**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO-INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA**

Jamyle Calencio Grigoletto

**Percepção de Risco em Relação à Saúde Bucal de Indivíduos Cadastrados
em um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP, 2006.**

Ribeirão Preto
2007

JAMYLE CALENCIO GRIGOLETTO

**Percepção de Risco em Relação à Saúde Bucal de Indivíduos Cadastrados
em um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP, 2006.**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em
Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.

Orientadora: Angela Maria Magosso Takayanagui

Ribeirão Preto
2007

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Grigoletto, Jamyle Calencio
Percepção de Risco em Relação à Saúde Bucal de
Indivíduos Cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família de
Ribeirão Preto-SP, 2006. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2007.

197 p.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP-Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Angela Maria Magosso Takayanagui.

1. Percepção de risco 2. Saúde da Família 3. Saúde Bucal

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jamyle Calencio Grigoletto

Percepção de Risco em relação à Saúde Bucal de Indivíduos Cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP, 2006.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública
Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Angela Maria Magosso Takayanagui

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Angela Maria Magosso Takayanagui

Instituição: _____ Assinatura _____

Profa. Dra. Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe

Instituição: _____ Assinatura _____

Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida mãe, que foi quem desde o início me apoiou e fez com que o meu sonho de realizar este mestrado se tornasse um sonho dela também, não me deixando desistir e sucumbir aos problemas e tropeços surgidos durante esta caminhada, me dando todas as condições e me encorajando pra que eu conseguisse sempre levantar a cabeça e seguir em frente!

Também agradeço aos meus familiares, especialmente aos meus avós Orlando e Duvirge pelo carinho e orações em todos os momentos difíceis!!

Ao meu irmão amado que, sem dúvida, é uma das pessoas mais doces e carinhosas que conheço e que está sempre presente e disposto a ajudar em todas as “empreitadas” da minha vida.

Ao meu pai de quem herdei o gosto pela leitura, escrita e o espírito sonhador!!

Amo muito vocês!!!

A vocês, minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Dra. Angela Maria Magosso Takayanagui**, pessoa especial, extremamente competente e inovadora, com quem pude conviver durante os últimos anos, dividindo minhas aflições e aprendendo muito, agradeço pelo voto de confiança, pelo estímulo e apoio constante.

Admiro muito você!!!

À **Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira**, que tive o prazer de conhecer durante esta caminhada, agradeço pelas oportunidades que você me deu e por toda ajuda na elaboração deste trabalho.

À **Profa. Dra. Janete Cinira Bregagnolo**, com quem comecei a dar os primeiros passos em pesquisas na área de Saúde Coletiva, por toda ajuda, amizade e carinho!!

À **Profa. Dra. Marlívia Gonçalves de Carvalho Watanabe**, pela importante colaboração para a construção deste trabalho!!

Ao **Dr. Wanderlei José Haas**, por todas as orientações e colaboração na estatística deste trabalho!

À **Profa. Dra. Susana Inês Segura Munõz**, por todo apoio!!

Aos funcionários do **Núcleo de Saúde da Família-I**, em especial à enfermeira **Sônia Camila Sant'Anna**, pelo auxílio e colaboração na realização desta pesquisa!!

À bibliotecária **Maria Cristina Manduca Ferreira**, pela ajuda!

Agradeço também a todos os amigos, que estiveram presentes nos melhores e piores momentos da minha vida nesses dois últimos anos.

Aos amigos do Laboratório de Saúde Ambiental, por todo carinho!

Aos sujeitos desta pesquisa, que tanto colaboraram para este estudo!!

Ao CNPq, pelo auxílio financeiro!

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo acolhimento oferecido.

À Deus, que tem me abençoado sempre!

RESUMO

GRIGOLETTO, J. C. **Percepção de Risco em Relação à Saúde Bucal de Indivíduos Cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP, 2006.** Ribeirão Preto, 2007. 197p. (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

O objetivo geral desta pesquisa foi conhecer a percepção de risco, relacionada à saúde bucal, de indivíduos cadastrados em um Núcleo de Saúde da Família (NSF), no município de Ribeirão Preto-SP, por meio da identificação das crenças, atitudes e conhecimentos desses indivíduos sobre os fatores de risco relacionados ao tema. Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e exploratório, com variáveis quantitativas e qualitativas. A população do estudo foi constituída por 77 cuidadores de famílias cadastradas no NSF-1, da zona oeste do município. Os dados empíricos foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e levantamento documental. A análise e organização dos dados coletados foram divididas em duas etapas. Os dados quantitativos foram apresentados em 4 partes: caracterização socioeconômica e cultural dos sujeitos; conhecimentos relacionados à saúde bucal; crenças/valores relacionados à saúde bucal; e, comportamentos/atitudes relacionados à saúde bucal. Alguns dados qualitativos foram agrupados em categorias de respostas e outros foram analisados pela metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sendo subdivididos em 4 unidades temáticas. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (80,5%), mães (68,8%), com predomínio das faixas etárias entre 51 a 60 anos (31,2%) e de mais de 60 anos (33,8%). Entre os cuidadores pesquisados 49,4% apresentavam o ensino fundamental incompleto e 40,3% apresentavam renda entre R\$1500,00 e R\$3000,00. Grande parte dos sujeitos (71,4%) afirmou que não exercia nenhum trabalho fora de casa. Muitos entrevistados (63,6%) afirmaram ter algum problema de saúde; foi referida por 89,6% dos sujeitos da pesquisa a existência de uma relação entre saúde bucal e saúde geral dos entrevistados; 58,4% afirmaram não apresentar nenhum problema na boca. Com relação à durabilidade dental, 53,2% dos sujeitos responderam que esta dependia de cuidado. O creme dental foi citado por 40,2% dos entrevistados, como produto que contém flúor. O auto-exame para detecção de câncer bucal, segundo os entrevistados, nunca havia sido realizado por 88,3% deles. Mais da metade dos sujeitos (53,2%) disse que nunca tinha recebido orientação para evitar problemas bucais. A saúde bucal foi considerada boa por 40,3% dos entrevistados; no entanto, 58,4% afirmaram que necessitavam de tratamento dentário. O uso de alguma medicação diariamente foi relatado por 70,1% dos indivíduos. Quanto aos hábitos de higiene oral, 98,7% dos entrevistados afirmaram que escovavam os dentes, 97,4% dos sujeitos afirmaram que possuíam escova dental própria e 57,1% das pessoas relataram fazer uso do fio dental. O uso de prótese foi referido por 72,7% dos entrevistados; todos os sujeitos referiram já ter visitado o dentista alguma vez na vida, sendo que 50,6% afirmaram que a última ida ao dentista tinha sido há menos de 1 ano e 51,9% disseram que essa visita tinha sido a um serviço privado liberal. Somente 24,7% dos sujeitos afirmaram comer alimentos doces pelo menos 1 vez por dia; a ingestão de refrigerantes de 2 a 3 vezes por semana foi relatada por 31,2% das pessoas. A ingestão de café, chá ou leite com açúcar uma vez por dia, foi referida por 48,1% dos sujeitos. Os resultados sugerem uma percepção de risco dos indivíduos sobre saúde bucal positiva, embora ainda devam ser trabalhados alguns conceitos e crenças sobre o tema com essa população. Os conceitos de saúde e doença para os sujeitos da pesquisa, apesar de apresentarem fortes expressões do biologicismo, revelam influências do teocentrismo, do higienismo e preventivismo, em direção a uma concepção ampliada de Saúde.

Palavras-chave: Percepção de Risco, Saúde da Família, Saúde Bucal.

ABSTRACT

GRIGOLETTO, J. C. **Risk Perception related to Oral Health among Persons Registered at a Family Health Center in Ribeirão Preto-SP, 2006.** Ribeirão Preto, 2007. 197p. (Master's Thesis). University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This study aimed to get to know the oral health risk perception of individuals registered at a Family Health Center (FHC) located in Ribeirão Preto-SP, through the identification of these persons' beliefs, attitudes and knowledge about risk factors related to the theme. We carried out a descriptive and exploratory field research, using quantitative and qualitative variables. The study population consisted of 77 family caregivers registered at the FHC-1, in the Western part of the city. Empirical data were collected through semistructured interviews and a documentary survey. Data analysis and organization were divided in two steps. Quantitative data were presented in four parts: characterization of subjects' socioeconomic and cultural knowledge; oral health knowledge; oral health beliefs/values; and oral health behaviors/attitudes. Some qualitative data were grouped in answer categories, and others were analyzed through the Collective Subject Discourse methodology (CSD), being subdivided in four thematic units: conceptions of the health-disease process - from theocentrism to the expanded health concept; is it everything, is it important, is it the main thing, is it fundamental? oral health means you can smile! and denture-from relief to suffering. Most interviewees were women (80.5%), mothers (68.8%), predominantly between 51 and 60 years old (31.2%) and over 60 (33.8%). Among the investigated caregivers, 49.4% had not finished basic education and, for 40.3% of subjects, income ranged between R\$1500 and R\$3000. A majority of subjects (71.4%) affirmed they did not go out to work. Many interviewees (63.6%) affirmed that they had a health problem; 89.6% of the research subjects affirmed oral health was related to health in general, and 58.4% affirmed they did not present any oral problem. As to dental durability, 53.2% answered that it depended on care. Toothpaste was mentioned by 40.2% as a fluoride-containing product. According to the interviewees, the oral cancer self-detection exam had never been realized by 88.3% of them. More than half of the subjects (53.2%) said they had never received advice to avoid oral problems. Oral health was considered good by 40.3% of the interviewees, although 58.4% affirmed they needed dental treatment. Daily medication use was mentioned by 70.1%. As to oral hygiene habits, 98.7% affirmed they brushed their teeth; 97.4% had their own toothbrush and 57.1% affirmed they used dental floss. Prosthesis use was referred by 72.7% of the interviewees; all subjects (100%) affirmed they had already been to the dentist at some time in their life, 50.6% of whom affirmed their last visit had occurred less than one year ago and 51.9% that they had used a private service. Only 24.7% of subjects affirmed they eat sweet food at least once per day, and 31.2% consumed soft drinks between two and three times per week. Coffee, tea or milk with sugar once per day was mentioned by 48.1%. The obtained results suggest that these persons have a positive risk perception about oral health, although some concepts and beliefs about the theme still have to be addressed in this population. Despite revealing strong expressions of biologism, the research subjects' health and disease concepts reveal influences from theocentrism, hygienism and preventism, moving towards a broader conception of Health.

Key words: Risk Perception, Family Health, Oral Health.

RESUMEN

GRIGOLETTO, J. C. **Percepción de Riesgo con relación a la Salud Bucal de Individuos Catastrados en un Núcleo de Salud de la Familia de Ribeirão Preto-SP, 2006.** Ribeirão Preto, 2007. 197h. (Maestría). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo.

La finalidad general de esta investigación fue conocer la percepción de riesgo, relacionada a la salud bucal, de individuos catastrados en un Núcleo de Salud de la Familia (NSF), en el municipio de Ribeirão Preto-SP, mediante la identificación de las creencias, actitudes y conocimientos de esos individuos sobre los factores de riesgo relacionados al tema. Se trata de una investigación de campo, de carácter descriptivo y exploratorio, con variables cuantitativas y cualitativas. La población del estudio abarcó a 77 cuidadores de familias catastradas en el NSF-1, ubicado en la región oeste de la ciudad. Los datos empíricos fueron recopilados mediante entrevista semiestructurada e inventario documental. El análisis y la organización de los datos recopilados se dividieron en dos etapas. Los datos cuantitativos se presentaron en 4 partes: caracterización socioeconómica y cultural de los sujetos; conocimientos relacionados a la salud bucal; creencias/valores relacionados a la salud bucal; y comportamientos/actitudes relacionados a la salud bucal. Algunos datos cualitativos fueron agrupados en categorías de respuestas, y otros fueron analizados mediante la metodología del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC), siendo subdivididos en 4 unidades temáticas: concepciones del proceso salud-enfermedad - del teocentrismo al concepto ampliado de salud; ¿es todo, es importante, es lo principal, es fundamental? ¿salud bucal es poder sonreír! y dentadura-del alivio al sufrimiento. La mayoría de los entrevistados era del sexo femenino (80,5%), madres (68,8%), con predominio de los grupos de edad de 51 a 60 años (31,2%) y arriba de 60 años (33,8%). Entre los cuidadores investigados, el 49,4% no había terminado la enseñanza fundamental y el 40,3% presentaba renta entre 1500 hasta 3000 reales. Una gran parte de los sujetos (71,4%) afirmó que no ejercía ningún trabajo fuera del hogar. Muchos entrevistados (63,6%) afirmaron que tenían cualquier problema de salud; el 89,6% apuntó la relación entre la salud bucal y la salud en general de los entrevistados, y el 58,4% afirmó que no presentaba ningún problema bucal. Con relación a la durabilidad dental, el 53,2% respondió que depende del cuidado. El 40,2% citó la crema dental como producto que contiene flúor. Según los entrevistados, el 88,3% de ellos jamás había realizado el auto-examen para detección de cáncer bucal. Más que la mitad de los sujetos (53,2%) dijo que jamás había recibido orientaciones para evitar problemas bucales. La salud bucal fue considerada buena por el 40,3% de los entrevistados, aunque el 58,4% afirmó que necesitaba de tratamiento dental. El 70,1% indicó que usa cualquiera medicación diariamente. En cuanto a los hábitos de higiene oral, el 98,7% de los entrevistados afirmó que cepillaba los dientes; el 97,4% de los sujetos poseía su propio cepillo dental y el 57,1% relató que usa hilo dental. El uso de prótesis fue referido por el 72,7% de los entrevistados; todos los sujetos (100%) ya habían visitado al dentista alguna vez en su vida, siendo que el 50,6% afirmó que la última ida al dentista había ocurrido hace menos de 1 año y el 51,9% dijo que esta fue realizada a un servicio privado liberal. Solamente el 24,7% de los sujetos afirmó que come alimentos dulces al menos 1 vez por día, mientras el 31,2% ingirió gaseosas con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana. La ingestión de café, té o leche con azúcar una vez por día fue referida por el 62,3% de los sujetos. Los resultados obtenidos sugieren que la percepción de riesgo de los individuos sobre salud bucal es positiva, aunque todavía se deben trabajar algunos conceptos y creencias sobre el tema con esa población. Los conceptos de salud y enfermedad para los sujetos de la investigación presentan fuertes expresiones del biologicismo. Sin embargo,

revelan influencias del teocentrismo, del higienismo y preventivismo, hacia una concepción ampliada de Salud.

Palabras clave: Percepción de Riesgo, Salud de la Familia, Salud Bucal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Máscara 1-“O que é para você ter saúde bucal?”	85
Quadro 2. Máscara DSC 1-“O que é saúde para você?”	86
Figura 1. Sistematização para apresentação dos resultados.....	90

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Número de entrevistas de famílias cadastradas em um NSF de Ribeirão Preto-SP, segundo suas Micro-áreas, 2006.....	91
Tabela 2-Características pessoais e sócio-econômicas de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	92
Tabela 3-Distribuição de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, segundo sua ocupação e número de moradores do domicílio, 2006.....	95
Tabela 4-Conhecimento de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP sobre problemas de saúde em geral e na boca e a relação da saúde bucal com a saúde em geral, 2006	96
Tabela 5-Problemas de saúde em geral referidos por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	97
Tabela 6-Relação da saúde bucal com saúde em geral de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	98
Tabela 7-Problemas de saúde bucal referidos por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	99
Tabela 8-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre a duração de dentes de adultos, 2006.....	100
Tabela 9-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre o motivo da durabilidade de dentes, 2006.....	101
Tabela 10-Conhecimento de produtos que contêm flúor de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	102
Tabela 11-Conhecimento de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre tipos de produtos que contêm flúor, 2006.....	103

Tabela 12-Conhecimento de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre auto-exame para detecção de câncer bucal e presença de lesão ou sangramento na boca, 2006.....	104
Tabela 13-Orientação sobre saúde bucal recebida por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	105
Tabela 14-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre as próprias condições de saúde bucal, 2006.....	106
Tabela 15-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre o motivo da classificação das próprias condições de saúde bucal, 2006.....	107
Tabela 16-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre necessidade de tratamento dentário, 2006.....	110
Tabela 17 - Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre o motivo da necessidade ou não de tratamento dentário, 2006.....	111
Tabela 18-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre fatores benéficos para a saúde bucal, 2006.....	112
Tabela 19 – Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre fatores que podem causar problemas na boca, 2006.....	113
Tabela 20-Hábito de fumar de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	114
Tabela 21-Ingestão de bebida alcoólica por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	115
Tabela 22-Exposição ao sol e uso de medicação diária por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	116
Tabela 23-Medicamentos usados diariamente por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	117

Tabela 24-Uso de flúor e tipo de água consumida por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	119
Tabela 25-Formas de utilização de flúor por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	119
Tabela 26-Hábitos de escovação dental de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	121
Tabela 27-Uso de fio dental e prótese por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	123
Tabela 28-Dificuldades do uso de prótese apontadas por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	125
Tabela 29-Realização de auto-exame para detecção de câncer bucal e visita ao dentista por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	126
Tabela 30-Frequência de ingestão de alimentos doces por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	131
Tabela 31-Frequência de ingestão de refrigerantes por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	132
Tabela 32-Frequência de ingestão de balas e pastilhas por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	132
Tabela 33-Frequência de ingestão de café, chá ou leite com açúcar por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006.....	133

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AC	Ancoragem
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Atendente de Consultório Dentário
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial de álcool e droga
CD	Cirurgião-Dentista
CSE	Centro de Saúde Escola
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CPOD	Dentes perdidos, cariados e obturados
CROSP	Conselho Regional de Odontologia de São Paulo
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressão-chave
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
ESF	Equipe de Saúde da Família
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FORP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IC	Idéia Central
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

NADEF	Núcleo de Atenção à pessoa deficiente
NAPSF	Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/World Health Organization
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAM	Ambulatório Regional de Especialidades Pediátricas
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa Saúde da Família
PUC-MG	Pontificia Universidade Católica de Minas Gerais
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SPSS	Statistical Program for Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
THD	Técnico em Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	18
2 INTRODUÇÃO	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	24
3.1 A Caminho da Promoção da Saúde	24
3.2 As Ações de Promoção da Saúde nas Políticas de Saúde no Brasil	32
3.3 A Atenção Primária à Saúde	36
3.4 A Estratégia Saúde da Família	39
3.5 A História da Saúde Bucal no Brasil	44
3.6 Epidemiologia das Doenças Bucais: Fatores de Risco	52
3.7 Gerenciamento de Risco	61
4 OBJETIVOS	67
5 PERCURSO METODOLÓGICO	68
5.1 MÉTODO	68
5.2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	70
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	88
7 CONCLUSÃO	153
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160
APÊNDICE A	180
APÊNDICE B	196

1 APRESENTAÇÃO

No ano de 1999, entrei para a Universidade de São Paulo para cursar Odontologia e acabei me interessando bastante pela disciplina de Odontologia em Saúde Coletiva; a partir de então, comecei a desenvolver um projeto de Iniciação Científica nessa área.

No projeto em que assumi, trabalhávamos com as crianças de escolas públicas de Ribeirão Preto e de cidades vizinhas, que vinham para ser atendidas na Faculdade, pesquisando sobre o uso coletivo de escova dental e hábitos de higiene oral.

