realizou o segundo levantamento de porte nacional, porém, pesquisando somente a cárie dentária e, exclusivamente, na faixa etária de 6 -12 anos. (BRASIL, MS, 1997). Pretendia-se a construção de um referencial para ações preventivas no SUS.

Este levantamento mostrou uma redução consistente do índice de cárie dentária, em média, mas permaneciam, ainda, os índices mais elevados de doença nas regiões Norte e Nordeste, consideradas as mais pobres do Brasil. Evidenciou-se também, o fenômeno conhecido como polarização da doença, em que algumas pessoas concentram toda a carga da doença. No Levantamento de 1996, 20% dos escolares apresentaram 80% das lesões de cárie e 50% praticamente estavam livres de cárie.

Em 2000, continuando a política de vigilância epidemiológica estabelecida, iniciou-se o levantamento epidemiológico, conhecido como projeto SB BRASIL-2003, mais completo, pela primeira vez contemplando outros municípios além das capitais de estado, e concluído em 2003. Mais uma vez confirmou-se o declínio da cárie dentária em populações jovens e também a iniquidade do ser saudável ou ser doente.

De acordo com os fatos descritos acima, dois aspectos têm destaque: o declínio da cárie dentária e a iniquidade em saúde. O declínio da cárie que se manifesta em crianças e em indivíduos jovens é explicado cientificamente pela utilização do flúor de várias formas, a reorganização dos serviços, os novos conceitos na forma de diagnosticar a cárie dentária e as mudanças nas condições de vida das populações. Isto significa que, para observarmos o declínio da cárie dentária, estes fatores devem estar relacionados, (BRASIL, MS, 2006).

Mas, apesar do declínio do número de cárie dentária, ainda existe no Brasil, uma forte desigualdade em saúde para a população em relação aos problemas bucais, com a doença se manifestando diferentemente, de acordo com o grupo econômico-social de inserção do indivíduo. A cárie e a doença periodontal, seguida das lesões de mucosa continuam causando dor e sofrimento para crianças, adultos e idosos, sobretudo de classe sócio-econômicas menos favorecidas, fenômeno agravado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal. O acesso, quando existe também tem problemas, como a organização do serviço centrada na doença, com ênfase nos procedimentos cirúrgicos restauradores, (BRASIL, MS, 2006).

3.4 Índices de Desenvolvimento Humano x Saúde Bucal

Stela (2009) relatou que existe uma grande complexidade entre as diversas relações, como fatores culturais, sociais e ambientais e o surgimento das doenças. Segundo Stela o emprego de mapas de risco facilita a identificação bem como a compreensão das áreas geográficas, mas ainda tem seu uso limitado na saúde pública. Afirmou, ainda, haver relação entre doenças e as áreas de privação social, devendo ser explorado melhor a relação espaço e saúde, sugerindo o uso dos Sistemas de Informações Geográficas (GISs) para identificar áreas de risco e permitir uma abordagem individual daquela população.

Stela, 2009; Antunes et al., 2002; Baldani et al., 2002; Mattila et al., 2005 afirmaram que, na odontologia, os estudos são recentes e que o uso do GISs tem demonstrado resultados importantes para o planejamento em Saúde pública. Em suma, o estudo comprova, por meio do uso do GISs que onde há uma pior renda per capita e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), há também um maior índice de Número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD).

Além das condições econômicas sociais e IDH baixo, dentre outros, existe ainda a dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal, a organização do serviço centrada na doença e nos procedimentos curativos. Uma forma de amenizar esse problema seria a desmistificação do dentista como profissional de consultório e fazer com que o mesmo conheça o espaço onde realiza o seu trabalho e a realidade da sua população adstrita, para que possa planejar a sua atuação e dar maior ênfase às necessidades da mesma, promover trabalhos educativos e preventivos para a população e realizar levantamentos epidemiológicos que permitirão direcionar o atendimento e priorizar os mais necessitados. Além disso, a odontologia deve buscar interagir com os demais profissionais da equipe de saúde no intuito de promover a saúde do cidadão como um todo. “A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e está direcionada diretamente com as condições de saneamento, alimentação, moradia, trabalho, educação, renda,

transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, aos serviços de saúde e a informação” (MS, II e III CNSB 1993/2004).