O trabalho científico decorrente daquela vivência foi apresentado na 22ª Jornada Odontológica de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, na qual recebi um prêmio de Menção Honrosa na categoria Painel de Odontologia Preventiva. Esse prêmio me encorajou a seguir em frente e, a partir daí, decidi pela carreira acadêmica na área de Saúde Coletiva.

Graduei-me na Odontologia no ano de 2002 e neste ano conheci a Profª. Dra. Angela Maria Magosso Takayanagui, para a qual pedi apoio para o ingresso na Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Tendo em vista a busca de uma atividade que contribuísse para minha inserção na área de Saúde Pública, e visando alcançar uma maior compreensão do Programa Saúde da Família, no começo do ano de 2003, fiz um estágio de 2 meses junto com a Profª. Dra. Angela no Núcleo de Saúde da Família IV do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-CSE-FMRP/USP, visando conhecer a rotina do serviço e as ações e diretrizes do Programa Saúde da Família. Paralelamente a esse estágio, comecei a prestar assistência odontológica em clínica privada.

Para me aprofundar um pouco mais sobre as políticas de saúde e o Programa de Saúde da Família, no início de 2004, iniciei o curso de Especialização em Saúde da Família promovida pelo Centro Universitário Barão de Mauá.

Esse curso me possibilitou um maior contato e compreensão sobre as políticas públicas de saúde. Por ser de caráter multiprofissional, proporcionou-me o convívio com profissionais de diversas formações, fazendo-me entender o papel e a importância de cada um, além das dificuldades e facilidades do trabalho desenvolvido em Equipe.

Para a conclusão do curso, realizei juntamente com mais duas colegas do curso, um trabalho intitulado: “Fornecimento de medicamentos pelo Ministério da Saúde para o PSF versus necessidade de um município do interior do Estado de São Paulo - estudo prospectivo”. Neste estudo, tive a oportunidade de trabalhar com uma assistente social, uma enfermeira e com a orientadora do trabalho, que era a farmacêutica responsável da Secretaria Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto, o que me revelou a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, estimulando-me mais ainda para a pesquisa em saúde coletiva.

No final do ano de 2004, ingressei no curso de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP.

A partir de 2005, desliguei-me, então, da atividade em clínica privada e comecei a me dedicar exclusivamente para o curso de Mestrado em Saúde Pública da EERP/USP, que me possibilitou maior proximidade com as questões da saúde coletiva, ampliando meus horizontes e me fazendo entender que os problemas da saúde vão muito além do setor saúde, envolvendo questões políticas, sociais e éticas muito complexas e que, apesar de ainda não termos chegado a um sistema de Saúde Pública considerado “ideal”, já caminhamos muito nessa direção. Também me permitiu compreender que esse caminhar é contínuo, de modo que estamos participando como atores sociais da construção do Sistema Único de Saúde.

O curso de mestrado foi para mim muito mais do que eu sonhava. Proporcionou-me um grande amadurecimento como profissional da saúde e também como pessoa e, principalmente, me possibilitou redirecionar meu olhar para a saúde coletiva, entendendo que, mais importante do que os meus projetos individuais, devem prevalecer a participação e defesa de um projeto coletivo, em busca de uma melhor condição de saúde bucal para todos!

O convívio dentro da EERP/USP e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública me possibilitou participar de grupos de pesquisa como o GIERSS: Grupo Interinstitucional de Estudo da Problemática dos Resíduos de Serviços de Saúde, por meio do qual venho tendo a oportunidade de conviver com pesquisadores de várias áreas profissionais. Nesse grupo comecei a me deparar com outros ramos da saúde pública como a saúde ambiental, compreendendo a importância e a influência de fatores ambientais na área da saúde.

A minha participação no Pólo de Educação Permanente, no ano de 2005, também foi muito importante, propiciando um grande aprendizado e possibilitando dar minha contribuição, ministrando palestras sobre atenção básica à saúde e saúde da família, para profissionais da saúde do serviço público.

Ainda no ano de 2005, pude conviver intensamente com as atividades do Núcleo de Saúde da Família-I do CSE da FMRP/USP, conhecendo a realidade daquela área, por meio de um Estágio de Aperfeiçoamento de Ensino, realizado durante o 2º semestre, a partir do qual me surgiu o questionamento que me levou à realização deste estudo: qual a percepção de risco em relação à saúde bucal que os indivíduos atendidos por um Programa de Saúde da Família possuem?

Pela minha observação empírica, a hipótese levantada foi a de que os sujeitos não valorizam a sua saúde bucal, não percebem os riscos ligados à ela e as suas consequências.

Assim, concluindo minha dissertação de mestrado apresento seus resultados iniciando com o Capítulo 1, onde apresentamos o nosso objeto de estudo (percepção de risco de saúde bucal) ao leitor.

O capítulo 2 é constituído por uma revisão da literatura sobre Promoção da Saúde e Ações de Promoção da Saúde nas Políticas de Saúde no Brasil e, na sequência, são apresentados aspectos conceituais de Gerenciamento de Risco e, especificamente de Percepção de Risco, como uma metodologia de trabalho na comunidade.

O terceiro capítulo relata o objetivo deste estudo, sendo seguido pelo percurso metodológico seguido. No capítulo cinco são apresentados os resultados e as discussões sobre os dados obtidos. A conclusão é apresentada no capítulo seis, seguida pelas considerações finais sobre a investigação realizada, no capítulo 7.

2 INTRODUÇÃO

Pesquisas sobre a percepção de risco vêm sendo muito realizadas no Canadá, tanto para estudos relacionados à saúde humana quanto à saúde ambiental.

Segundo Wiedemann (1993, p.3), a percepção de risco é definida como sendo a

“habilidade de interpretar uma situação de potencial dano à saúde ou à vida da pessoa, ou de terceiros, baseada em experiências anteriores e sua extrapolação para um momento futuro, habilidade esta que varia de uma vaga opinião a uma firme convicção”.

Ainda, de acordo com esse mesmo autor, é baseada principalmente em imagens e crenças e tem raízes em alguma experiência anterior (WIEDEMANN, 1993).

A percepção de risco da população é, geralmente, bastante distinta daquela advinda de especialistas, sobretudo de cientistas (SLOVIC; FISCHHOFF; LIECHTEISNTEIN, 1979). Suas interpretações norteiam-se muito mais em suas crenças e convicções do que em fatos e dados empíricos, que são elementos que formam a base da construção da percepção de riscos de técnicos e cientistas (SLOVIC, 1987).

Segundo Peres, Rozemberg e Lucca (2005), experiência, informação e “*background*” cultural são determinantes da percepção de riscos. Outros fatores, como grau de escolaridade e a especificidade de atividades realizadas também dão a base de sustentação da percepção de risco das pessoas.

A percepção de risco de um determinado problema pode variar também de acordo com a idade, o sexo e características culturais da população (NATIONAL STANDARD OF CANADÁ, 1997).

Estudos sobre a percepção de risco têm sido muito utilizados para o planejamento de ações assistenciais em saúde, que visam o alcance de melhores resultados na adesão e condição de saúde.

Porém, na odontologia há poucos estudos voltados para essa avaliação, o que nos estimulou para esta investigação, que tem como finalidade dar uma contribuição para o processo de tomada de decisão política em serviços de saúde bucal.

Sabe-se que o ser humano molda seus hábitos, comportamentos e atitudes conforme um conjunto de percepções sociais, sendo que essas englobam as crenças, os valores e expectativas (CAMPOS, 1997). Daí a importância de se conhecer a percepção de risco de saúde bucal da população.

Desse modo, fica evidente a necessidade do profissional da área odontológica conhecer a percepção de risco que a comunidade possui sobre saúde bucal, sendo este o objetivo geral do presente estudo.

Assim, este estudo se propõe realizar uma avaliação quali-quantitativa da percepção de risco de saúde bucal de uma comunidade cadastrada em um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP, tendo em vista a importância de se considerar a subjetividade das pessoas diante das situações vividas e das dificuldades de enfrentamento de seus problemas de saúde.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A CAMINHO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Os conceitos de saúde e doença transformam-se de acordo com a época e a cultura de um povo (WILSON, 1984). Historicamente, esses conceitos vêm sofrendo alterações desde as sociedades ágrafas e comunidades tribais, quando as doenças eram relacionadas a magias e fenômenos sobrenaturais, e o ato de cura devia reunir elementos mágico-religiosos, bem como ritos (xamã) e procedimentos dominados pelos feiticeiros, magos e/ou sacerdotes que detinham o poder naquela época. Os cuidados adicionais eram delegados às mulheres e não tinham grande importância (LAKATOS; BRUTSCHER, 2000).

Ainda, de acordo com esses mesmos autores, as civilizações grega e romana consideravam a doença como um desequilíbrio humoral do corpo.

Segundo Vilela e Mendes (2000), Hipócrates foi o primeiro a atribuir causas naturais às doenças, considerando a saúde como um estado de equilíbrio entre as influências ambientais, modos de vida e componentes da natureza humana. O sistema médico oriental, também baseado nos xamãs, concebia a saúde como um equilíbrio entre os pólos yin e yang e as doenças como perda neste equilíbrio.

Na Idade Média, com o cristianismo, a medicina assumiu o caráter de prática religiosa, com a igreja tomando para si a incumbência de cuidar dos doentes; neste contexto, as concepções de doenças surgem como “castigo divino” e “oportunidade de salvar a alma” (LAKATOS; BRUTSCHER, 2000; VILELA; MENDES, 2000)

No Renascimento formulam-se as teorias miasmáticas, que se tornam hegemônicas até a era bacteriológica, quando passa a ocorrer uma grande transformação dos conceitos de saúde e doença, a partir da relação entre microrganismos e doença (BARATA, 1987).

Depois desse período, com a industrialização, em meados do século XIX, alguns autores como Virchow, Newman e Villermé, consideravam que certas doenças eram causadas pelas condições da atividade de trabalho e de moradia (LAKATOS; BRUTSCHER, 2000).

Por muito tempo, a explicação biologicista advinda da era bacteriológica foi fortemente hegemônica, apesar de coexistir com as concepções que enfatizavam a influência das condições sócio-econômicas e ambientais na causalidade das doenças.

No entanto, o conceito de saúde e doença vem sendo alterado. A saúde deixa de ser a simples ausência de doença (numa concepção mecanicista, biologicista) e passa a ter uma nova concepção holística e ecológica, enfatizando a inter-relação e a interdependência, essenciais em todos os fenômenos (CAPRA, 1982).

A saúde, assim, é conceituada como “a experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico, envolvendo os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social” (CAPRA, 1982, p. 316).

Este autor ainda afirma que o conceito de saúde passa a ser dado com um enfoque amplo, holístico, e a doença, nessa abordagem, considerada uma oportunidade para a introspecção. Concordamos com o autor quando este afirma que, as concepções de saúde e doença orientam a prática de assistência à saúde, que devem levar em conta a interdependência da nossa saúde individual, dos sistemas sociais e ecológicos, visando o equilíbrio na resolução de situações problemáticas, por meio de ações individuais e coletivas.

BLUM (1981) afirma que a saúde é composta da interação dos níveis somático, psíquico e social, dentro de uma abordagem sistêmica.

Como os conceitos de saúde e doença vêm sendo modificados, a prática de saúde também sofre transformações: as concepções do processo saúde-doença influenciam a prática sanitária, o que determina a necessidade de uma atuação mais ampla sobre todos os determinantes da saúde, exigindo que a organização dos serviços de saúde realizem a

intersectorialidade e transdisciplinaridade, com o enfoque na promoção da saúde e não apenas na cura da doença.

A proposta de Promoção da Saúde concebe a saúde como produção social e, portanto, engloba um espaço de atuação que vai além do setor saúde, apontando para a intersectorialidade e para o estímulo à participação comunitária como caminhos para atingir uma condição melhor de saúde (BRASIL, 2001a).

A idéia de promover saúde tem se tornado uma força vital no movimento da saúde pública, no qual a saúde é concebida como um fenômeno social que diz respeito à qualidade de vida e capital social (WILKINSON, 1996).

Desde meados do século XX, a Promoção da Saúde vem sendo foco de discussão da agenda das principais reuniões e encontros promovidos pelos principais organismos internacionais de saúde. A expressão “Promoção da Saúde” foi utilizada pela primeira vez em 1945 por Henry E. Sigerist, um historiador médico, para quem a prática médica deveria englobar três grandes princípios: a promoção da saúde, a prevenção dos agravos à saúde, o tratamento e a reabilitação (TERRIS, 1992,1996).

Naquele tempo, já pregavam que, para se ter saúde, era necessário possuir condições de vida aceitáveis com trabalho, educação, cultura e lazer, e, além disso, interação intersectorial e interdisciplinaridade visando à promoção da saúde (FERRAZ, 1999).

A concepção e prática da promoção da saúde, entretanto, foram alavancadas em 1974, quando Marc Lalonde, Ministro da Saúde e do Bem-Estar do Canadá, publicou um relatório chamado Uma Nova Perspectiva Para a Saúde dos Canadenses (A New Perspective on the Health of Canadians), no qual admite que a saúde é determinada pelos seguintes fatores: biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização do sistema de atenção à saúde (LESSA, 1994).

Esse documento trouxe uma grande contribuição para pesquisadores e políticos voltados para a área da saúde, que já vinham questionando a visão reducionista do modelo biomédico tradicional, o qual separa o corpo da mente, a doença do doente e o doente da sociedade (BASAGLIA, 1986).

A partir deste documento, vários eventos internacionais ocorreram produzindo outros documentos que visavam discutir e apresentar propostas para a promoção da saúde; de acordo com Pessini (1996), todos apontavam para a urgência da reorientação dos serviços de saúde, enfatizando o conceito ampliado de saúde.

Essa nova perspectiva de saúde levantada por Lalonde aliada à crise do capitalismo da década de 70 desencadeou iniciativas lideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1986).

A década de 70 foi marcada por uma forte crise do capitalismo, que desencadeou uma recessão generalizada e uma dificuldade dos países em financiarem o seu desenvolvimento, levando-os a avaliarem os gastos com as políticas sociais, entre elas a saúde. Esta avaliação constatou o crescente aumento com os serviços de saúde, devido ao modelo biomédico hegemônico; assim, os governos passaram a viver com contradições, pois, por um lado apresentavam um déficit público devido à crise do capitalismo e tinham dificuldades para manter as políticas sociais e, de outro, sofriam com os altos custos dos serviços de saúde. Paralelamente a isso, precisavam resolver os problemas de saúde pública que apresentava um aumento da demanda devido à elevação da pobreza (FRANCO; MERHY, 2003).

Esse quadro caótico estabelecia como desafio aos governantes a necessidade de se responder à política sanitária, em meio a um cenário econômico desfavorável, destacando a necessidade de se atender às políticas sociais. Nesse sentido, a OMS convocou os países-membro para a Conferência Internacional de Alma-Ata, que retoma as propostas de Medicina

Comunitária, propondo um novo paradigma de assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

A 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde foi realizada em Alma-Ata na Rússia em 1978, onde participaram 144 países e 67 representantes de organizações e organismos especializados das Nações Unidas e organizações não-governamentais (OMS, 1991).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde teve como objetivo clamar por uma ação governamental de urgência de todos os países à área da saúde, com vistas a uma melhor equidade aos diferentes povos, conclamando a uma ação intersetorial. A Conferência denunciava a desigualdade social aguda entre os diferentes países, afirmando que para conseguir uma melhor qualidade de vida das populações, os pontos fundamentais eram a promoção e proteção da saúde, aliados ao desenvolvimento econômico e social, enfatizando a importância da participação da comunidade, do governo e demais setores (PALHA, 2001).

Nesta reunião declarou-se como inaceitável a situação de saúde mundial e principalmente dos países em desenvolvimento, que apresentavam uma distribuição de renda muito desigual, tendo sido considerada como essencial para uma melhora nas condições de saúde, a estratégia dos cuidados primários em saúde; incluindo-se, a educação em saúde, a prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e de nutrição adequada, abastecimento de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, imunização, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS/ UNICEF, 1978).

A Declaração de Alma-Ata propôs então, “os cuidados primários de saúde” como uma saída para os problemas enfrentados pelo setor saúde, e, assim como a Medicina Comunitária, as propostas da Conferência eram racionalizadoras, propondo a articulação de eficiência e

baixo custo, contemplando camadas populares com ações básicas de assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

A Conferência estabeleceu a meta de se atingir “saúde para todos no ano 2000”, e dela originou-se a Declaração de Alma Ata e o Relatório Conjunto dos Diretores da OMS e do UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) (VILELA; MENDES, 2000).

Com base nos progressos alcançados na Conferência de Alma Ata, e com a insatisfação com o modelo biomédico hegemônico, emergiram, novamente, em meados da década de 80, discussões sobre a Atenção Primária à Saúde. Em 1984, a OMS lançou um programa de Promoção de Saúde, que motivou a realização da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde em 1986 (OMS, 1986).

A 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, e definiu Promoção da Saúde como: “o processo de capacitação e empoderamento da população para que esta possa atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2001a, p. 19).

De acordo com esse mesmo documento do governo brasileiro (BRASIL, 2001a), naquela Conferência foi evidenciado que a promoção da saúde deixava de ser responsabilidade exclusiva do setor saúde, indo para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global, colocando a saúde nas agendas dos outros setores e chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões poderiam causar no campo da saúde.

Assim, durante aquele evento foi elaborada a carta de Ottawa, que estabelecia cinco planos de ação da Promoção da Saúde como: construção de políticas públicas saudáveis, criação de meio ambientes favoráveis, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2001a).

Devido à grande importância da Carta de Ottawa no âmbito das políticas públicas de saúde, alguns itens dela são retomados posteriormente em outras Conferências e Declarações mundiais (PALHA, 2001).

Em 1988 foi realizada a Conferência de Adelaide, na Austrália, cujo tema versou sobre políticas públicas voltadas para a saúde (políticas saudáveis), que se caracterizavam por ser a preocupação que as áreas das políticas públicas tinham em relação à saúde e ao impacto que tais políticas tinham sobre a saúde das populações. Nesse sentido, o principal objetivo das políticas saudáveis era facilitar opções de vida saudáveis para os cidadãos. Nesta Conferência a saúde passou a ser considerada como um direito humano fundamental e um investimento social, tendo sido os governos conclamados a investir recursos em políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2001a).

A Conferência de Adelaide identificou 4 áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: Apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool e, também a criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 2001a).

A 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991 e teve como tema a “Criação de Ambientes Favoráveis à Saúde”, trazendo a ecologia e ambiente para a saúde, avançando na compreensão do ambiente, ao incorporar a esse, suas dimensões sociais, políticas, econômicas e culturais. As prioridades para o desenvolvimento passam a ser consideradas a partir do gerenciamento das metas de saúde e ambiente, direcionadas pelo compromisso com o desenvolvimento sustentável e com a equidade. É ressaltada então, nessa Conferência, a interdependência da saúde com o meio ambiente (BRASIL, 1996).

Em Sundsvall destacaram-se 4 aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica e a necessidade de se reconhecer e aproveitar a capacidade das mulheres em todos os setores (BRASIL, 2001a).