No SB Brasil 2003 constatou-se que as regiões mais pobres do país e com menor IDH são também as que apresentam maior índice de cárie na população de até 12 anos de idade. Este fato vem reforçar o quanto o desenvolvimento econômico, social e cultural influenciam na saúde bucal.

O IDH é considerado um potente medidor das condições sociais e ambientais, refletindo a renda, a educação além de indicadores extremamente sensíveis como a mortalidade infantil, sendo, inclusive, demonstrado por alguns autores que existe uma correlação entre os altos valores do IDH e baixos valores de experiência de cárie interferindo, possivelmente, com os fatores determinantes da doença cárie. Os resultados também sugerem que as condições econômicas e sociais podem ser limitadoras em relação à adoção de hábitos saudáveis, refletindo em uma maior prevalência de doença, mesmo em um município com alto IDH, (BRASIL, MS, 2006).

Na grande maioria das pesquisas realizadas nota-se que duas variáveis estão sempre associadas de maneira significativa com a ocorrência da cárie dentária: estudar em escola pública e baixa qualificação profissional do chefe da família (ABREU MHNG et al., 2004).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo confirmou a veracidade de dados pesquisados e procurou identificar convergências e divergências da influência dos aspectos sociais que determinam ou que contribuem para a saúde bucal da população de baixa renda.

A autora do presente estudo concorda com as afirmações de ABREU et al, 2004. Estes autores afirmaram que os pressupostos iniciais eram que os problemas bucais poderiam interferir na rotina de famílias de baixa renda, podendo ser um dos fatores de impacto na qualidade de vida das mesmas. Disseram que no passado a assistência odontológica era mais excludente e de pior qualidade relataram, ainda, que as mães apresentam uma grande preocupação com a saúde bucal dos filhos, bem como esse impacto irá se resultar no futuro. Isto também foi confirmado por Buczynski et al., 2007 ao relatarem a substituição do paradigma passado da preocupação com a doença, para uma preocupação com a saúde nos dias atuais; ou seja, a não preocupação em curar e sim em prevenir e promover saúde; não dar ênfase aos serviço de saúde e sim ao ambiente social e físico como maiores determinantes da saúde. Logo, o paciente é visto não como um corpo e sim como uma pessoa, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença.

De acordo com dados levantados nas pesquisas, nota-se que a causa da pouca participação dos pais nesse cuidado em casa está associado ao trabalho ou até mesmo por desconhecerem as técnicas corretas de escovação, por que muitos não receberam essa informação, então é equivocado exigir hábitos que não foram transmitidos pelas gerações passadas.

A relação em saúde bucal e a qualidade de vida já foram mostradas em vários estudos epidemiológicos quantitativos (Reisine, 1998; Loker et al., 2000) e em alguns qualitativos (WOLF, 1998; VARGAS, 2002). No entanto, avaliações do impacto da saúde bucal na vida de famílias de classe social mais baixa são pouco exploradas pela literatura, talvez seja pelo pouco conhecimento frente à

realidade dos mesmos ou desinteresse das políticas públicas em incentivar projetos e pesquisas nesta área.

De acordo com o levantamento epidemiológico do Ministério da Saúde de 2006, a doença se manifesta diferentemente, de acordo com o grupo econômico-social de inserção do indivíduo. A cárie e a doença periodontal, seguida das lesões de mucosa continuam causando dor e sofrimento para crianças, adultos e idosos, sobretudo de classe sócio-econômicas menos favorecidas, fenômeno agravado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal.

Por ser um fator imprescindível para o ser humano, a saúde é relacionada à qualidade de vida e é um importante componente auxiliar nos indicadores clínicos para a avaliação de uma pessoa saudável. Os cuidados com a saúde se tornam ainda mais relevantes em pacientes de baixa renda e com doenças bucais, porque determinam um impacto significativo na piora da sua qualidade de vida, devido à má alimentação que está diretamente relacionada ao baixo poder aquisitivo dessas pessoas; à falta de prevenção que se justifica pela dificuldade de conseguir tratamento gratuito e fazendo com que muitas dessas pessoas vivam cedo a experiência da dor seja pela presença de dentes cariados, seja pelo desenvolvimento de doenças periodontais. Outros impactos como a má estética bucal ou dental, são justificados pela maioria das pessoas por suas dificuldades financeiras, podendo causar como consequência, exclusão social e, até mesmo, complexo de inferioridade.