Baseado ainda nesse mesmo documento do Ministério da Saúde, constata-se que em 1992 foi realizada em Santa Fé de Bogotá a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na América Latina, sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Foram levantados nesta reunião problemas específicos da América Latina, discutindo-se as relações entre saúde e desenvolvimento social e econômico.

Nesse mesmo documento consta a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1997, em Jacarta, na Indonésia, com o tema “Novos Protagonistas para uma Nova Era: orientando a Promoção de Saúde no século XXI”. Esse foi o primeiro evento dessa natureza em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à Promoção da Saúde. Essa conferência estabeleceu prioridades para a Promoção da Saúde no século XXI, como: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo e conseguir uma infraestrutura para a Promoção da Saúde.

Como resultante dessa Conferência temos a Declaração de Jacarta, que considera que “a saúde é um direito humano essencial para o desenvolvimento econômico e social” (BRASIL, 2001a, p.43), ressaltando a participação da comunidade como essencial para a promoção da saúde.

Em 1998 foi criada a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, uma aliança entre países populosos para provocar um maior impacto na saúde mundial e, em seguida, no ano 2000, foi realizada na Cidade do México, a 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, reforçando a importância de ações de promoção da saúde nas políticas governamentais (BRASIL, 2001a; COUTINHO, 2005).

Todas estas Conferências apontavam para uma mudança dos conceitos de saúde e doença, agregando a esses conceitos, condições socioeconômicas, culturais e ambientais, ou seja, abordando a saúde de uma maneira holística e ecológica, enfatizando a promoção da saúde realizada com parcerias intersetoriais e a reorientação dos serviços de saúde a partir da estratégia da Atenção Primária à Saúde, para se atingir melhoras nas condições de saúde mundiais.

No Brasil, a promoção da saúde tem pequena participação no desenvolvimento econômico e social do país, alguns fatores prejudicam o seu desenvolvimento, como a manipulação de políticas públicas, interesses políticos e a instabilidade política (FERRAZ, 1999). No entanto, a OPAS, juntamente com o Ministério da Saúde, em 1998, lançou um programa nacional de promoção da saúde, que incluía o movimento dos municípios saudáveis, as escolas promotoras da saúde, os hospitais saudáveis e os ecos clubes (BRAGA, 1999; GENTILE, 1999; SOUZA, 2001; TERRA, 2000).

Além desses movimentos, abrangia também o programa “Agita São Paulo”, criado em 1996, como uma iniciativa de promoção da saúde de repercussão nacional e internacional, reconhecido pela OMS, porém, devido à dimensão continental do país, essas atividades têm sido diluídas, não sendo divulgadas e avaliadas, dificultando a replicação em outros locais (SOUZA; GRUNDY, 2004).

3.2 AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Desde o final do século XIX até metade dos anos sessenta, o sistema de saúde nacional restringiu-se a um modelo de saúde denominado Sanitarismo Campanhista, que visava única e exclusivamente sanar as epidemias que prejudicavam as atividades agroexportadoras da

lavouira do café, ou seja, o sistema de saúde tinha como objetivo manter a mão-de-obra e os locais de circulação do café livre de doenças para não prejudicar a economia do país.

O modelo de Sanitarismo Campanhista caracterizou-se por ser impositivo punitivo e pela presença das polícias sanitárias, que causavam desconfiança e medo na população.

Com a queda do café, no início da década de 20 do século passado, iniciou-se o processo de industrialização no país, gerando uma grande massa de operários, os quais passaram a ser o foco do sistema de saúde, visto que a economia necessitava de homens fortes e saudáveis para crescer (VILELA; MENDES, 2000).

Em 1923, ano considerado um marco do início da Previdência Social com a lei Eloy Chaves, iniciou-se a assistência médica aos trabalhadores com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), que era a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, e que tinha o objetivo de prestar assistência médica e benefícios aos seus filiados e dependentes. As CAPS restringiam-se apenas para as empresas de estradas de ferro, sendo que apenas no período de 1933 a 1938 foram unificadas, transformando-se em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) que foram sendo sucessivamente criados separando os trabalhadores por categorias profissionais (COHN; ELIAS, 2003).

Este modelo de saúde ficou conhecido como médico-assistencial privatista, e assentava-se num tripé, sendo o estado financiador por meio da previdência social, o setor privado nacional como prestador de serviços de atenção médica e o setor privado internacional como produtor de insumos (MENDES, 1993).

A política da previdência social transformou-se num mecanismo de captação de recursos dos trabalhadores, que faziam suas contribuições mensais para a previdência por meio de descontos realizados sobre a folha de seus salários. Parte desses recursos era desviada para a compra de patrimônios imobiliários para a previdência (COHN; ELIAS, 2003).

O modelo médico-assistencial privatista caracterizou-se então, por ser de caráter técnico, especializado, centralizado, burocrático, ineficaz, voltado para o indivíduo, hospitalocêntrico, com fins lucrativos, que beneficiava a indústria médica e a medicina privada.

No final da década de 70 uma crise fiscal repercutiu na previdência social e conseqüentemente, no modelo médico-assistencial privatista, que se esgotou, pois, apesar de ser um modelo de alto custo, tecnicista e curativista, não conseguia modificar os perfis de morbi-mortalidade do país, por ser inadequado à realidade brasileira (MENDES, 1993).

Segundo o mesmo autor, subseqüentemente, a década de 80 caracterizou-se por uma crise econômica de ordem ideológica e financeira da previdência social e político-institucional, ocorrendo paralelamente ao processo de redemocratização do país.

Nesse contexto, surgiram as primeiras idéias de mudanças no sistema nacional de saúde, com algumas propostas que mais tarde viriam compor a Reforma Sanitária.

Em meio a essa crise são encadeadas, por volta de 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS), que institucionalizavam um novo padrão de relação entre a previdência e os setores públicos de saúde, com um planejamento descentralizado e hierarquizado (COHN; ELIAS, 2003).

Nota-se que até este período não haviam ações de promoção da saúde, e os indivíduos não representavam o foco da atenção dos modelos de saúde, sendo considerados meros objetos receptores de serviços.

No ano de 1986 foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que representou as idéias do projeto de Reforma Sanitária, adotando o conceito ampliado de saúde e elegendo a saúde como direito de todos e dever do estado, propondo uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a implantação de um sistema único de saúde (MENDES, 1993).

Segundo Barchifontaine (2005), em 1987, no desenvolvimento do processo da Reforma Sanitária, criou-se o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que tinha como princípios a descentralização político-administrativa, a integração de todos os serviços de saúde, a universalização do atendimento, a equidade, regionalização, hierarquização e inscrição da clientela à unidade de saúde, situada num determinado espaço geográfico, princípios esses que foram incorporados posteriormente ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O mesmo autor cita ainda que a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 198 oficializou a criação do SUS e, posteriormente, leis complementares regulamentaram cada função definida na Constituição. A regulamentação dos princípios do SUS se deu por meio da Lei Orgânica da Saúde nº. 8080, e da sua complementar nº. 8142, que dispõem sobre os princípios e diretrizes do SUS, seu financiamento e a participação da comunidade organizada na gestão do SUS.

O SUS tem por objetivos a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e estabelece como princípios: a descentralização com transferência de poder e recursos do federal para o estadual e municipal; a hierarquização e regionalização do sistema de saúde; a participação da comunidade por meio dos conselhos deliberativos municipais, estaduais e nacionais; e, a universalização, integralidade e equidade do atendimento (BARCHIFONTAINE, 2005).

O que constatamos atualmente é que o Sistema Público de Saúde (SUS) não é único, convive com dois outros sistemas de saúde privados, sendo eles, o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Medicina Liberal, que estão tomando um espaço considerável no sistema público de saúde, devido a baixa oferta de serviços de saúde oferecidos pelo SUS diante da demanda, e a escassez de recursos, que além de serem insuficientes, são mal usados, pois, o SUS continua trabalhando na lógica do modelo

flexneriano (mecanicista, biologicista, centrado no indivíduo, especializado, curativista) no qual era baseado o modelo médico-assistencial privatista, que se mostrou ineficaz devido ao seu alto custo e baixa resolutividade.

Reconhecemos os avanços alcançados pelo SUS, no entanto, ainda há necessidade de se investir na mudança de modelos assistenciais. Assim, para tentar reverter o quadro caótico de saúde no país, novas propostas de mudanças no modelo de assistência à saúde vêm sendo incorporadas, baseadas nas experiências de outros países, que passaram a organizar os seus serviços de saúde com base na Atenção Primária em Saúde (APS) desde a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde em Alma Ata (1978), enfatizando, também, a promoção da saúde e a prevenção das doenças.

Para alguns autores, como Mendes (2002) e Starfield (2002), há evidências de que os serviços de saúde organizados a partir da APS, com ênfase na promoção da saúde, são mais eficazes e de maior qualidade.

A estratégia que o Brasil vem utilizando para reorganização dos serviços de saúde a partir da APS é a Estratégia da Saúde da Família, apresentada com mais detalhes na página 39.

3.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Desde 1978, por ocasião da Reunião de Alma-Ata, na Rússia, a assistência à saúde vem seguindo uma diretriz baseada no modelo de atenção primária à saúde, buscando a promoção da saúde dos povos, o que tem levado a uma tendência crescente, ao longo das últimas décadas, de mudanças da concepção do processo saúde-doença e, conseqüentemente, de novas estratégias (STARFIELD, 2002).

A Atenção Primária em Saúde (APS) vem sendo estudada no mundo como uma estratégia para reorganizar os serviços de saúde de uma maneira que estes se tornem mais resolutivos.

A concepção inovadora de APS originou-se no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson (LORD DAWSON OF PENN, 1920), que dividiu a organização dos serviços de saúde em três instâncias: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. Tal proposta ficou conhecida como a base da regionalização dos sistemas e serviços de saúde organizados em bases populacionais.

A transformação da APS como doutrina universal foi consolidada com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, de Alma Ata na Rússia em 1978, onde foram definidos como elementos essenciais da APS a educação sobre os problemas de saúde, a prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e nutrição adequada, abastecimento de água e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, prevenção e controle de doenças endêmicas, tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS/ UNICEF, 1978).

O conceito de APS construído na Conferência de Alma Ata teve diferentes interpretações em diversos países, dadas às desigualdades existentes entre os mesmos e também por razões ideológicas. Por isso, atualmente existem três interpretações principais da APS, que são encontradas em diversos países e que até mesmo convivem num mesmo país, sendo elas:

APS como Atenção Primária Seletiva, entendida como um programa determinado para pessoas e regiões carentes, que apresenta um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo com profissionais de baixa qualificação e sem compromisso de referência para um nível de atenção de maior complexidade (UNGER; KILLINGSWORTH, 1986).

APS como nível primário do sistema de serviços de saúde, entendida como a porta de entrada do sistema, enfatizando a função destes serviços na resolutividade dos problemas mais comuns (MENDES, 2001).

APS como estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde, compreendida como uma forma de reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, articulando-se a APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde (MENDES, 2001).

A APS, segundo a World Health Organization (1978) apud Mendes (2002, p.13) é a:

“Atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes, e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares da vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção”.

Segundo Starfield (1992), os princípios ordenadores da APS são: o primeiro contato, que significa a acessibilidade e o uso de serviços de saúde na ocorrência de problema de saúde; a longitudinalidade, que é definida pelo acompanhamento dos cuidados prestados pela equipe, ao longo do tempo, estabelecendo vínculo e relações implicadas; a integralidade, ou seja, prestação de cuidados segundo as necessidades e a natureza dos problemas, responsabilização pela oferta de serviços, compromisso de referência e contra-referência com os pacientes, assegurando o atendimento integral; a coordenação, entendida como a capacidade de garantir a continuidade da atenção através da equipe; a focalização na família o que significa ter a família como sujeito da atenção; e, a orientação comunitária, reconhecimento das necessidades segundo o contexto.

Starfield (1994) demonstrou que os sistemas de saúde orientados pela APS estavam associados com menores custos, maior satisfação da população, melhores indicadores de saúde e menor uso de medicamentos, sendo, portanto, mais eficazes.

A APS tem sido banalizada muitas vezes por não se entender o seu conceito, ou mesmo por uma questão ideológica e pelas distorções de interpretações que surgiram, sendo a mais coerente delas, a interpretação que entende a APS como estratégia reorganizativa do sistema, com compromisso de integrá-lo por meio da referência e contra-referência. Para isso, os serviços de saúde que trabalham na lógica da APS não precisam de alta densidade tecnológica, no entanto, necessitam de profissionais altamente qualificados devido a grande complexidade dos fenômenos encontrados.

No Brasil, o Ministério da Saúde propôs uma estratégia nacional de reorganização do sistema de saúde com ênfase na APS, denominada Programa Saúde da Família (PSF), visto a necessidade de melhorar os índices de morbimortalidade do país.

3.4 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

“A estratégia opõe-se ao programa, ainda que possa comportar elementos programados, é estabelecida tendo em vista um objetivo, determina o desenvolvimento da ação em função do que ela conhece sobre um ambiente incerto, procura reunir informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso. Programa é a determinação a priori de uma sequência de ações tendo em vista um objetivo, é eficaz apenas em condições externas estáveis” (MORIN, 2004, p.64).

O Programa Saúde da Família, apesar de apresentar o nome “Programa” por lidar com muitas situações incertas, trata-se de uma estratégia, com objetivos definidos e metas para serem alcançadas.

Essa nova estratégia na saúde constitui-se em mais um desafio, já que se propõe a uma ruptura com o modelo assistencial atual (modelo biomédico) e à construção de uma nova prática, com uma nova dimensão ética (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No Brasil, o PSF foi criado, em 1994, pelo Ministério da Saúde, como uma nova proposta de modelo de assistência à saúde, visando à reorganização da prática de atenção à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional, incorporando o agente comunitário de saúde (ACS) às Unidades Básicas de Saúde (UBS), e, levando assim, a saúde para mais perto das famílias; e com isso, contribuindo para melhorar a qualidade de vida da comunidade (BRASIL, 2001b).

Além de ser um trabalho de natureza técnica, política e ética, o PSF também envolve uma mudança paradigmática no sistema de serviços de saúde (MENDES, 2002).

O PSF sofreu influência de diferentes modelos internacionais de APS, como os canadense, cubano e inglês, além de receber influência da Roma Antiga, onde já existia o médico de família, que permaneceu como principal agente de saúde até o início do século passado, quando foi extinto como consequência das concepções flexnerianas prevalecentes (TERRIS; SIGERIST, 1989). Com o surgimento do sistema de saúde na Inglaterra em 1948, retomou-se a concepção de Médico de Família, porém com enfoque clínico (TERRIS, 1992).

Nos últimos anos têm surgido novas idéias de profissional da saúde com concepção epidemiológica e social além da curativa, para um modelo de atenção em que haja predominância da promoção e prevenção, com uma relação humanizada entre profissional de saúde, indivíduo, família e comunidade. Essas mudanças começaram em 1978 com a Conferência de Alma-Ata na Rússia, além do Informe Lalonde em 1974, e, sobretudo da Carta de Ottawa em 1986, o que contribuiu para a mudança da visão reducionista da medicina curativa, recomendando-se uma política orientada a alcançar a saúde da população, melhorando as suas condições de vida (DOMINGUEZ, 1998).

No Brasil algumas experiências do PSF já tinham sido realizadas antes da regulamentação oficial do programa, como em Niterói (RJ) em 1991 e Itacarambi (MG) em 1993 (FRANCO; MERHY, 2003), além do Programa de Agentes de Saúde, instituído pela

Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, como parte de um programa de emergência de combate à seca, que obteve resultados positivos na redução da mortalidade infantil. Essa última experiência foi estendida a todo país, pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir das demandas geradas pelo PACS, desenvolveu-se uma experiência de programa de saúde da família no município cearense de Quixadá, que também serviu de base para que o Ministério da Saúde lançasse, no início de 1994, o PSF, como política oficial de atenção primária à saúde (MENDES, 2002).

O Programa Saúde da Família prioriza ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. De acordo com Mendes (1991), é uma estratégia que incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com base no Manual do PSF do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001b), o PSF está estruturado a partir de UBS ou Núcleos de Saúde da Família (NSF), que trabalham com base nos princípios de caráter substitutivo, buscando a integralidade da assistência, a hierarquização e territorialização, por meio do cadastramento da clientela, num trabalho realizado com uma equipe multiprofissional. A Unidade de Saúde da Família (USF) pode ser o antigo Posto ou Centro de Saúde reestruturado, trabalhando dentro de uma nova lógica, que lhe atribui maior capacidade de resposta às necessidades básicas de saúde da população de sua área de abrangência. A melhor imagem para uma USF é a de um funil, no qual apenas uma pequena parte dos casos (cerca de 15%) precisa ser encaminhada para serviços mais especializados.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo também apresentar a Equipe de saúde bucal e outros profissionais da saúde, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. Os

profissionais das equipes de saúde devem residir no município onde atuam, para garantir a vinculação e identidade cultural com as famílias sob sua responsabilidade, trabalhando em regime de dedicação integral.

A equipe deve ser capacitada para conhecer a realidade das famílias por meio do cadastramento e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando seus problemas de saúde, elaborando, com a participação da comunidade, um plano local, para enfrentar os problemas de saúde previamente identificados. As ESF trabalham com uma população adscrita, ou seja, com um número fixo de famílias, e de uma forma geral, recomenda-se que cada ESF preste assistência a um total de 600 a 1000 famílias, totalizando o número máximo de 4500 pessoas.

O trabalho em equipe precisa ser desenvolvido, e quem planeja as ações necessita estar imerso na realidade.

Preferencialmente, o médico da ESF deve ser um clínico geral, que atenda a todos os membros das famílias, independente de sexo e idade, devendo ter vocação para trabalhar em equipe e em comunidade. Suas atribuições específicas são: executar ações de assistência integral, aliando a atuação clínica à de saúde coletiva; realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências; e, realizar pequenas cirurgias ambulatoriais.

O enfermeiro da ESF deve desenvolver seu trabalho na USF e na comunidade, apoiando e supervisionando o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e do auxiliar de enfermagem, bem como assistindo às pessoas que necessitam de atenção de enfermagem no domicílio; além disso, faz parte de suas atribuições organizar as rotinas de trabalho da USF e da comunidade.

O auxiliar de enfermagem deve identificar as famílias de riscos, junto com o ACS e realizar procedimentos nos domicílios, quando solicitado.

O ACS que, preferencialmente, é um morador da comunidade, tem o papel de fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, mantendo um contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda equipe. O ACS é também um elo cultural, que potencializa o trabalho educativo, à medida que faz a ponte entre dois universos culturais distintos, o saber científico e o saber popular.

Suas atribuições específicas são: realizar o mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente este cadastro; visitar cada domicílio, pelo menos uma vez ao mês; identificar indivíduos e famílias em situações de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando e até agendando consultas e exames; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças; promover a educação e mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento de melhoria do meio ambiente, estimulando assim a comunidade para as práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida.

O PSF possui um papel importante para a comunidade, pois contribui para a melhoria das condições de saúde, com os propósitos da promoção de saúde, dentro de uma concepção holística, envolvendo, não apenas fatores biológicos. Esse é um papel de grande importância, visto que, o conceito de saúde é relativo, variando não apenas em função da condição biológica, mas também, em conformidade com o contexto cultural e sócio-econômico (VILELA; MENDES, 2000).

Assim, o PSF fundamenta-se nessa atual concepção do processo saúde-doença, significando uma nova estratégia para o alcance de melhores resultados na área da saúde.

É um projeto amplo, que se preocupa com o indivíduo como um todo, inserido num contexto familiar e dentro de uma realidade específica. Avalia, dentre todos os aspectos da saúde integral, as questões ligadas à saúde bucal, considerando a influência de outros fatores, além das características biológicas individuais, ligadas ao estilo de vida e hábitos, como

também as características geográficas e sócio-econômicas, e acesso a recursos materiais e sociais (MOYSÉS; WATT, 2000).

3.5 A HISTÓRIA DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL

A saúde bucal é compreendida como uma condição ou estado onde o indivíduo consegue realizar as funções bucais sem prejuízos, ou seja, a mastigação, a oclusão, a fala, entre outras, e não apenas como ausência de enfermidades orais.

Ela é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso aos serviços de saúde e à informação (CORREIA DA CRUZ; CLARA COSTA, 2003).

Todo dano à saúde bucal pode estar associado a um baixo nível sócio-econômico e/ou cultural da população, uma vez que hábitos de higiene bucal também estão vinculados à cultura, às condições sociais e aos fatores psicológicos individuais (TODESCAN, 1991).

As práticas de saúde bucal no Brasil nunca se nortearam por essas definições, nortecendo-se pelas práticas odontológicas dos Estados Unidos (EUA), o que caracterizou a prática odontológica do setor privado como cientificista ou flexneriana, privilegiando o indivíduo como objeto de prática e responsável pela saúde (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). Além disso, apresentava um caráter mercantilista, individualista, especialista, mecanicista, elitista, mutilador, centrado no paradigma biomédico, com ênfase na prática curativa, ineficaz, desconsiderando sua relação com as condições sócio-econômicas e culturais dos indivíduos.

Além de influenciar o setor privado odontológico, os norte-americanos também influenciaram as ações de assistência pública (SCHLOSMAN; BROWN; SEDLAK, 1986), o

que refletiu na entrada da odontologia nas escolas, seguindo os passos da medicina (STARR, 1982). Em 1912, acontece a fundação das Clínicas Dentárias Escolares, em São Paulo (CARVALHO; LOUREIRO, 1997), que foi um marco, e a partir daí até 1952 o atendimento escolar no país mostrou-se rudimentar, reproduzindo no serviço público o mesmo tipo de atenção dada nos consultórios particulares (WERNECK, 1994).

O modelo de assistência odontológica hegemônico, que permaneceu até a Constituição de 1988 era de prática privada, e pelo seguro social por intermédio das CAPs e IAPs (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). A partir da década de 50, o SESP (Serviços Especiais de Saúde Pública) institui a assistência planejada voltada a escolares (SERRA, 1998).

Havia alguns modelos gerenciais que norteavam as ações de saúde bucal; porém, o modelo dominante era o “Sistema Incremental em Escolares”, que foi estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, sendo ineficaz e excludente, já que priorizava somente os escolares de 7 a 14 anos, excluindo-se todos os outros cidadãos (OLIVEIRA et al., 1999). Era um modelo importado dos Estados Unidos, em que se preveniam cáries em molares permanentes de crianças com acompanhamento até determinada idade para prevenção, excluindo-se os dentes decíduos (NARVAI, 1994).

A idéia do Sistema Incremental era dar cobertura a pessoas de idades menores, conseqüentemente o atendimento odontológico dirigiu-se ao grupo escolar, numa tentativa de bloquear a cadeia epidemiológica, prevenindo ou tratando as fases iniciais da doença, com a intenção de impedir o agravamento das lesões, evitando, assim, gastos maiores que seriam necessários para conter lesões mais complexas (PINTO, 1993).

A tentativa de resolver os problemas brasileiros com um modelo importado de outro país com perfis epidemiológicos diferentes fez com que este sistema não formulasse nenhuma

estratégia para atingir toda a população, pois, voltava-se exclusivamente para os escolares, tendo um caráter excludente (NARVAI, 1994).

O Sistema Incremental foi aplicado durante 4 décadas, entre os anos 50 e final dos anos 80, caracterizando-se pela presença de um modelo hegemônico de assistência a escolares e, para o resto da população, a assistência se dava de forma pulverizada entre várias instituições como as Secretarias Estaduais de Saúde, entidades filantrópicas e aquelas conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) (NARVAI, 1994; ZANETTI, 1993; ZANETTI et al., 1996). Essa prática caracterizou-se pela predominância da individualidade, do tratamento mutilador/restaurador e da baixíssima resolutividade (WERNECK, 1994).

Na década de 80, a Odontologia brasileira participou da VII Conferência Nacional de Saúde (1980) e da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), sendo que na VII Conferência o modelo de saúde bucal, até então vigente no país, foi publicamente caracterizado pelo seu caráter mercantilista, individualista, elitista, mutilador, cientificista, paliativo, emergencial, ineficiente e ineficaz (SERRA, 1998).

A falta de políticas abrangentes de saúde bucal que valorizassem a temática, enfatizando medidas preventivas coletivas de amplo alcance, como a fluoretação das águas de abastecimento causava uma inacessibilidade dos serviços de saúde bucal, reforçando o caráter individualista e elitista do modelo de atenção em saúde bucal da época (BRIENZA, 2005).

Em 1986, ocorreu em Brasília a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, junto com a VIII Conferência Nacional de Saúde (SERRA, 1998). A partir daí várias reuniões foram realizadas para discussão de propostas políticas para a saúde bucal. No entanto, os modelos assistenciais em saúde bucal só apresentaram uma maior relevância com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe como princípios a universalidade da atenção, a

integralidade, descentralização das ações e a participação da comunidade entre outros, fazendo com que muitos municípios criassem os seus modelos assistenciais.

Observa-se, entretanto, que não havia estabelecido um modelo assistencial de saúde bucal hegemônico no país, baseado nos princípios do SUS, apesar de algumas experiências municipais isoladas terem se destacado, como o “Sistema Inversão da Atenção”, a atenção precoce em saúde bucal “Odontologia para Bebês” e os modelos estruturados a partir do núcleo familiar “Programa Saúde da Família”, entre outras (OLIVEIRA et al., 1999).

O Programa Inversão da Atenção surgiu no final dos anos 80, elaborado por professores da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), difundindo-se por várias cidades mineiras. Seu princípio básico era a mudança de foco da “cura” da cárie para o “controle” e para conseguir atingir seu objetivo, o programa apresentava 3 fases: a “estabilização”, a “reabilitação” e o “declínio” (LOUREIRO; OLIVEIRA, 1995).

O programa não era muito inovador e resgatava a necessidade de uma abordagem mais holística no combate às doenças bucais, baseada na promoção de saúde. Na verdade, esse programa foi o reflexo da história da estruturação dos modelos assistenciais municipais em saúde bucal, o qual nunca teve identidade própria e nunca foi criado a partir dos anseios populares e da conscientização dos profissionais de saúde bucal (OLIVEIRA et al., 1999).

O programa “Odontologia para Bebês” foi uma das experiências mais marcantes da atenção precoce em odontologia, incluindo a clientela de 0 a 5 anos em programas de saúde bucal e teve como propulsor o Prof. Luís Reinaldo de Figueiredo Walter, que implantou a Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina (UEL) (WALTER; GARBERLINI; GUTIERREZ, 1991). A Bebê-Clínica surgiu em 1985, tendo o objetivo de prevenir e controlar a doença cárie na população de 0 a 30 meses. Devido ao seu sucesso, foi estendida às unidades de saúde de Londrina e Cambé-PR.

A atenção precoce na odontologia foi, sem dúvida, um grande avanço, uma estratégia fundamental para a prevenção das doenças, representando a incorporação de um novo olhar na abordagem das doenças bucais, numa perspectiva preventivo-promocional; porém, a implementação desta prática nos serviços de saúde pública deveria se basear na lógica dos princípios do SUS, principalmente na universalidade, estendendo-se o atendimento preventivo a toda população (BELLINI, 1991; PINTO, 1996; ROSA; SCHEIDER; NARVAI, 1992).

A necessidade de se melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, quer em termos de promoção, quer de proteção e recuperação, impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção, valendo-se, para tanto, de sua inclusão na estratégia de saúde da família.

Neste contexto foi elaborado o Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, contido na Portaria nº 267, de 06/03/2001, do Ministério da Saúde, com os seguintes objetivos:

- Melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira;
- Orientar as práticas de atenção à saúde bucal, de acordo com o preconizado pelo Programa de Saúde da Família (PSF);
- Assegurar o acesso de todas as famílias residentes nas áreas cobertas pelas equipes de saúde da família às ações de promoção e de prevenção, bem como aquelas de caráter curativo-restauradoras de saúde bucal;
- Capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal necessários ao PSF, por articulação das instituições de ensino superior e as de serviço do SUS;
- Avaliar os padrões de qualidade e o impacto das ações odontológicas desenvolvidas, de acordos com os princípios do PSF (BRASIL, 2001c).

A inclusão da área de saúde bucal no PSF, no nível nacional, foi estabelecida pelo Ministério da Saúde pela Portaria MS 1444 de 28 de dezembro de 2000, regulamentada pela Portaria 267 (SÃO PAULO, 2001), permitindo o desenvolvimento de ações promotoras, preventivas e curativo-reabilitadoras de forma integrada, beneficiando grupos prioritários, com enfoque no nível educacional da população, assim como nos padrões de cultura, crença e tradição popular, que influenciam a formação de hábitos alimentares e as condutas de higiene pessoal e coletiva.

As equipes de Saúde Bucal dentro do PSF devem ser compostas por cirurgiões-dentistas, atendentes de consultório dentário e/ou técnicos em higiene dental, que atuam nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2001b).

Os cirurgiões-dentistas (CD) devem realizar levantamento epidemiológico para traçar o perfil de saúde bucal da população adscrita; realizar os procedimentos clínicos definidos na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUS 96 - e na Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde (NOAS); realizar o tratamento integral, no âmbito da atenção básica para a população adscrita; encaminhar e orientar os usuários que apresentam problemas complexos a outros níveis de assistência, assegurando seu acompanhamento; realizar atendimentos de primeiros cuidados nas urgências; realizar pequenas cirurgias ambulatoriais; prescrever medicamentos e outras orientações na conformidade dos diagnósticos efetuados; emitir laudos sobre assuntos de sua competência; executar as ações de assistência integral, aliado a atuação clínica à saúde coletiva, assistindo as famílias, indivíduos ou grupo específicos, de acordo com planejamento local; coordenar ações coletivas voltadas para promoção e prevenção em saúde bucal; programar e supervisionar o fornecimento de insumos para as ações coletivas; capacitar as equipes de saúde da família no que se refere às ações educativas e preventivas em saúde bucal e

supervisionar o trabalho desenvolvido pelo Técnico em Higiene Dental (THD) e o Atendente de Consultório Dentário (ACD) (BRASIL, 2001b).

O THD deve sob a supervisão do cirurgião dentista, realizar procedimentos preventivos, individuais ou coletivos nos usuários, como escovação supervisionada, evidênciação de placa bacteriana, aplicação tópica de flúor, selantes, raspagem, alisamentos e polimentos, bochechos com flúor, entre outros; realizar procedimentos reversíveis em atividades restauradoras; cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos; acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos trabalhos da equipe de saúde da família no tocante à saúde bucal (BRASIL, 2001b).

O ACD tem como atribuições específicas realizar a desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados; sob supervisão do cirurgião dentista ou do THD, realizar procedimentos educativos e preventivos aos usuários, individuais ou coletivos, como evidênciação de placa bacteriana, escovação supervisionada, orientações de escovação, uso de fio dental; organizar o instrumental e materiais (sugador, espelho, sonda, etc.) necessários para o trabalho; instrumentalizar o CD ou THD durante a realização de procedimentos clínicos; agendar o paciente e orientá-lo ao retorno e à preservação do tratamento; acompanhar e desenvolver trabalhos com a equipe de Saúde da Família, no tocante à saúde bucal (BRASIL, 2001b).

No ano de 2004, levando em conta todos os problemas que a saúde bucal no país tem enfrentado, foi criada pela primeira vez na história do Brasil a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), chamada Brasil Sorridente, que apresenta como meta a produção do cuidado, melhorando o acesso das pessoas aos serviços odontológicos. A PNSB compreende um conjunto de ações nos âmbitos individual e coletivo que abrange a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe,

dirigidas a populações pelas quais se assume a responsabilidade com o cuidado em saúde bucal, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem (BRASIL, 2004a).

A PNSB tem como estratégia a reorganização de todos os níveis de atenção para melhorar o acesso das populações em relação à saúde bucal, com a organização da atenção básica por meio da inserção das equipes de saúde bucal no PSF e a ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária, com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) em todo país, servindo como centro de referência para os serviços de atenção básica, onde são realizados alguns serviços especializados (BRASIL, 2004a).

A inserção da equipe odontológica no PSF fez com que os cirurgiões-dentistas repensassem suas práticas, valores e conhecimentos envolvidos no processo saúde-doença, além do fato de que o uso de ferramentas do PSF ajudou a entender que o processo de formação da cárie em algumas famílias envolve muito mais do que o dente e a placa bacteriana, revelando a importância das relações familiares, crenças e costumes (SILVA; NASCIMENTO; RIBEIRO, 2003).

Assim, para melhorar as condições de saúde bucal e reduzir as desigualdades, visto que uma boca desdentada é a imagem típica da pobreza e da exclusão social, a profissão odontológica deve se envolver ativamente em estratégias de promoção de saúde tendo a obrigação de apresentar ao público a base objetiva da promoção de saúde bucal (BUISCHI, 2000; MOYSÉS; WATT, 2000)

Apesar de uma concordância quase unânime sobre as necessidades de mudança, e as limitações de um sistema de saúde falido, por seu alto custo e baixa eficácia, as ações inovadoras de base preventiva ainda são incipientes e não ameaçam a sólida hegemonia com que o modelo biológico-curativista é exercido (PRADO; TOMITA, 2003). Devido a isso, a saúde bucal na maioria dos municípios brasileiros, constitui ainda um grande desafio frente

aos princípios do SUS, principalmente no que se refere à universalização e à equidade do atendimento (GOMES et al., 2004).

O sucesso da estratégia do PSF é resultante de uma mudança na atitude dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, incluindo também na equipe, o cirurgião dentista (SILVEIRA FILHO, 2002).

Além disso, é importante a participação social no nível individual e coletivo, pensando na busca de soluções para melhores condições de saúde e de vida de uma comunidade. No entanto, não basta apenas a participação da comunidade em programas e projetos político-administrativos, é preciso também que haja um nível de consciência das pessoas que permita a elas um julgamento mais preciso do contexto em que vivem, bem como das ações existentes voltadas para determinadas condições ou problemas.

O nível de consciência, por sua vez, está diretamente relacionado às atitudes e percepções dos indivíduos sobre o risco à saúde (TAKAYANAGUI, 2004). De acordo com Elliott, Eyles e Scott (2000), no nível individual, os tipos de atitudes e percepções de cada indivíduo podem ajudar a amenizar as ansiedades e temores ou então, representar fator de maior risco a eles, dependendo do nível de compreensão do objeto em questão.

O mesmo ocorre na saúde bucal: se o indivíduo percebe com clareza a importância de adotar comportamentos saudáveis, e toma atitudes voltadas para essa direção, é muito mais fácil conseguir uma melhor condição de saúde bucal.

3.6 A EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS BUCAIS: FATORES DE RISCO

Toda ação ou atividade humana pode sofrer influência de diferentes fatores. Na saúde, em especial na saúde bucal, podemos enumerar alguns fatores que já são conhecidos

cientificamente como determinantes dessa condição de saúde, representando, assim, fatores de risco para a saúde bucal.

Fator de risco refere-se a um perigo ou à probabilidade de ocorrer um perigo, podendo causar algum tipo de dano. Quando estamos expostos a algum fator de risco, temos um aumento da chance de adquirirmos algum dano ao nosso organismo como uma doença ou uma interferência negativa em nossa saúde (PINTO, 2000).

Especificamente na área de saúde bucal, há muitos fatores de risco para se adquirir doenças bucais, sendo alguns não percebidos como perigosos, pela população, devido, talvez, à falta de esclarecimento ou conhecimento (SOARES, 2003/2005).

Segundo Buischi (2000), embora a maior parte dos fatores de risco relacionados à saúde bucal possam ser modificados em nível individual para promover a saúde bucal, muitos desses fatores são influenciados por fatores sócio-políticos e econômicos, complexos, que fogem do controle de muitos indivíduos.

Segundo Pinto (2003), na área odontológica, do ponto de vista epidemiológico, o Brasil passa por um período histórico muito importante.

“O quadro epidemiológico brasileiro reflete com nitidez algumas das principais características da nossa sociedade: economia em crise prolongada; agudas desigualdades salariais e sociais; sistema educacional com ênfase na formação superior educacional; produção agrícola voltada para a exportação; grande número de pessoas de baixa renda e em estado de pobreza relativa ou absoluta.” (PINTO, 2003, p. 25).

Ainda, segundo esse mesmo autor, a influência desses determinantes sobre a odontologia é percebida pelo acesso inviável às clínicas particulares para cerca de 119 milhões de pessoas, pela expansão exagerada do número de profissionais odontólogos, pela atenção profissional voltada para prática curativa e pela elevada produção de açúcar desde o século XVI.

A seguir são detalhados alguns fatores de risco relacionados às principais doenças bucais, encontrados na literatura, como: Cárie Dentária, Doença Periodontal, Fluorose Dental, Câncer Bucal, Fissuras Lábiopalatinas e Maloclusão.

- Cárie Dentária

A Cárie dental é a principal doença bucal; tem origem bacteriana, multifatorial, e pode ser definida como uma destruição local dos tecidos dentais causada pela ação das bactérias específicas, que realizam a fermentação dos carboidratos da dieta, produzindo ácidos, principalmente o ácido lático, que causam a queda do pH, e, conseqüentemente, a desmineralização dos tecidos dentais (PINTO, 2000).

Ainda, segundo o mesmo autor, muitos fatores podem influenciar potencializando ou amenizando a ocorrência da cárie, sendo que o único fator considerável imprescindível para a ocorrência da doença é a presença de placa bacteriana, pois, a cárie não se desenvolve na ausência de microrganismos. Outros fatores também devem estar presentes para que a cárie se desenvolva: são os chamados fatores determinantes. A dieta, a saliva e o acesso ao flúor são considerados fatores determinantes, enquanto o meio biopsicossocial onde o indivíduo está inserido, entre eles, o nível socioeconômico, o comportamento, as atitudes e o nível de conhecimento, são considerados fatores mascaradores.

Podemos também encontrar alguns fatores ligados à condição de vida pessoal e biológica dos indivíduos, citados por Burt e Eklund (1999a) e Assaf e Pereira (2003), a saber:

- Idade: Atualmente, a relação do aumento do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) com o aumento da idade não é mais percebida, pois a cárie ataca em todas as fases da vida.