O entendimento das representações sociais, que são peculiares a essas pessoas, poderá levar a um planejamento das ações de saúde menos alienantes e mais humanas. No mesmo sentido, as pessoas devem ser consultadas e escutadas nas suas demandas de saúde uma vez que a escuta é o meio mais eficiente de conhecer as necessidades individuais daquele que procura o serviço de saúde e a consulta é o momento ideal para fazer as intervenções que forem necessárias para reabilitar e/ou manter a saúde do corpo.

A alimentação, importante meio de nutrição para os indivíduos, e a utilização dos serviços médicos desempenham funções de manutenção desse corpo, estando esses últimos associados às representações de saúde.

Consequentemente espera-se que cada vez mais as políticas de saúde bucal coletiva adotem métodos qualitativos, visando ações de saúde coletivas construídas em conjunto com os sujeitos das ações, como os citados a seguir, que poderão melhorar e até resolver vários problemas de saúde. A utilização do flúor de várias formas, inclusive na água; a reorganização dos serviços de maneira a dar maior ênfase a prevenção e assim evitar a dor e o agravamento das doenças; as mudanças nas condições de vida das populações tais como: saneamento básico, água tratada e fluoretada, pavimentação das ruas e melhoria do acesso aos serviços públicos de saúde, por meio do aumento do número de profissionais para melhor atender e aumentar a quantidade de vagas disponibilizadas, facilitando o acesso; o agendamento de consultas, após triagem dos pacientes e conhecimento das suas reais necessidades, para realização do tratamento de maneira completa, evitaria a mutilação e amenizaria a demanda; a realização de palestras educativas em sala de espera e grupos operativos, levando conhecimento e conscientizando as pessoas de sua responsabilidade com a própria saúde.

Além disso, alguns eixos devem ser considerados como a busca de solução para a racionalização dos serviços: o custo-efetividade, o estabelecimento da relevância dos serviços, a focalização e a organização dos recursos escassos. Nesse aspecto, torna-se particularmente importante, para a formulação de políticas de saúde direcionadas a reduzir desigualdades em saúde, sobretudo no acesso e na utilização dos serviços, levar em consideração as condições socioeconômicas das localidades e avaliar a associação com as condições de saúde bucal.

Enfim, o desenvolvimento de iniciativas no campo da educação e prevenção em saúde bucal torna-se imprescindível, dando ênfase à prática do auto-exame e às desigualdades sociais, o que evidencia o papel predominante do governo, neste último aspecto, como provedor de saúde e de proporcionar qualidade de vida a todos os cidadãos. Sugere-se que sejam desenvolvidas ações específicas para cada grupo etário: crianças, adolescentes, adultos e idosos, em razão das necessidades de saúde bucal sofrerem modificações de acordo com a idade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A doença se manifesta diferentemente, de acordo com o grupo econômico social de inserção do indivíduo, sobretudo de classes sócio-econômicas menos favorecidas, fenômeno agravado pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal;
- a exclusão social e o complexo de inferioridade, bem como a dor e o sofrimento causados pelas consequências advindas de problemas bucais como a cárie dental, doença periodontal e tumores bucais são os principais impactos que limitam a qualidade de vida da população de baixa renda;
- os cuidados bucais, quando presentes, são muito precários devido à falta de informação, pois a maioria dos chefes de família, na população de baixa renda, é analfabeta ou possui pouca instrução e dificuldade de realizar controle da dieta e de repassar as práticas diárias de higiene oral para os filhos;
- as políticas públicas de saúde deixaram de centralizar os cuidados em escolares e, a partir do 1º Levantamento de Saúde Bucal Nacional (1986), passaram a dar maior atenção à população de baixa renda, onde há uma pior qualidade de saúde bucal;
- neste estudo são sugeridas ações que podem contribuir para a solução dos problemas de saúde bucal constatados ou que implementam a melhoria nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. ABREU MHNG et al, 2004. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Revista Ciência & saúde coletiva*, vol.10, nº 1, Rio de Janeiro Jan./Mar. 2005.
2. ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.2, abr. 2010.
3. BRASIL, Ministério da Saúde, A política nacional de saúde bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Coordenação Nacional de saúde bucal. Brasília: MS, 2006.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Divisão Nacional de Saúde Bucal & Fundação Serviços de Saúde Pública. Série C Estudos e Projetos, 4 Brasília, 1988.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, julho/1997.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento da atenção básica. Saúde Bucal/Ministério da saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. – Brasília: MS, 2006.
7. BUCZYNSKI AK et al, 2007. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV. *Revista Ciência & saúde coletiva*, vol.13, nº6, Rio de Janeiro Nov./Dez. 2008.
8. FISCHER RG. Controle mecânico e químico do biofilme dental. In: Tunes UR, Rapp GE. *Atualização em Periodontia e Implantodologia*. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
9. LOESCHE WJ. Cárie dental: uma infecção tratável. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1993.
10. LOCKER D, Clarke M & Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *Journal of Dental Research*, 2000.
11. LOCKER D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE G. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997.