- Sexo: As mulheres têm demonstrado mais altos índices CPOD que os homens; no entanto, esse achado não é universal.
- Raça e etnia: Não apresentam influências nas variações globais de experiência de cárie, sendo que essas variações resultam mais do meio ambiente do que de atributos inerentes à raça.
- Idade, sexo e raça: são considerados fatores de risco; entretanto, as diferenças desaparecem quando as causas sociais, culturais e demográficas são analisadas.
- Nível socioeconômico: quanto menor o nível socioeconômico maior o índice de cárie; as condições socioeconômicas afetam o acesso a serviços odontológicos, a alimentação, os hábitos de higiene oral e conseqüentemente, a saúde bucal como um todo.
- Fatores genéticos e familiares: esses fatores têm sido relatados em pesquisas; no entanto, os estudos não definem se essas tendências têm base genética ou se originam de transmissão bacteriana, dieta familiar ou traços comportamentais.
- Placa Bacteriana: a cárie dental é uma doença bacteriana, transmissível, sendo que a presença de bactérias é uma condição necessária para sua ocorrência, o que caracteriza a presença de microorganismos como um importante fator de risco. As principais bactérias envolvidas são os *streptococos mutans*, os *lactobacilos* e algumas espécies de *actinomices*.
- Nutrição: apesar de limitada nessa questão, a epidemiologia evidencia que desnutrição severa ou crônica durante a infância pode predispor a pessoa à cárie dental.
- Dieta: fatores relacionados à dieta têm uma influência clara no desenvolvimento de cáries; existe uma forte relação entre a ingestão de açúcares e a prevalência e severidade da doença.

- Saliva: pode influenciar o desenvolvimento da cárie, no que se refere à deficiência na secreção salivar, à capacidade-tampão e à composição inorgânica e orgânica.

- Doença Periodontal

A doença periodontal é entendida como um conjunto de condições inflamatórias, de patologias, que afetam os tecidos periodontais, tendo caráter crônico e origem bacteriana. No começo afeta somente o tecido gengival e, com o tempo, pode levar à perda dos tecidos de suporte dos dentes (PINTO, 2000; HEBLING, 2003).

As doenças periodontais de maior prevalência são as gengivites e a periodontite. A gengivite é uma inflamação gengival, de caráter reversível, que pode ocorrer em qualquer indivíduo que apresente acúmulo de placa bacteriana. É considerada uma doença infecto-inflamatória, caracterizada por vermelhidão gengival (PINTO, 2000; HEBLING, 2003).

A periodontite é a inflamação dos tecidos de suporte dental, detectada pela perda de inserção do osso, cemento e ligamento periodontal, resultando em bolsa periodontal (PINTO, 2000; HEBLING, 2003).

Segundo Hebling (2003) os fatores de risco para as doenças periodontais podem ser divididos em: fatores de risco congênitos (raça, sexo, fatores genéticos e hereditários, imunodeficiência congênita, disfunção fagocítica, síndrome de down, síndrome de Papillon-Lefèvre, síndrome de Ehlers-Danios e deficiências nutricionais) e fatores de risco adquiridos e ambientais como: higiene bucal precária, idade, medicações, fumo, estresse, imunodeficiência adquirida e doenças inflamatórias adquiridas.

Segundo Burt e Eklund (1999b) mais de 70% dos adultos em todas as partes do mundo têm algum grau de gengivite ou periodontite. A gengivite é encontrada em crianças, com

maior prevalência e severidade na adolescência, tendendo a estabilizar-se depois dessa fase de vida. Algumas pesquisas mostram que homens têm mais problemas periodontais do que mulheres, e que essas apresentam melhor higiene oral; no entanto, atualmente, os conhecimentos de patogênese sobre a periodontite evidenciam que não há diferenças entre homens e mulheres na susceptibilidade à periodontite. As evidências também sugerem que raça e etnia exclusivamente não podem ser consideradas fatores de risco para periodontite.

Ainda, segundo os mesmos autores, existe uma maior prevalência e severidade de doenças periodontais em pessoas mais velhas; no entanto, isso não decorre de uma maior susceptibilidade de pessoas mais velhas, e, sim, do acúmulo de lesões com o tempo. As condições socioeconômicas também influenciam a saúde gengival, bem como a higiene oral e o acúmulo de placa.

Há uma clara associação entre fumo e doença periodontal. Independente da higiene oral, idade ou qualquer outro fator, o fumo é considerado o maior fator de risco para doença periodontal. Algumas enfermidades sistêmicas são associadas com periodontite como a diabetes, a Síndrome da Imunodeficiência adquirida e doenças cardiovasculares. Os patógenos mais relacionados com a periodontite são *Actinobacillus Acetomycetencomitans*, *Porphiromonas Gengivalis* e *Prevotella Intermédia*, e a presença de uma ou mais dessas bactérias é uma condição necessária para o desenvolvimento da periodontite (BURT; EKLUND, 1999b; HEBLING, 2003).

- Fluorose Dental

A fluorose dental é um distúrbio do esmalte causado pela excessiva e crônica ingestão de flúor durante o período de desenvolvimento (BURT; EKLUND, 1999c).

Segundo Besten (1994), a fluorose é definida como uma hipoplasia do esmalte decorrente da exposição à ingestão de flúor que pode apresentar diferentes níveis de manifestação clínica.

A água fluoretada é um fator de risco para fluorose, visto que, pequenas trocas na concentração de flúor na água podem levar a consideráveis mudanças na prevalência e severidade dessa doença. Os suplementos de flúor são também considerados um importante fator de risco para fluorose, bem como os dentifrícios fluoretados, por causa da ingestão de creme dental nas escovações em crianças. Enxaguadores bucais com flúor, aplicações profissionais de gel e verniz com flúor não são considerados fatores de risco para fluorose segundo os autores Burt e Eklund (1999c).

No entanto, para os autores Kozlowski e Pereira (2003), as variáveis que afetam a fluorose são: o fator nutricional, aspecto socioeconômico, temperatura, a inalação de gases com altas concentrações de flúor, a altitude, tabletes com flúor, dentifrícios, produtos alimentícios, bebidas, além dos enxaguadores bucais e da aplicação tópica de flúor profissional.

Destaca-se então, que os enxaguadores bucais e as aplicações tópicas de flúor gel e verniz são considerados fatores de risco para alguns autores e para outros não, não havendo um consenso na literatura sobre esses produtos.

- Câncer Bucal

Esta patologia inclui qualquer alteração maligna codificada de 140 a 145 no Código Internacional de Doenças, com localização no lábio, língua, glândulas salivares, gengiva, assoalho da boca, mucosa da bochecha, vestíbulo da boca, palato e úvula (PINTO, 2000).

De 1979 a 1998, observou-se um aumento da taxa de mortalidade relacionada ao câncer da boca, passando de 1,32 para 1,82 por 100.000 habitantes, sendo este aumento principalmente observado no sexo masculino, onde a taxa de mortalidade passou de 2,16 em 1979 para 2,96 por 100.000 homens em 1998 (BRASIL, 2002a).

Segundo alguns documentos oficiais sobre câncer bucal do Ministério da Saúde e do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (BRASIL, 2002a; SOARES, 2003/2005), o principal fator de risco relacionado ao câncer bucal é o fumo, por apresentar grande quantidade de substâncias carcinogênicas, que têm ação direta na mucosa bucal. O consumo de bebidas alcoólicas também está classificado como um fator de risco preocupante, pois essas bebidas agem diretamente na mucosa bucal, irritando-a por meio de seus componentes químicos. Sabe-se que o tabagismo associado ao etilismo pode potencializar a possibilidade do desenvolvimento do câncer bucal.

Nesses mesmos documentos, encontra-se que outro fator de risco ao câncer bucal, principalmente ao de lábio inferior é a exposição à luz solar, pois a porção ultravioleta da luz solar causa dano celular, e, portanto, quando há exposição excessiva, existe o risco de desenvolvimento de carcinoma no lábio inferior.

Ainda, sabe-se que alguns vírus também apresentam relação com o câncer, apresentando sinergismo com o tabagismo, etilismo, luz solar, aumentando o risco de desenvolvimento de neoplasias malignas. A dieta alimentar atualmente tem sido relacionada como um fator de risco para o câncer bucal; porém, ainda há poucos estudos sobre essa relação. Sabemos também, que algumas drogas, radiações e a exposição das pessoas a substâncias químicas, além da susceptibilidade genética também são considerados fatores de risco para o câncer, incluindo-se o câncer bucal (BRASIL, 2002a; SOARES, 2003/2005).

- Fissuras Labiopalatinas

Segundo Burt e Eklund (1999d) as fissuras labiopalatais são causadas pela falta de fusão entre os processos embrionários da face e entre os processos palatinos. São predominantemente de origem genética e há evidência de interações genéticas ambientais em sua etiologia.

Segundo dados estatísticos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP), a ocorrência de fendas labial e palatina ou de ambas é de 1: 650 nascidos vivos (FONSECA; RESENDE, 1971; NAGEM FILHO, 1968; SILVA FILHO; ALMEIDA, 1992).

Há maior ocorrência de fendas labiais em homens e maior ocorrência de fendas palatinas em mulheres. As fendas aparecem com maior frequência em nascimentos múltiplos; bebês com fendas geralmente apresentam baixo peso ao nascer, havendo uma alta taxa de mortalidade entre crianças com fendas, sendo que 35% das crianças com fendas apresentam má formações associadas. A ocorrência de fendas é associada também com ameaça de aborto espontâneo durante o 1º e 2º trimestre de gravidez, com gripe e febre da mãe no 1º trimestre e com consumo de droga pela mãe durante o 1º trimestre (BURT; EKLUND, 1999d).

- Maloclusão

A maloclusão, segundo a Associação Americana de Ortodontistas é o desvio da oclusão normal nas relações intermaxilares ou intramaxilares dos dentes. Os fatores etiológicos podem ser genéticos, congênitos ou adquiridos (PINTO, 2000).

Segundo Moyers (1993), as principais causas de maloclusão são: a hereditariedade, os defeitos de desenvolvimento de origem desconhecida, traumatismos pré e pós natais, agentes físicos, hábitos bucais, enfermidades e má nutrição.

3.7 GERENCIAMENTO DE RISCO

Na vida há diferentes situações que nos expõem a diversos agentes ou condições que podem levar a um dano ou agravo de nossa segurança ou de nossa saúde.

Esses danos ou agravos estão sempre relacionados a uma situação de risco, geralmente externa.

Diante da diversidade de riscos que se apresentam no atual estágio de desenvolvimento humano, várias têm sido as tendências de seu controle e gerenciamento, em todas as áreas do conhecimento.

O gerenciamento de risco é considerado um importante instrumento para subsidiar o processo de tomada de decisão político-administrativa em diversos serviços voltados para a sociedade, tendo como objetivo controlar, prevenir e reduzir perda de vidas, doenças e impactos ambientais (NATIONAL STANDARD OF CANADÁ, 1997).

O conceito de risco está presente em todas as atividades humanas, podendo também estar relacionado à saúde, no contexto da segurança. Na área da saúde, apresenta-se especialmente em situações que possam acarretar danos ao organismo humano.

Assim, um agravo à saúde do indivíduo pode ser provocado por um fator presente, porém evitável ou não desejável, como ocorre em casos de danos à saúde bucal.

De acordo com a metodologia de gerenciamento de risco canadense (NATIONAL STANDARD OF CANADÁ, 1997, p. 7), a análise do risco deve responder a três questões fundamentais:

- 1-O que pode estar errado? (em relação ao perigo existente)
- 2-Como ou por que isto está acontecendo? (pela análise da sua frequência e causas)
- 3-Quais são as conseqüências? (pela análise das conseqüências a ele atribuídas)

Uma vez levantadas essas questões, os resultados da análise do risco podem ser usados pelos tomadores de decisão para formulação de políticas públicas, buscando a melhoria da condição de vida e saúde da população, tendo em vista a prevenção de riscos ou a sua redução. Essa prática é muito comum nos países da América do Norte, como no Canadá e Estados Unidos da América (ELLIOTT; EYLES; SCOTT, 2000).

De acordo com o mesmo documento canadense (NATIONAL STANDARD OF CANADÁ, 1997, p. 15), os perigos (situações com um potencial para o dano) podem ser agrupados em quatro categorias gerais, denominadas:

- 1-Perigos Naturais (tornados, raios);
- 2-Perigos tecnológicos (sistemas de transporte, pesticidas, herbicidas);
- 3-Perigos sociais (assaltos, guerras, doenças infecciosas) e
- 4-Perigos de estilo de vida (abuso de drogas, álcool, fumo).

Ainda, segundo esse documento (NATIONAL STANDARD OF CANADÁ, 1997, p.15), os riscos podem também ser categorizados de acordo com a natureza das conseqüências que estão sendo investigadas, como exemplo:

- 1-Individual (impacto no indivíduo; membro de uma população geral);
- 2-Ocupacional (impacto nos trabalhadores);
- 3-Social (impacto na população em geral);
- 4- Perdas econômicas (cobranças, multas);
- 5-Ambiental (impacto no solo, ar, água, flora, fauna e no patrimônio cultural).

Ao se buscar novas condições para a saúde de uma comunidade, não basta apenas os serviços de saúde impor seus projetos e metas; é preciso que as pessoas da comunidade compreendam e se interessem pelas proposições do setor saúde; assim, os serviços e profissionais de saúde devem identificar o conhecimento, a percepção de risco e as necessidades que as comunidades possuem.

A Percepção de Risco vem sendo muito utilizada no Canadá, tanto para estudos relacionados à saúde humana quanto à saúde ambiental, trabalhando com a importância que os indivíduos envolvidos num determinado problema dão à situação, e resultando na forma como os envolvidos num determinado problema expressam suas necessidades, questões e preocupações (NATIONAL STANDARD OF CANADÁ, 1997).

Segundo Wiedemann (1993, p.3), a percepção de risco é definida como sendo a

“habilidade de interpretar uma situação de potencial dano à saúde ou à vida da pessoa, ou de terceiros, baseada em experiências anteriores e sua extrapolação para um momento futuro, habilidade esta que varia de uma vaga opinião a uma firme convicção”.

É baseada principalmente em imagens e crenças, tendo raízes em alguma experiência anterior (WIEDEMANN, 1993).

Estudos sobre a percepção de risco surgem na década de 70/80, como um contraponto à perspectiva utilitarista das análises técnicas de risco, que não contemplavam as crenças, os receios e inquietações das comunidades envolvidas (GÓMEZ; FREITAS, 1996-1997; SLOVIC; FISCHHOFF; LIECHTEISNTEIN, 1979; STARR, 1969). Surgem com o objetivo de desvendar as causas que acompanhavam as reações negativas do público leigo frente ao advento de uma nova tecnologia, mesmo com o aval de especialistas (DOUGLAS; WILDAVSKY, 1982; OTWAY; THOMAS, 1982; OTWAY; WINTERFELDT, 1982).

A percepção de risco da população é, geralmente, bastante distinta daquela advinda de especialistas, sobretudo de cientistas (SLOVIC; FISCHHOFF; LIECHTEISNTEIN, 1979). Suas interpretações norteiam-se muito mais em suas crenças e convicções do que em fatos e dados empíricos, que são elementos que formam a base da construção da percepção de riscos de técnicos e cientistas (SLOVIC, 1987).

Segundo Peres, Rozemberg e Lucca (2005), experiência, informação e “*background*” cultural são determinantes da percepção de riscos. Outros fatores, como grau de escolaridade

e a especificidade de atividades realizadas também dão a base de sustentação da percepção de riscos das pessoas.

A percepção de risco de um determinado problema pode variar de acordo com a idade, o sexo e características culturais da população (NATIONAL STANDARD OF CANADÁ, 1997).

Nesse contexto, conhecer a percepção de risco, o quanto de conhecimento é absorvido pela comunidade, assim como quais as atitudes mais comuns frente a um dado fenômeno, é fator fundamental para o planejamento de ações assistenciais em saúde, que visem o alcance de melhores resultados na adesão e condição de saúde.

O mesmo ocorre com a saúde bucal, onde os profissionais da Equipe Odontológica devem conhecer a percepção de risco dos indivíduos, por meio do levantamento das suas crenças, valores, e do conhecimento relativo à saúde bucal que a comunidade possui, assim como as atitudes que toma em relação a essa condição de saúde, para poder planejar suas ações de maneira mais eficaz.

Os fatores psicológicos, principalmente crenças e valores influenciam o comportamento das pessoas. As crenças envolvem opinião sobre as causas de eventos específicos e têm expectativas sobre a probabilidade de certos resultados; já os valores são avaliações sobre determinados resultados em maus ou bons, desejáveis ou não. As crenças são os valores cognitivos e os valores representam o componente afetivo das atitudes e nem sempre eles precisam ser mudados (DICKSON; ABEGG, 2000).

Atitude distingue-se de valor, sendo ela considerada como tendência específica para as ações e os valores, disposição no indivíduo que orienta em relação à vida. Os valores constituem a base das atitudes manifestas (VAN KOLCK, 1975).

Ainda, em relação à saúde bucal, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo enfatiza que cabe à gerência e às equipes de cada unidade analisar o perfil de saúde bucal da

população adscrita, por meio de levantamentos epidemiológicos, identificando necessidades individuais e classificando, por risco, a população de cada micro-área e as famílias de maior risco (SÃO PAULO, 2001).

Mastrantonio e Garcia (2002) consideram que é também necessária uma avaliação do nível de conhecimento odontológico do público-alvo, antes da elaboração de programas educativos, para que sejam adequados às reais necessidades da população a ser educada.

De acordo com Carneiro (2001), para se cumprir o proposto no modelo de promoção de saúde bucal deve-se procurar integrar, além das necessidades que têm como base o perfil epidemiológico, também a diversidade cultural e as expectativas das pessoas em relação a sua saúde.

A diversidade cultural de um grupo inclui todos os valores, crenças, normas e regras de comportamentos que orientam suas formas de pensar, decidir e agir com relação ao cuidado em saúde.

Os programas de saúde devem considerar os aspectos relativos ao conhecimento e às práticas em saúde bucal para viabilizar o processo de capacitação da população e promover a responsabilização coletiva da promoção da saúde, em todos os níveis da sociedade (UNFER; SALIBA, 2000). Ainda, para Buss (2002), o profissional de saúde bucal deve conhecer a respeito das atitudes e percepção que a comunidade possui, assim como o seu conceito sobre saúde.

Desse modo, fica evidente que o profissional da área odontológica deve conhecer a percepção de risco que a comunidade possui sobre saúde bucal, assim como as atitudes que toma em relação a isso, e os conhecimentos que possui a respeito dessa questão.

Nesse sentido, esta investigação visa contribuir para a implementação de ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde bucal, em comunidades assistidas pelo PSF, considerando a realidade de vida da população, por meio de levantamento da percepção de

risco de sujeitos pertencentes a famílias cadastradas no programa, em relação à saúde bucal. Visa também buscar subsídios para a implementação de programas de educação em saúde bucal, com motivação e incentivo da população local em relação ao autocuidado, de forma a se habilitar, e a se auto-responsabilizar por sua saúde bucal, tendo em vista a importância de se considerar a subjetividade das pessoas diante das situações vividas e das dificuldades de enfrentamento de seus problemas de saúde.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral:

Conhecer a percepção de risco, relacionada à saúde bucal, de indivíduos cadastrados em NSF, no município de Ribeirão Preto-SP.

4.2 Específicos:

1-Identificar o conhecimento de indivíduos cadastrados em NSF, no município de Ribeirão Preto-SP sobre os fatores de risco relacionados à saúde bucal.

2-Identificar crenças e valores sobre saúde bucal dos indivíduos selecionados para o estudo.

3-Identificar as atitudes e/ou comportamentos relacionados à saúde e doença bucal dos indivíduos selecionados para o estudo.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1-Método

5.1.1-Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e exploratório, que utiliza variáveis quantitativas e qualitativas para a análise e interpretação dos dados levantados nesta investigação.

5.1.2-Quanto aos fins

Constitue-se em um estudo descritivo exploratório, uma vez que a pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistematizada. Assume, em geral, a forma de levantamento que envolve a interrogação direta das pessoas, cujo comportamento se deseja conhecer (SILVA; MENEZES, 2001), podendo também incluir a observação da realidade em estudo. Esse tipo de pesquisa caracteriza-se por explorar uma realidade não conhecida (LEOPARDI, 2002). Para Santos (1999), a pesquisa descritiva se propõe a descrever fatos ou fenômenos de determinada realidade.

As pesquisas exploratórias permitem ao pesquisador ampliar sua experiência em torno de um determinado problema; consistem em explorar a primeira aproximação de um tema e têm como objetivo criar maior familiaridade em relação a um fato, permitindo a formulação de melhorias para a prática observada (LEOPARDI, 2002).

5.1.3-Quanto aos meios

Trata-se de uma pesquisa de campo, que segundo Leopardi (2002), são desenvolvidas em locais de convívio social, como hospitais, clínicas, comunidades, entre outras, e procuram examinar práticas, comportamentos, atitudes das pessoas ou grupos na vida real.

5.1.4-Quanto às abordagens

Optamos por utilizar ambas as abordagens qualitativa e quantitativa, visto que, a junção de ambas permite uma melhor compreensão dos dados levantados. Desse modo, as variáveis qualitativas foram utilizadas para melhor compreensão e elucidação dos dados quantitativos obtidos.

Segundo Pope e Mays (1995), os métodos qualitativos e quantitativos não se excluem, sendo que os métodos qualitativos trazem à pesquisa uma mistura de procedimentos de cunho racional e intuitivo, que contribui para a melhor compreensão dos fenômenos.

Segundo Neves (1996), a combinação de técnicas quantitativas e qualitativas torna uma pesquisa mais forte, diminuindo os problemas de adoção exclusiva de um desses métodos; entretanto, a omissão do uso do método qualitativo, num estudo que se faz possível empregá-lo pode empobrecer a visão do pesquisador em relação ao contexto em que ocorre o fenômeno.

Esta investigação tem, ainda, como referencial teórico, a promoção da saúde dentro dos princípios seguidos pelo Sistema Único de Saúde vigente no país, que busca, entre outros, a integralidade e a universalidade da assistência, inseridos no conceito de acessibilidade.

O estudo baseia-se, também, no referencial teórico do Método de Gerenciamento de Risco, com ênfase na fase da percepção de risco, que segundo Cole, Ursit e Sider (1995),

Eduljee (2000) e Takayanagui (2004), é um importante instrumento para subsidiar o processo de tomada de decisão político-administrativa em diversos serviços voltados para a sociedade.

Gerenciamento de Risco é uma aplicação sistematizada de políticas de gerenciamento, procedimentos e práticas que requerem análise, avaliação e controle do risco existente em uma dada realidade; tem o objetivo de controlar, prevenir e reduzir perda de vidas, doenças ou injúrias e impactos ambientais, englobando em uma das suas fases a percepção de risco (ELLIOTT; EYLES; SCOTT, 2000).

De acordo com a OPAS (S/D), a percepção de risco de indivíduos ou de parte de comunidades é um elemento de grande relevância no processo de gerenciamento de riscos, devendo ser levado em consideração e ser constantemente reavaliado.

Neste trabalho levantamos a percepção de risco segundo os conhecimentos, valores e crenças de indivíduos sobre saúde bucal, bem como os comportamentos e atitudes tomadas por esses sujeitos em relação a essa condição de saúde, tendo em vista que esses fatores exercem efeitos importantes sobre os indivíduos e sociedade, sendo importantes norteadores da formulação de políticas públicas.

5.2-Procedimento Metodológico

Local do estudo:

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto-SP, localizado no Nordeste do Estado de São Paulo, que se constitui numa das âncoras da economia do Estado. Apresenta uma população estimada de 551.312 habitantes, tendo bons indicadores para o conjunto da chamada infra-estrutura social (IBGE, 2005).

Os percentuais de atendimento da população verificados para a rede de saneamento básico mostram-se superiores aos observados para o restante do estado e para as cidades do interior, com 99,09% de abastecimento de água, 97,15% de coleta de lixo e 95% de coleta de esgoto. No entanto, apenas cerca de 40% desse esgoto coletado é tratado (RIBEIRÃO PRETO, S/Da).

O setor saúde do município é constituído por ampla rede ambulatorial, hospitalar, de apoio diagnóstico e terapêutico, oferecidos por serviços privados (filantrópicos e lucrativos) e públicos (estaduais e municipais) (RIBEIRÃO PRETO, S/Db).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde apresentados no Plano municipal de saúde 2005-2008, a estrutura hospitalar é composta por 14 hospitais. Alguns desses hospitais são conveniados ao SUS, como: o hospital geral universitário estadual, que é dividido em duas unidades, Unidade do Campus da USP e Unidade de Emergência; hospital especializado público estadual psiquiátrico (SantaTereza); Fundação Maternidade Sinhá Junqueira (Mater); Hospital Imaculada Conceição; Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto; o CECEB da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); o Hospital Santa Lydia e o Hospital são Francisco Sociedade Ltda. Entre os hospitais não conveniados ao SUS temos: o Hospital São Paulo; Hospital São Lucas; Hospital Ribeirânia Ltda.; Hospital Maternidade Sinhá Junqueira e Hospital Especializado. A cidade dispõe de aproximadamente 2.800 leitos gerais com movimentos de 100 mil internações por ano (RIBEIRÃO PRETO, S/Db).

O setor de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do município possui laboratórios clínicos próprios e conveniados ao SUS (RIBEIRÃO PRETO, S/Db).

A rede municipal de saúde conta ainda com um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e droga (CAPS-ad), dois Centros de Referência de Moléstias Infectocontagiosas que englobam

o Centro de testagem e Aconselhamento, um Núcleo de Atenção à pessoa deficiente (NADEF), um Centro de Referência em saúde do trabalhador, um Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes (NAPSF) e três Ambulatórios Regionais de Saúde Mental (RIBEIRÃO PRETO, S/Db).

A rede municipal de saúde de Ribeirão Preto também apresenta cinco Distritos de Saúde, que são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS), entre outros equipamentos sociais (RIBEIRÃO PRETO, S/Db). A distribuição das Unidades em Distritos visa oferecer aos cidadãos um atendimento básico e de urgência próximo à sua residência e tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades nas UBDS (RIBEIRÃO PRETO, 1993).

Os distritos são distribuídos geograficamente no território do município, como: UBDS Central, UBDS Castelo Branco, UBDS Quintino Facci II, UBDS Sumarezinho e UBDS Vila Virginia. Apresenta também cerca de trinta e seis UBS, definidas como porta de entrada para o sistema de atenção à saúde, localizadas junto ao local de moradia dos usuários, com área programática estabelecida a nível geográfico e populacional (RIBEIRÃO PRETO, 1989), número este sujeito a alterações devido à implantação de novas unidades na rede municipal.

O município possui quatro NSF com 1 ESF em cada um deles (I, II, III, IV e V) na área da UBDS do Sumarezinho (CSE-Cuiabá). O NSF- II é uma unidade mista, que tem, além da ESF, uma Unidade Materno-Infantil, sendo administrado pela UBDS Central, por questão de localização geográfica (RIBEIRÃO PRETO, S/Db).

Ribeirão Preto conta, também, com 1 USF com 2 ESF no Bairro Heitor Rigon ligado à UBDS do Quintino Facci II; possui também em torno de 6 unidades mistas (UBS com ESF e PACS), e possui 20 PACS. Possui, atualmente, 24 ESF distribuídas em NSF, USF e UBS

mistas; esse número vem aumentando constantemente, pois, o município tem uma meta de atingir 75 ESF, visando uma cobertura de 50% da população (RIBEIRÃO PRETO, S/Db).

Esta investigação foi desenvolvida em um dos seis NSF's existentes no município. Quatro desses NSF's estão localizados dentro da área básica da UBDS do Sumarezinho, denominada CSE-Cuiabá-Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, sendo administrados por este serviço.

Em relação à assistência à saúde, as famílias têm atendimento baseado nos princípios da atenção primária à saúde, que propicia e busca a resolutividade já na porta de entrada do sistema (STARFIELD, 2002). Nesse contexto estão inseridas as ações de saúde bucal.

O estudo foi realizado no NSF-1, setor oeste do município, cuja população adscrita mora em domicílios localizados entre as ruas Adalberto Pajuaba, Anivaldo Ponton, Paranapanema e Santa Catarina. O NSF-1 apresenta uma população estimada de aproximadamente 7000 pessoas em 1570 residências.

Em relação aos equipamentos sociais, a área do NSF-1 possui 01 núcleo de atendimento básico, representando um quarto da área do atendimento básico de saúde do bairro; 03 Casas Terapêuticas e 01 núcleo de saúde mental. O NSF-1 pertence à Unidade Básica e Distrital de Saúde do Sumarezinho (CSE-Cuiabá), estando localizado nessa área de abrangência.

Em termos populacionais caracteriza-se por apresentar uma população 70% acima de 20 anos, sendo que destes, a metade tem 40 anos ou mais. O NSF-1 apresenta, então, uma população predominantemente adulta, com poucas gestantes, crianças e com maior número de mulheres (55,36 %).

O bairro é residencial, com micro-empresas de comércio e prestação de serviços de caráter familiar, contendo, também, em torno de 20 bares e lanchonetes; 04 mercearias; 02 padarias; 02 farmácias; 04 lojas de venda de gás de cozinha; 01 posto de gasolina; 03

consultórios odontológicos privados; 02 associações desportivas; 01 açougue, 06 lojas de roupas, 02 papelarias e 01 floricultura; 09 oficinas mecânicas; 06 escolas infantis privadas; 01 revenda de carro; 03 escritórios de contabilidade; 02 fábricas de pequeno porte de fabricação de bebidas; 04 instituições religiosas; Rede Record de televisão; 03 salões de festa privados; 01 horta particular, 11 cabeleireiros e manicures e 01 creche espírita.

O NSF-1 realiza atividades de assistência, ensino e pesquisa, sendo que as ações de caráter individual são compostas por consulta (médico, enfermeiro, odontólogo, psicólogo e fisioterapeuta) e visita domiciliar (para cadastramento, acompanhamento, assistência especial, para cuidado no domicílio ou para orientações diversas). Entre as ações de caráter coletivo estão os grupos: Agita Família; Educação em Saúde no Agita Família; Orientação ao Usuário com Hipertensão Arterial; Reeducação Alimentar; Grupo de Quarteirão; Grupo de Gestantes; Grupo de Colpocitologia; Orientação de Mães e Bebês; Educação em Saúde na Escola; Orientação a usuários com diabetes e, Sessão Cinema para usuários.

O NSF-1 ainda concentra grande parte das atividades docente-assistenciais e de pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), e atualmente da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP-USP).

O local do estudo foi escolhido porque a pesquisadora esteve em contato com os serviços realizados por essa unidade durante um período de aproximadamente 4 meses (de agosto a novembro de 2005), o que possibilitou o conhecimento da realidade e do funcionamento desse serviço e da dinâmica da sua área de abrangência, observando a importância de se incrementar ações na área de saúde bucal, iniciando-se por melhor conhecer a população de forma a colaborar com o planejamento de ações de saúde bucal do Núcleo.

O NSF-1 está em funcionamento há aproximadamente seis anos e, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do mês de outubro de 2005, possui 960 famílias cadastradas, num total de 3273 pessoas, dividindo seu território em cinco Micro-áreas.

A Micro-área 1 têm 184 famílias cadastradas, sendo 287 homens e 365 mulheres, num total de 652 pessoas; a Micro-área 2 têm 202 famílias, sendo 333 homens e 397 mulheres, num total de 730 pessoas; enquanto a Micro-área 3, apresenta 185 famílias, sendo 276 homens e 360 mulheres, num total de 636 pessoas; a Micro-área 4 apresenta 186 famílias, sendo constituída por 269 homens e 314 mulheres, num total de 583 pessoas; e, a Micro-área 5, apresenta 203 famílias cadastradas, constituída de 298 homens e 374 mulheres, perfazendo um total de 672 pessoas.

A população cadastrada é atendida por uma ESF composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitárias da saúde e uma cirurgiã-dentista, que é funcionária do CSE-Cuiabá e presta assistência uma vez por semana neste NSF.

No NSF-1, a cirurgiã-dentista analisa o perfil de saúde bucal da população adscrita, identifica necessidades individuais de tratamento odontológico curativo e agenda consultas odontológicas para estes sujeitos na UBDS para a realização do atendimento, uma vez que não dispõe de equipamentos para isso no Núcleo.

b. População

A população do estudo foi constituída por uma amostra aleatória estratificada, sendo que os estratos foram definidos pelas Micro-áreas. Foram sorteadas 10% das famílias cadastradas no NSF-1 de cada Micro-área, com arredondamento de 1 caso a mais, resultando

num total de 98 famílias/indivíduos, selecionados entre as 960 famílias cadastradas no mês de outubro de 2005.

Esse sorteio por Micro-área foi possível, pois a área de abrangência do NSF-1 é bem homogênea com relação aos aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais, diferente dos outros Núcleos. Existe certa diversidade em relação à população de cada Micro-área, porém essa se repete em todas as Micro-áreas.

O sorteio das famílias foi realizado pelo programa estatístico Statistical Program for Social Sciences (SPSS), intercalando cada sorteio com cada uma das 5 Micro-áreas do NSF-1, até atingir o número de famílias estabelecido para o estudo.

Optou-se por selecionar o cuidador da família sorteada para a entrevista, visto que, entendemos como cuidador a pessoa que cuida rotineiramente da casa e da família, considerando o papel que representa na educação e formação de indivíduos a ela confiados, quanto a comportamentos e hábitos de vida, independentemente do sexo e grau de parentesco, podendo ser a mãe, o pai, avós, tios, irmãos, vizinhos ou outros.

Para identificarmos o cuidador das moradias estabelecemos um contato prévio com os agentes comunitários de saúde de cada Micro-área, visto que esses acompanham as famílias mensalmente e facilmente nos ajudaram nessa identificação.

Os critérios de exclusão dos sujeitos e domicílios/famílias foram os seguintes:

- Os domicílios que estavam fechados, por mudança, falecimento ou qualquer outro motivo, foram excluídos do estudo.
- Os domicílios vazios na hora da visita foram revisitados 3 vezes, e se ainda assim nenhum morador estava presente, a família foi excluída do estudo.
- Quando o cuidador não estava na moradia no momento da visita, o domicílio foi revisitado 3 vezes; e quando não encontrado, a família a que ele pertencia foi excluída do estudo.
- A família, cujo cuidador se recusou a participar do estudo, foi excluída da pesquisa.

5.2.1 Coleta de Dados

A coleta de dados é a fase da pesquisa na qual se faz as indagações pertinentes ao objeto de estudo e em que se obtém dados da realidade (BARROS; LEHFELD, 1986).

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, optamos como instrumentos de coleta de dados a Entrevista semi-estruturada e o Levantamento documental.

O levantamento documental foi realizado antes do início das entrevistas para se obter o número de cadastro de cada família por Micro-área para a realização do sorteio das famílias. Após o sorteio, realizou-se um levantamento dos endereços das famílias sorteadas no livro de registro de endereços de famílias cadastradas no NSF-1.

A entrevista é uma técnica que permite o relacionamento estreito entre entrevistado e entrevistador (BARROS; LEHFELD, 1986). A entrevista se mostra como um instrumento privilegiado para a análise qualitativa, porque, por meio da fala, o entrevistado revela seus valores, sua percepção da realidade, explica e exemplifica a estrutura do seu sistema de referências e símbolos, transmitindo as representações de um grupo em determinado contexto cultural e sócio-econômico (MINAYO, 1992).

A entrevista é um método de coleta de informações intencional entre duas ou mais pessoas, considerada como uma técnica muito utilizada nas investigações sociais (GIL, 1999).

Segundo Pinheiro (2004), a entrevista é uma ação situada num contexto, através do qual são produzidos sentidos, que são versões da realidade. Esses sentidos possibilitam reflexões de sentidos anteriores, futuros e imaginários, o que possibilita haver uma interação entre um sujeito que fala e um que escuta: o pesquisador é também responsável pelos resultados obtidos.

De acordo com Trivinõs (1992), a entrevista semi-estruturada é uma das melhores maneiras de coleta de dados, pois o informante pode seguir a linha de seu pensamento e

experiências dentro do foco apresentado pelo pesquisador, participando na elaboração do conteúdo da pesquisa. A entrevista semi-estruturada permite ao pesquisador a descrição, explicação e a compreensão do tema investigado em sua totalidade.

A entrevista estruturada baseia-se em questões previamente formuladas pelo pesquisador, que estabelece um roteiro prévio com perguntas, sem liberdade de alterar ou incluir perguntas frente às situações (BARROS; LEHFELD, 1986).

Os roteiros são responsáveis pelas táticas de condução da entrevista, sendo a forma que o pesquisador utilizará para formular suas perguntas e obter suas respostas (LODI, 1991).

Roteiro para entrevista

No presente estudo, também foi utilizado um roteiro previamente elaborado, tendo em vista os objetivos propostos, constituindo-se por perguntas semi-estruturadas, que foram direcionadas aos integrantes selecionados (cuidadores) das famílias sorteadas.

O instrumento foi elaborado contemplando perguntas relacionadas a atitudes/comportamentos, percepções, valores/crenças e conhecimentos sobre saúde bucal (APÊNDICE A), mantendo-se algumas questões abertas, pois essas possibilitam uma maior exposição dos entrevistados. Parte das perguntas da nossa entrevista foi adaptada do protocolo do “Projeto SB 2000”, que se constituiu em um levantamento epidemiológico sobre as condições de saúde bucal, da população brasileira, aplicado no ano 2002, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001d).

O instrumento de pesquisa foi previamente validado por três doutores da área de odontologia e pré-testado antes do início da coleta de dados com quatro sujeitos moradores da área de abrangência do NSF-1, que não tinham sido sorteados para o estudo.

Entrevistas

Foram realizadas visitas domiciliares às famílias selecionadas previamente por critério de sorteio, feito pelo programa estatístico Statistical Program for Social Sciences (SPSS), para a realização da entrevista. As visitas foram realizadas pelo próprio pesquisador.

O primeiro passo foi o de identificar o cuidador da família e certificar-se de sua presença no domicílio. Num segundo momento, o pesquisador explicava a ele o motivo da visita, explanando sobre a pesquisa, em termos da relevância e objetivos do estudo para o cuidador, bem como sobre a importância da sua autorização para participação no mesmo. A entrevista só tinha início após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos (APÊNDICE B) e a autorização para gravação da entrevista.