12. MACIEL SM. Saúde bucal infantil: a participação da mãe [tese de Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1994.
13. PALMIER, A.C. et al M. Saúde bucal no contexto da atenção básica à saúde do adulto. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família Unidade Didática II Tópicos Especiais em saúde da família. Belo horizonte: Coopmed. Nescon UFMG, 2008.
14. REISINE St 1998. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Annual Review of Public Health*, 1998.
15. RESENDE, F.M. A classificação de risco como proposta de organização da demanda em uma equipe de saúde bucal da estratégia de saúde da família. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais Formigas- MG, 2010.
16. SILVA et al, 2006. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São paulo, Brasil. *Revista brasileira de saúde materno infantil*, vol. 6, n° 4, Recife 2006.
17. Stela Márcia Pereira, 2009. O Uso do Sistema de Informação Geográfica (SIG). Disponível em: [http://www.fop.unicamp.br/.../2dia Stela Pereira sist informacao.pdf](http://www.fop.unicamp.br/.../2dia_Stela_Pereira_sist_informacao.pdf). Acesso em 08 de julho 2011.
18. VARGAS A.M.D. et al 2002. *Políticas públicas e qualidade de vida: um estudo sobre a perda dentária*. Tese de doutorado. Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.
19. WHOQOL GROUP, 1994. The World Health Organization Quality of Life Assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 1994.
20. WOLF SMR 1998. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Revista da APCD*, 1998.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

1. AGRIPINO, G. G et al. A Odontologia e o Programa Saúde da Família: novos desafios e perspectivas. *Odontologia. Clín.-Científ.*, Recife, v. 6 n. 3, jul/set.. 2007. Disponível em:<<http://www.cro-pe.org.br/revista/revistas/JULSET5.pdf>>. Acesso em: 22 abril de 2011.
2. ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n.1, jan./fev. 2006.
3. ARAÚJO, L. C. O Programa Saúde da Família pelo olhar do cirurgião-dentista, 2005. Dissertação (Mestrado em Odontologia Preventiva e Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal/RN, 2005.
4. BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, v. 11, n. 3, set. 2002.
5. BRASIL. Constituição de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. 2004.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1444/GM de 28 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.
9. CARVALHO, C. L; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. *Caderno de odontologia*. Belo Horizonte, v.1, n. 1, nov. 1997.
10. CASTRO AA. Revisão sistemática e meta-análise, 2006. Disponível em: <<http://www.metodologia.org/meta1.PDF>> Acessado em: 29 de abril 2011.
11. COSTA, I. M. D. ; MACIEL, S. M. L.; CAVALCANTI, A. L. Acesso aos serviços odontológicos e motivos da procura por atendimento por pacientes idosos em Campina Grande – PB. *Odontologia. Clín. Científ*, Recife, v. 7, n. 4, out/dez. 2008.
12. COSTA, N. R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
13. DUTRA, A.C.M. et al. O levantamento de necessidades em saúde bucal e a organização da atenção para crianças de zero a seis anos de 166 creches de

Belo Horizonte. SMSA/BH, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/.../saudebucal/inqueritodenecessidadeem166crechesdebh.pdf>> Acesso em fevereiro de 2011.

14. FERNANDES, L. S.; PERES, M. A. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 6, dez. 2005.

15. FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, fev. 2009.

16. GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. Rev. saúde em debate. n. 41, dez. 1994.

17. GOLDBAUM, M. Epidemiologia e serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, 1996.

18. JUNQUEIRA, S.R.; FRIAS, A.C.; ZILBOVICIUS, C.; ARAUJO, M. E. Indicadores socioeconômicos e recursos odontológicos em Municípios do Estado de São Paulo, Brasil, no final do século XX. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 15, n. 4, dez. 2006.

19. MALTA D. C.; CECÍLIO, L. C. O; MERHY E. E. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, mar/abr. 2004.

20. MALTA D. C et al. Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In: CAMPOS C. R., MALTA D.C., REIS A. T. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. São Paulo: Xamã, 1998.

21. MENDES, E. V. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998.

22. MENDES, E. V. A Reforma Sanitária e a Educação Odontológica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, out/dez. 1986.

23. MODENA C.M., 2005. Ciência e saúde coletiva vol.10 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar.

24. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara- Koogan, 2006.

25. NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. *Rev Panam Salud Pública*, v. 19, abr. 2006.
26. NARVAI, P. C. *Odontologia e saúde bucal coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1994. MENDES, E. V. (Org). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994.
27. OLIVEIRA, A. G. R. C; SOUZA, E. C. F. *A saúde no Brasil: trajetórias de uma política assistencial*. In: *Curso de mestrado em odontologia social/UFRN. Odontologia preventiva e social - textos selecionados*. Natal: EDUFRN, 1997.
28. OLIVEIRA, R. S., *Acesso aos serviços de saúde bucal e avaliação da satisfação de usuário em Olinda – PE*. Monografia (Especialização em Saúde Pública), Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas, Recife/PE, 2008.
29. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS. *Política nacional de saúde bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica*. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 11. Brasília, 2006.
30. PAIM, J. S. *A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais* In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*, Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
31. PAIM, J. S. *Desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil*. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003b.
32. PAIM, J. S. *Modelos de atenção e vigilância da saúde* In: ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003a.
33. PASSANEZI, P. M. S. *O Investimento em saúde preventiva no Brasil e seus efeitos na expansão do produto da economia*. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 4, n.16, jul/ago. 2007.
34. PINTO, V.G. *A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000: diagnósticos e caminhos a seguir*. Brasília: Santos, 1993.
35. PINTO, V. G. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2000.
36. PINTO, V. G. *Saúde bucal: odontologia social e preventiva*. São Paulo: Santos; 1989.

37. Projeto SB Brasil 2003. Ampliação da amostra para o Rio Grande do Sul – Relatório para a população da macrorregião metropolitana, Porto Alegre-RS, 2003. Porto Alegre: SES; 2003.
38. RAMALHO, C. M. Saúde Preventiva, Crescimento e Produtividade: uma Análise da Literatura e um Estudo Empírico. São Paulo: EAESP/FGV, 2003. 175p. Disponível em: <http://virtualbib.fgv.br/dspace/handle/10438/1776>. Acesso em: 12 de maio de 2011.
39. SCHOLZE, A. S. et al. A implantação do acolhimento no processo de trabalho de Equipes de Saúde da Família. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v.8, n.1, dez.2006.
40. SERRA, C. G. A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998. Dissertação – Instituto de Medicina, 1998.
41. SHEIHAM A, JOFFE M. Public dental health strategies for identifying and controlling dental caries in high and low risk populations. In: Johnson, N. (Ed). Risk markers for oral diseases. Cambridge, 1992.
42. SOUZA, G. C. A. Centros de Especialidades Odontológicas: Avaliação da atenção de média complexidade na rede pública da Grande Natal. 2009. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-UFRN, Natal, 2009.
43. SOUZA, T. M. S.; RONCALLI, A. G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad.SaúdePública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, nov, 2007.
44. STARR, P. The social transformation of american medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. Basic Books, 1982.
45. TAVARES, G. R. et al. A Participação da Comunidade nas Clínicas de Instituições de Ensino Odontológico (IEOs). Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. João Pessoa, v. 5, n. 2, maio/ago. 2005.
46. VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, mai/jun. 2005.
47. WERNECK, M. A. F. A reforma sanitária no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

48. WERNECK, M. A. F. A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança. Niterói. 1994. Tese (Doutorado em Odontologia Social) - Universidade Federal Fluminense, 1994.
49. WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 2000.
50. ZANETTI, C. H. G et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. Divulgação em Saúde para Debate, Londrina, n. 13, jul. 1999.