As entrevistas iniciaram-se pela Micro-área 1 e depois seguiram-se nas Micro-áreas 2, 3, 4 e 5. Foram realizadas do dia 24 de abril a 03 de junho de 2006, de segunda-feira à sexta-feira, no período da manhã e da tarde (das 09 às 11 horas da manhã e das 14 às 18 horas da tarde). O dia 03 de junho (sábado) foi reservado para revisitar famílias nas quais não se encontrou o (a) cuidador (a) nas primeiras e segundas visitas durante a semana.

Grande parte dos indivíduos convidou o entrevistador para entrar no domicílio para a realização da entrevista, desse modo, a maioria das entrevistas foi realizada dentro da moradia, o que propiciava maior privacidade e conforto para sua realização, além de também possibilitar ao pesquisador observar o ambiente em que os sujeitos viviam, aproximando-se mais na sua realidade, no seu contexto social. Quando o morador não convidava o entrevistador para entrar, as entrevistas eram feitas na porta do domicílio.

Entende-se que por ser uma área coberta pelo Programa de Saúde da Família há quase cinco anos, a maioria dos moradores já estava acostumada com as visitas de profissionais da

saúde e por isso, não foi observado nenhum constrangimento para as entrevistas e coleta de dados.

O pesquisador sempre intervinha diante de qualquer dúvida emitida pelos sujeitos ou demais membros da família presentes no momento da visita.

Após o término das entrevistas o pesquisador agradecia a colaboração e disponibilidade dos sujeitos em participar da pesquisa, e entregava para os entrevistados um folheto explicativo e ilustrado sobre câncer bucal, produzido pelo CROSP (Conselho Regional de Odontologia do estado de São Paulo), visando fazer a orientação específica sobre esse problema, que era freqüentemente abordado pelos sujeitos entrevistados ou familiares.

De maneira geral, os entrevistados aceitaram a entrevista. No entanto, alguns questionaram o motivo da gravação das entrevistas, demonstrando certa insegurança, apreensão ou medo.

Ressaltamos a dificuldade de encontrar os moradores em seus domicílios, principalmente no horário comercial, pelo fato que muitos trabalhavam fora de casa e às vezes só chegavam ao domicílio depois das sete horas da noite, inviabilizando a aplicação da entrevista em alguns moradores.

Sendo assim, tivemos perdas no nosso número inicial de famílias sorteadas; alguns sujeitos não foram entrevistados por não estarem no domicílio no momento das visitas e revisitas. Por esse motivo, foram excluídas 11 famílias do estudo.

Apenas 4 famílias foram excluídas por outros motivos como mudança de casa (2), falecimento (1) e falha na gravação da entrevista (1).

Destaca-se também a ótima recepção e acolhimento que o pesquisador teve pelos moradores da área. Todos foram muito educados e colaboradores, o que facilitou o desenrolar da coleta de dados. Apenas 6 famílias foram excluídas do estudo por se recusarem a participar

do estudo. Tivemos no total, uma perda de 21 famílias e/ou sujeitos, ficando com uma amostra final de 77 entrevistas.

As entrevistas foram gravadas, utilizando-se para isto, um gravador e fitas de áudio cassete, com duração média de 40 minutos cada entrevista. Antes de proceder à ordenação dos dados foi realizada a transcrição dos 77 depoimentos orais, deixando-se prevalecer todas as características da fala dos sujeitos entrevistados.

5.2.2 Análise dos Dados

A análise dos dados foi dividida em duas etapas, sendo a primeira reservada para análise dos dados quantitativos e a segunda reservada para os dados qualitativos.

1ª Etapa: Dados quantitativos

Os dados quantitativos levantados nas entrevistas foram digitados em banco de dados no programa Excell, por duas vezes, com um intervalo entre as digitações para a minimização de erros. Num segundo momento foi realizada a validação do banco de dados e efetuada a correção dos erros de digitação; e por último realizamos o cruzamento desses dados, de acordo com os objetivos do estudo.

2ª Etapa: Dados qualitativos

Os dados qualitativos levantados nas entrevistas foram agrupados em categorias de respostas, servindo como elementos norteadores para a avaliação dos resultados quantitativos.

Duas questões abertas consideradas norteadoras da entrevista e de suma relevância para se atingir os objetivos do estudo (Pergunta 9-O que é para você ter saúde? E pergunta 10-O que é para você ter saúde bucal?) (APÊNDICE A), foram analisadas mais profundamente pela metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma abordagem em pesquisa qualitativa, proposta por Lefèvre, Lefèvre e Teixeira (2000).

O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, “papers” de revistas especializadas, entre outros (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002).

Esta proposta consiste na análise do material verbal coletado extraindo-se de cada um dos depoimentos as idéias centrais e/ou ancoragens e as suas expressões-chave correspondentes; a partir dessas expressões-chave compõem-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002).

Nessa abordagem metodológica, esses mesmos autores entendem que o pensamento coletivo não está ligado à soma dos pensamentos individuais, ou seja, a uma representação numérica percentual, mas, sim, ao discurso da coletividade, ao imaginário social, às representações sociais, ao pensamento pré-existente.

A construção do DSC requer passos e precisa ser cuidadosamente trabalhada para que o resultado tenha representação fidedigna do que foi pesquisado. O DSC tem como objetivo expressar o pensamento da coletividade como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso único (PALHA, 2001). Nesse sentido, para Lefèvre e Lefèvre (2002), o DSC é construído e elaborado por abstração, a partir de um conjunto de falas individuais de sentido reputado, semelhante ou complementar, com a finalidade de expressar e representar um pensamento coletivo.

Nesta abordagem são utilizadas “figuras metodológicas”, elaboradas para ajudar a organizar e tabular os depoimentos e demais discursos, condição prévia que nos parece

indispensável para uma boa análise e interpretação desses depoimentos” (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, p.17, grifo do autor), sendo elas:

- *Expressões chave*

As expressões chave (ECH) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados, iluminados, coloridos, pelo pesquisador, e que revelam a essência do discurso ou a teoria subjacente (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002).

- *Idéias centrais*

A idéia central (IC) é um nome que revela e descreve sinteticamente o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002).

Estas ICs podem expressar descrições diretas do sentido do depoimento, revelando “o que foi dito”, ou descrições indiretas, que revelam o tema do depoimento ou “sobre o que” seu sujeito enunciator fala (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002).

As ICs são, ao contrário das ECHs, abstratas, conceituais, sintéticas e frias. Enquanto as “ICs representam o que o entrevistado quer dizer, as ECHs são como isto foi dito” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002).

- *Ancoragem*

Algumas ECHs remetem não apenas a uma IC, mas, também, a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se Ancoragem (AC), que é a manifestação lingüística de uma dada teoria, ou ideologia, ou

crença que o autor do discurso professa e que, na qualidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002). Em nosso estudo, esta figura metodológica não foi utilizada.

- *Discurso do sujeito coletivo*

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECHs que possuem a mesma IC ou AC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2002).

A construção de um DSC segundo Lefèvre; Lefèvre e Teixeira (2000, p.19), se fundamenta em:

“ (...) reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno.”

Baseado ainda nesses mesmos autores, existem duas maneiras de se organizar os depoimentos para a construção dos DSCs (LEFÈVRE; LEFÈVRE; TEIXEIRA, 2000, p.20), sendo que no presente estudo utilizamos a Forma A: na qual analisa-se cada depoimento, extraíndo de cada um deles as idéias centrais e suas expressões-chave. Num segundo momento, agregam-se essas ICs e/ou ECHs para construção do DSC. A seguir exemplificamos o procedimento realizado nesta pesquisa:

Para a questão: “O que é para você ter saúde bucal?” elaboramos um quadro onde, na primeira coluna, colamos as respostas dos sujeitos entrevistados, com a respectiva numeração das entrevistas, e na segunda coluna definimos as ICs:

ENTREVISTAS	IDÉIAS CENTRAIS
E1-É sinal de higiene em primeiro lugar né? E se você tem problemas nos dentes você não tem saúde prejudica o estômago	A-HIGIENE/CUIDADO B-SAÚDE BUCAL É PARTE DA SAÚDE EM GERAL

Quadro 1. Máscara 1-“O que é para você ter saúde bucal?”

Todo o texto foi digitado em preto, pintamos então, cada IC de uma cor diferente, e as ECHs foram pintadas da mesma cor das sua respectivas ICs. O próximo passo foi construir um novo quadro, onde colamos as ICs, com sua cor característica e na primeira coluna colamos as ECHS já agregadas, porém sem ordenação; e na terceira coluna, a construção do DSC.

1ª IDÉIA CENTRAL A-HIGIENE/CUIDADO

EXPRESSÕES CHAVES	DSC 1
<p>É sinal de higiene em primeiro lugar né. Ah acho que é importante por causa do mau hálito né? Que incomoda. Mau gosto na boca É higiene né? Cuidar bem dos dentes, fazer boa escovação. É cuidar bem dos dentes deixa eles sempre limpo é isso aí não sei é mais ou menos o que eu entendo. Escovar bem os dentes 3X/dia. A gente tem que cuidar. Boca é higiene né, com nosso corpo. Fazer uma limpeza! É então comer, escovar os dentes, escovar a língua. Cuidar da saúde bucal cuidado pra cuidar mesmo. Cuidar com fio dental, escova de dente, inclusive eu uso, tenho que usar listerine, por causa dos meus blocos. Uma boa higiene bucal ao escovar os dentes, cuidar da prótese a gente tem que dá uma escovadinha na língua, e tira até um pouquinho o mau hálito. Cuidar dos seus dentes, escovar os dentes duas ou três vezes por dia. Eu detesto esse negócio de mau hálito. Fazer assepsia diário né diariamente. É limpeza né, escovar os dentes e ter limpeza na boca. Sempre cuidando, todo mundo deveria cuidar né, ter saúde bucal é cuidar né? Não ter mau hálito, manter higiene. Acho que é limpeza não é? É limpeza. Fazer higiene né nos dentes, usar fio dental. Cuidar dos dentes. É uma higiene muito boa né, ah eu acho que é assim, uma higiene muito grande né, boa né, você sente, você conversa com as pessoas, se você tem algum mau hálito né, a pessoa já né num se sente bem, então, eu acho que é isso. Cuidar. Sem mau hálito, tem que ter uma higiene bucal. Escovar os dentes após as refeições, é usar o fio dental. Cuidado com os dentes. Higiene bastante. Escovar sempre os dentes 3,4 vezes por dia. Tem que escovar a gengiva, escovar 2 vezes ou 3 vezes por dia. Bucal também tem o negócio de higiene da boca né? Escovar os dentes, cuida da boca né, cuida da boca é o necessário, eu acho. É uma higiene né maior, muito bom. É uma higiene.</p>	<p>É sinal de higiene em primeiro lugar, é ter uma boa higiene bucal, fazer assepsia diariamente. É ter limpeza, cuidar bem dos dentes e da prótese com escova, fio dental, listerine, deixando eles sempre limpos, escovar bem os dentes, a língua e a gengiva após as refeições três, quatro vezes por dia, evitando o mau hálito.</p>

Quadro 2. Máscara DSC 1-“O que é saúde para você?”

Todo o material transcrito das entrevistas foi organizado em 26 Idéias Centrais, gerando um total de 26 Discursos do Sujeito Coletivo, que depois foram agregados em uma sequência lógica de pensamento para a definição dos temas, facilitando a compreensão final e análise dos dados.

5.2.3 Implicações Éticas

Para realização desta investigação, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, tendo em vista que o local de estudo (NSF-1) é subordinado à administração do CSE.

A entrevista foi aplicada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução 196/196 do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96 (APÊNDICE B) pelo sujeito selecionado para o estudo. Esse consentimento foi obtido após o devido esclarecimento do mesmo com relação aos objetivos e métodos da referida pesquisa, pelo próprio pesquisador.

6 RESULTADOS e DISCUSSÕES

A percepção de risco da população é geralmente bastante distinta daquela dos especialistas, sobretudo dos cientistas (SLOVIC; FISCHHOFF, LIECHTEISNTEIN, 1979). Suas interpretações norteiam-se muito mais em suas crenças e convicções do que em fatos e dados empíricos, que são elementos que formam a base da construção da percepção de riscos de técnicos e cientistas (SLOVIC, 1987).

Segundo Peres, Rozemberg e Lucca (2005), experiência, informação e “*background*” cultural são os determinantes da percepção de riscos; outros fatores como grau de escolaridade e a especificidade de atividades realizadas também formam a base de sustentação da percepção de riscos das pessoas.

A percepção de risco de um determinado problema pode variar também de acordo com a idade, o sexo e características culturais da população (NATIONAL STANDARD OF CANADÁ, 1997).

Tendo em vista que algumas variáveis podem influenciar a percepção de risco de indivíduos, apresentaremos as características de nossa população de estudo a seguir.

Os resultados do presente estudo serão apresentados em duas etapas, sendo uma com abordagem quantitativa e a outra com abordagem qualitativa, iniciando-se pelas características socioeconômicas culturais da nossa

A etapa com abordagem quantitativa foi subdividida ainda em 4 partes, de acordo com os objetivos traçados, a saber:

- Caracterização socioeconômica e cultural dos sujeitos;
- Conhecimentos relacionados à saúde bucal;
- Crenças/Valores relacionados à saúde bucal;
- Comportamentos/attitudes relacionados à saúde bucal.

Considera-se que estas categorias englobam itens que constituem os elementos integrantes de um processo de percepção de risco, objeto de estudo desta investigação.

A etapa com abordagem qualitativa foi subdividida em 4 Temas, que emergiram a partir da ordenação lógica dos discursos do sujeito coletivo:

- TEMA 1-Concepções do processo saúde-doença - do Teocentrismo ao Conceito ampliado de saúde.
- TEMA 2-É tudo, é importante, é o principal, é fundamental??????
- TEMA 3-Saúde bucal é poder sorrir!
- TEMA 4-Dentadura-do alívio ao sofrimento.

A figura 1, a seguir, mostra o esquema de apresentação dos resultados desta pesquisa.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Figura 1. Sistematização para apresentação dos resultados

6.1 PRIMEIRA ETAPA-Abordagem quantitativa

Na Tabela 1 abaixo podemos observar o número total e a porcentagem de entrevistas realizadas por Micro-área.

Tabela 1-Número de entrevistas de famílias cadastradas em um NSF de Ribeirão Preto-SP, segundo suas Micro-áreas, 2006

Micro áreas	N°. de famílias cadastradas	Entrevistas	
		F	%
01	184	16	8,69
02	200	14	7,0
03	183	15	8,19
04	186	13	6,98
05	204	19	9,31
Total	957	77	8,04

Foram realizadas 77 entrevistas, o que correspondeu a um total de 8% do número total de famílias cadastradas no NSF-1, tivemos uma perda de 21 ou 2% dos sujeitos sorteados inicialmente para o estudo.

➤ 1- Caracterização socioeconômica e cultural dos sujeitos

Apresentaremos a seguir as características sócio demográficas e econômicas da nossa população de estudo demonstradas na Tabela 2, abaixo:

Tabela 2- Características pessoais e sócio-econômicas de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Características	Nº. de indivíduos	F	%
Idade (anos)			
15-20	02		2,6
21-30	07		9,0
31-40	04		5,2
41-50	14		18,2
51-60	24		31,2
Mais de 60	26		33,8
Total	77		100,0
Posição na família			
Mãe	53		68,8
Pai	14		18,2
Filho (a)	08		10,4
Avô/avó	01		1,3
Outros	01		1,3
Total	77		100,0
Sexo			
Feminino	62		80,5
Masculino	15		19,5
Total	77		100,0
Escolaridade			
Ensino fundamental incompleto	38		49,4
Ensino médio completo	13		16,9
Ensino superior completo	13		16,9
Ensino fundamental completo	05		6,5
Analfabeto	04		5,2
Ensino superior incompleto	03		3,9
Ensino médio incompleto	01		1,3
Total	77		100,0
Renda mensal familiar			
Até R\$ 300,00	03		3,9
R\$ 300,00 A R\$ 600,00	10		13,0
R\$ 600,00 A R\$ 1500,00	25		32,5
R\$ 1500,00 A R\$ 3000,00	31		40,3
R\$ 3000,00 A R\$ 6000,00	06		7,8
MAIS DE R\$ 6000,00	02		2,6
Total	77		100,0

Observando-se a Tabela 2, verifica-se que as faixas etárias predominantes são as seguintes: mais de 60 anos (33,8%) e de 51 a 60 anos (31,2%), sendo a grande maioria do sexo feminino (80,5%) e mães (68,8%).

Unfer e Saliba (2000) numa pesquisa sobre avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal de usuários de serviços públicos realizada em Santa Maria-RS, também tiveram uma população constituída por 80,2% de mulheres. Andrade e Ferreira e Ferreira (2006) em seu estudo sobre a avaliação da inserção da odontologia no PSF de Pompéu (MG) estudaram 120 usuários, sendo que desses a maioria (63,3%) também era do sexo feminino.

Silva e Castellanos Fernandes (2001) estudaram em sua pesquisa sobre autopercepção de saúde bucal de idosos, realizada em Araraquara, 201 indivíduos, sendo que a maioria (63,2%) também era do sexo feminino.

O predomínio de entrevistas com mulheres já era esperado, pois, historicamente a mulher é que exerce o papel de cuidador da família, sendo mais facilmente encontradas no domicílio, onde foram realizadas as entrevistas dessa pesquisa. Consideramos assim, que esta é uma situação favorável, visto que, se a mulher for sensibilizada e conscientizada poderá assumir o papel de agente de saúde na família.

Quanto ao nível de escolaridade dos sujeitos, a maioria (49,4%) apresentava o ensino fundamental incompleto, apenas 16,9% dos entrevistados tinham o ensino médio e ensino superior completo. Unfer e Saliba (2000) encontraram que a maioria dos entrevistados (64,5%), apresentava o ensino fundamental incompleto, assim como no nosso estudo.

Silva e Castellanos Fernandes (2001), em seu estudo encontraram que 74,7% dos pesquisados tinham apenas o ensino fundamental completo ou incompleto.

Tendo em vista que a maioria dos sujeitos entrevistados não possuía nem o ensino fundamental completo, fica evidente a necessidade dos programas de saúde adequar seus conteúdos à linguagem popular, para que estes se tornem mais efetivos.

Em relação à renda mensal familiar, a maioria (40,3%) dos sujeitos da pesquisa apresentava uma renda entre R\$1500,00 e R\$3000,00 (ou seja, em torno de 4,5 a 8,5 salários mínimos) sendo que 32,5% situavam-se na faixa de renda de R\$600,00 a R\$1500,00 e apenas 3,9% tinham até 300,00 reais de renda mensal (valor inferior a 1 salário mínimo). Este dado indica que a população desse estudo é de certa forma diferenciada, apresentando uma renda mensal familiar acima da renda média mensal familiar do restante da população brasileira.

Tabela 3-Distribuição de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, segundo sua ocupação e número de moradores do domicílio, 2006

Nº. de indivíduos		
Ocupação/moradores	F	%
Trabalha fora atualmente		
Não	55	71,4
Sim	22	28,6
Total	77	100,0
Já trabalhou fora alguma vez		
Sim	73	94,8
Não	04	5,2
Total	77	100,0
Ocupação atual		
Aposentado/pensionista	24	31,1
Dona de casa	24	31,1
Doméstica/diarista/auxiliar de limpeza	05	6,5
Comerciante	03	3,9
Desempregado	03	3,9
Gerente de vendas/vendedor	03	3,9
Costureira	02	2,6
Outros	13	17,0
Total	77	100,0
Número de pessoas moradoras da casa		
1 pessoa	5	6,5
2 pessoas	15	19,5
3 pessoas	19	24,7
4 pessoas	21	27,3
5 pessoas	14	18,2
6 pessoas	2	2,6
7 pessoas	1	1,3
Total	77	100,0

Com base na Tabela 3 acima, verifica-se que as famílias entrevistadas cadastradas no NSF-1, eram em sua maioria (27,3%) constituídas por 4 pessoas, com apenas 6,5% de sujeitos que viviam sozinhos.

A Tabela 3 também mostra que a maior parte dos entrevistados (71,4%) não exercia nenhum trabalho fora de casa quando foi realizada a entrevista, porém, 94,8% deles já tinham trabalhado fora de casa alguma vez na vida.

Quanto à ocupação, dos 77 entrevistados 31,1% eram aposentados ou pensionistas,

31,1% eram donas de casa, 6,5% dos sujeitos trabalhavam como doméstica, auxiliar de limpeza ou diarista e 3,9% eram comerciantes. Encontramos também 3,9% de desempregados, 3,9% de vendedores e 2,6% de costureiras. Destacamos que as costureiras, e alguns vendedores exerciam essas atividades no próprio domicílio, não trabalhando, portanto fora de casa.

➤ 2- Conhecimentos relacionados à saúde bucal.

Na Tabela 4 abaixo, foram agrupadas as questões referentes aos problemas de saúde bucal e geral referidos pelos entrevistados, além de questões sobre a relação da saúde bucal com a saúde em geral.

Tabela 4-Conhecimento de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP sobre problemas de saúde em geral e na boca e a relação da saúde bucal com a saúde em geral, 2006

Conhecimento	Nº. de indivíduos	F	%
Você tem algum problema de saúde em geral?			
Sim		49	63,6
Não		28	36,4
Total		77	100,0
Você acha que a saúde bucal tem alguma relação com a saúde em geral?			
Sim		69	89,6
Não		07	9,1
Não respondeu		01	1,3
Total		77	100,0
Você tem algum problema na sua boca?			
Não		45	58,4
Sim		32	41,6
Total		77	100,0

Com relação à pergunta “Você tem algum problema de saúde em geral?” 63,6% dos sujeitos afirmaram que tinham qualquer problema de saúde e quando questionados sobre

quais eram esses problemas, a maioria (23 pessoas ou 29,9%) respondeu hipertensão, como pode ser melhor observado na Tabela 5.

Tabela 5-Problemas de saúde em geral referidos por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos		
Problemas de Saúde Referidos*	F	%
Hipertensão	23	29,9
Problemas Cardio-respiratórios	15	19,5
Problemas ortopédicos	12	15,6
Diabetes	09	11,7
Climatério	06	7,8
Problemas Gastrintestinais	05	6,5
Problema vascular	04	5,2
Depressão	04	5,2
Cefaléia	02	2,6
Problemas orofaciais	02	2,6
Câncer de Mama	01	1,3
Outros	07	9,0
Não se aplica/Sem problema de saúde referido	28	36,4

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Esses achados evidenciam a ocorrência da transição epidemiológica, que segundo Omram (2001) e Santos-Preciado et al. (2003), são as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. O processo engloba três mudanças básicas: sendo que a principal delas é a substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis (como a hipertensão).

Tabela 6-Relação da saúde bucal com saúde em geral de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Relação referida*		
Relação dente/boca e alimentação/mastigação e aparelho digestivo	17	22,0
Resposta prejudicada	14	18,2
Relação dente/boca e alimentação/mastigação e saúde em geral	14	18,2
Relação dente/boca infeccionado e infecção no organismo	10	12,9
Relação dor de dente e dores em outros órgãos	03	3,9
Relação dente cariado e mau hálito	03	3,9
Não há relação da saúde bucal com a saúde em geral	03	3,9
Relação saúde bucal e aparência física	02	2,6
Relação mau hálito e irritação	01	1,3
Relação dor de dente e comportamento social	01	1,3
Relação dente infeccionado e reumatismo	01	1,3
Relação dente cariado e higiene	01	1,3
Não se aplica	03	3,9

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Quando questionados sobre a relação da saúde bucal com a saúde em geral, a grande maioria (89,6%) afirmou que havia relação (Tabela 4); sobre a forma que essa relação poderia ou não ocorrer, parte dos entrevistados (22%) alegou que a relação ocorre por meio da ligação do dente ou da boca, com a alimentação/mastigação, influenciando no aparelho digestivo, como pode ser visto na Tabela 6 acima.

Ressaltamos que 3,9% das pessoas declararam que não percebiam relação da saúde bucal com a saúde em geral, o que nos mostra a visão dicotomizada que os indivíduos ainda possuem baseada no modelo cartesiano, fragmentado, que vê o indivíduo como um conjunto de partes, e a boca desligada de todo o resto do corpo.

Observa-se na Tabela 4 que 58,4% dos entrevistados negaram a presença de algum problema na boca, e 41,6% deles afirmaram que possuíam problema na boca.

Silva e Castellanos Fernandes (2001), numa pesquisa sobre autopercepção de saúde bucal de idosos, realizada em Araraquara, encontraram que 60,8% e 81,3% dos examinados declararam não ter nenhum problema em seus dentes ou gengiva, respectivamente.

Quando indagados sobre quais eram os problemas que eles possuíam, a maioria dos nossos sujeitos respondeu que tinham problemas relacionados à prótese, entre eles, prótese mal adaptada, como pode ser visualizado na Tabela 7 abaixo.

Tabela 7-Problemas de saúde bucal referidos por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Problemas de Saúde bucal referidos*		
Problemas relacionados à prótese	11	14,3
Ausência dental	06	7,8
Problema periodontal	06	7,8
Cárie	05	6,5
Dor	04	5,2
Ferimento na gengiva/rebordo	04	5,2
Problema ortodôntico	03	3,9
Problema endodôntico	03	3,9
Alteração na língua	02	2,6
Dente fraturado	01	1,3
Fenda palatina	01	1,3
Dentes do ciso	01	1,3
Agnesia dental	01	1,3
Restaurações antigas	01	1,3
Não se aplica	45	58,4

*As categorias não são mutuamente exclusivas

A Tabela 8 abaixo mostra as repostas para a pergunta “Quanto tempo você acha que duram os dentes de pessoas adultas”. Nota-se que a maioria dos sujeitos (53,2%) respondeu que depende. Esta resposta foi considerada pertinente, pois apesar dos dentes apresentarem durabilidade por toda vida, se não forem devidamente cuidados, poderão ser perdidos em qualquer idade.

Tabela 8-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre a duração de dentes de adultos, 2006

Opinião referida	Nº. de indivíduos	F	%
Depende		41	53,2
Por toda a vida		27	35,1
De 31 a 40 anos		07	9,1
Não respondeu		02	2,6
Total		77	100,0

Quando indagados sobre o porquê desta resposta, grande parte dos entrevistados respondeu que depende do cuidado, da higiene, do tratamento, acompanhamento e manutenção. Grande parte dos sujeitos (35,1%) respondeu que os dentes duravam por toda vida, e desses, 32,5% disseram que duram por toda vida porque se você higienizar, tratar, cuidar, acompanhar e manter eles permanecem, como pode ser observado na Tabela 9.

Tabela 9-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre o motivo da durabilidade de dentes, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Motivos referidos*		
Depende:		
Do cuidado/higiene/tratamento/acompanhamento	33	42,8
Da genética/raça da pessoa	09	11,7
Da saúde geral da pessoa	03	3,9
Dos hábitos	03	3,9
Da saúde bucal da pessoa	03	3,9
Da medicação ingerida	02	2,6
Da condição financeira	01	1,3
De esclarecimento/de informação/orientação	01	1,3
Da idade	01	1,3
De freqüentar regularmente o dentista	01	1,3
Por toda vida:		
Porque se higienizar/tratar/cuidar/acompanhar/manter	25	32,5
Se visitar regularmente o dentista	02	2,6
Se a alimentação for adequada	02	2,6
Por causa da consistência do dente	01	1,3
De 31 a 40 anos:		
Porque se higienizar/tratar/cuidar/acompanhar/manter	04	5,2
Outros	03	3,9
Por causa do organismo da pessoa	02	2,6
Não respondeu:		
Não se aplica	02	2,6

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Unfer e Saliba (2000) encontraram em seu estudo que 64,7% dos respondentes acreditavam que os dentes podiam durar toda a vida desde que cuidados e tratados, e 30,8% não acreditavam nessa durabilidade dos dentes.

Ferreira et al. (2005), num estudo sobre conhecimento de alunos concluintes de Pedagogia sobre saúde bucal encontraram que 77% de seus entrevistados acreditavam que era possível ter dentes saudáveis por toda vida, 18% não acreditavam nisso e 5% não sabiam

responder essa questão.

Nota-se que apesar de grande parte dos sujeitos dessa pesquisa (35,1%) considerar que os dentes podem durar por toda a vida, eles subordinam esta condição à responsabilidade individual pelo autocuidado e pelo tratamento com dentista. O fato de alguns sujeitos não acreditarem na durabilidade dos dentes ao longo da vida pode estar ligada a experiências anteriormente vividas por essas pessoas, ou por pessoas próximas. Este fato também aparece nos resultados de Unfer e Saliba (2000).

Ressaltamos que um dos nossos entrevistados mencionou que achava que por toda a vida os dentes não duravam, porque ele tinha como base as pessoas que ele conhecia, confirmando que as experiências vividas pelos indivíduos ou por sujeitos próximos influenciam na percepção de risco. Além disso, a prática odontológica hegemônica, caracterizada pelas freqüentes mutilações, faz muitas pessoas acreditarem que a perda dentária ao transcorrer dos anos é inevitável e normal.

Segundo Unfer e Saliba (2000), essas percepções sobre a conservação dos dentes evidenciam a necessidade dos programas de saúde desmistificarem a perda dentária como uma fatalidade.

A Tabela 10 abaixo mostra que 59,7% dos indivíduos entrevistados afirmaram saber em quais produtos o flúor é encontrado.

Tabela 10-Conhecimento de produtos que contêm flúor de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Conhecimento referido		
Sim	46	59,7
Não	31	40,3
Total	77	100,0

Na pergunta seguinte foi solicitado para os sujeitos que eles citassem alguns produtos com flúor, como mostra a Tabela 11, e, a maioria deles (40,2%) respondeu “creme dental”. Ressalta-se que alguns também lembraram da existência do flúor na água de abastecimento público (27,3%).

Tabela 11-Conhecimento de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre tipos de produtos que contêm flúor, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Tipos de produtos referidos*		
Creme dental	31	40,2
Água	21	27,3
Farmácia	05	6,5
Supermercado	02	2,6
Antisépticos bucais	02	2,6
Consultório odontológico	01	1,3
Não se aplica/Não conhece	31	40,2

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Ferreira et al. (2005), num estudo sobre conhecimento de alunos concluintes de Pedagogia sobre saúde bucal, questionaram aos seus sujeitos onde o flúor é encontrado. A maioria dos seus entrevistados (61%) respondeu na água, no creme dental e no dentista, 12% responderam que o flúor era encontrado no dentista, 8% mencionaram somente o dentifrício e 3% responderam que a substância encontrava-se apenas na água.

Na Tabela 12 abaixo observamos que 64,9% dos entrevistados já ouviram falar do auto-exame para detecção de câncer bucal, no entanto, 81,8% deles nunca tinham recebido nenhuma informação sobre como realizar este auto-exame.

Tabela 12-Conhecimento de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre auto-exame para detecção de câncer bucal e presença de lesão ou sangramento na boca, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Conhecimento referido		
Você já ouviu falar sobre auto-exame para detecção de câncer bucal?		
Sim	50	64,9
Não	27	35,1
Total	77	100,0
Você já recebeu alguma informação sobre como realizar o auto-exame?		
Não	63	81,8
Sim	14	18,2
Total	77	100,0
Você tem alguma ferida ou machucado na boca?		
Não	70	90,9
Sim	07	9,1
Total	77	100,0
Sua gengiva sangra frequentemente?		
Não	63	81,8
Sim	14	18,2
Total	77	100,0

Este dado indica que as informações e orientações sobre o auto-exame para detecção de câncer bucal ainda não são divulgadas suficientemente, chamando a atenção para a necessidade dos serviços de saúde da família incorporarem essas ações nas atividades das equipes.

A divulgação das orientações de como realizar o auto-exame é essencial; por meio delas os sujeitos são capazes de identificarem lesões precursoras do câncer bucal.

90,9% dos sujeitos afirmaram que não possuíam nenhuma ferida ou machucado na boca e 81,8% disseram que não tinham sangramento gengival frequentemente.

Foi questionado aos entrevistados se eles já tinham recebido alguma orientação de saúde bucal para evitar problemas odontológicos, e, 53,2% deles disseram que nunca tinham

sido orientados; dos 46,8% que afirmaram ter tido qualquer orientação, 31,2% tinham recebido esta orientação do Dentista, como pode ser observado na Tabela 13 abaixo.

Tabela 13-Orientação sobre saúde bucal recebida por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Orientação referida*		
Você já recebeu orientações de como evitar problemas bucais?		
Não	41	53,2
Sim	36	46,8
Total	77	100,0
Quem o orientou?		
Dentista	24	31,2
Meios de comunicação	04	5,2
Dentista e meios de comunicação	03	3,9
Dentista e escola	02	2,6
Escola	01	1,3
Outros	03	3,9
Não se aplica	40	51,9
Total	77	100,0

Ferreira et al. (2005), em seu estudo encontraram que 83% dos concluintes do curso de pedagogia investigados já haviam recebido informações voltadas para a odontologia preventiva, porcentagem maior do que a encontrada em nossa pesquisa. Nesse estudo, o cirurgião-dentista foi citado por 64% dos participantes como fonte das informações, seguido pela leitura (51%) e meios de comunicação (44%).

Mais uma vez, ressaltamos a importância das orientações sobre saúde bucal, como parte das ações de promoção de saúde, que são muito incipientes nos serviços de saúde pública como um todo. Destacamos ainda, que nos serviços de saúde da família, os próprios agentes comunitários de saúde podem ajudar nas orientações, visto que este profissional possui um vínculo com a população, o que facilita a troca de experiências e informações.

Chamamos atenção também para que as orientações sejam dadas considerando o contexto de vida das famílias, para que possam “fazer sentido” para as pessoas, motivando-as a tentarem transformar a sua realidade.

Quanto à percepção das próprias condições de saúde bucal, 52% dos entrevistados consideravam sua saúde bucal excelente, muito boa ou boa (Tabela 14), corroborando que esses sujeitos apresentam uma percepção bastante positiva de suas condições de saúde bucal. A maioria dos entrevistados (40,3%) considerava sua saúde bucal boa, e, quando indagados sobre o porquê dessa resposta, 13% das pessoas relataram que era porque “não sentiam nada no momento” (Tabela 15).

Tabela 14-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre as próprias condições de saúde bucal, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Opinião referida		
Excelente	06	7,8
Muito Boa	03	3,9
Boa	31	40,3
Razoável	27	35,1
Ruim	10	13,0
Total	77	100,0

Alguns estudos já relataram que a maior parte das pessoas vê sua condição bucal de forma positiva, mesmo estando com as condições clínicas desfavoráveis; isso ocorre provavelmente, porque as medidas clínicas de saúde usadas pelos profissionais são fracos indicadores da saúde bucal à luz da percepção de indivíduos leigos (JOKOVIC; LOCKER, 1997; MATTHIAS, et al., 1995).

Nos resultados do último levantamento nacional de saúde bucal (SB Brasil) grande parte dos respondentes também classificou sua saúde bucal como “boa”, (em torno de 41,6%), sendo que entre os idosos a porcentagem dessas respostas foi maior (45,99%), seguida pelos adolescentes (44,58%) e adultos (34,42%) (BRASIL, 2004b).

Tabela 15–Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre o motivo da classificação das próprias condições de saúde bucal, 2006

Respostas	F	%
Justificativas*		
EXCELENTE		
Porque visitou o dentista recentemente	02	2,6
Porque não tem cárie	02	2,6
Porque tem boa higiene/cuidado	02	2,6
Porque usa prótese	01	1,3
Porque a prótese total não incomoda	01	1,3
Porque não tem/sente nada na boca	01	1,3
Porque consegue se alimentar/mastigar bem	01	1,3
MUITO BOA		
Porque visitou o dentista recentemente	03	3,9
Porque se adaptou bem a usar a prótese total	01	1,3
BOA		
Porque não sente/não tem nada na boca	10	13,0
Porque tem boa higiene/cuidado	07	9,0
Porque fez tratamento odontológico recentemente	03	3,9
Porque consegue se alimentar/mastigar bem	03	3,9
Porque tem problemas relacionados à prótese	02	2,6
Resposta prejudicada/não sabe	02	2,6
Porque frequenta o dentista regularmente	01	1,3
Porque faz tempo que não visita o dentista	01	1,3
Porque não teve condições de cuidar no passado	01	1,3
Outros	05	6,5
RAZOÁVEL		
Porque tem problemas relacionados à prótese	07	9
Porque tem problemas periodontais	06	7,8
Porque não visita o dentista faz tempo	04	5,2
Porque tem ausência dental	02	2,6
Porque sempre precisa de tratamento odontológico	02	2,6
Por causa da idade	01	1,3
Porque não tem boa higiene/cuidado	01	1,3
Porque tem boa higiene/cuidado	03	3,9
Resposta prejudicada	03	3,9
Outros		
RUIM		
Porque tem problemas relacionados à prótese	03	3,9
Porque tem ausência dental	03	3,9
Porque tem problemas periodontais	02	2,6

Continua

Conclusão

Tabela 15–Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre o motivo da classificação das próprias condições de saúde bucal, 2006

Respostas	F	%
Justificativas*		
Porque não visita o dentista faz tempo	01	1,3
Porque não realizou tratamento odontológico no passado	01	1,3
Porque necessita de tratamento odontológico atualmente	01	1,3
Outros	02	2,6

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Unfer e Saliba (2000) observaram que 30% dos sujeitos consideraram sua saúde bucal boa, e quando perguntados sobre o porquê dessa percepção eles alegavam “não sinto nada” ou “nada incomoda”, como no nosso estudo.

Ainda segundo a Tabela 15, 35,1% consideraram sua saúde bucal “razoável”, e desses, 9% afirmaram que era razoável porque tinham algum problema relacionado à prótese. Esses achados são semelhantes aos encontrados no levantamento SB Brasil, que apresentou em torno de 32,8% de entrevistados em todas as faixas etárias que consideraram sua saúde bucal “regular”; entre os adultos a porcentagem foi de 37,11%, entre os adolescentes 34,03% e entre os idosos foi de 27,48% (BRASIL, 2004b).

Unfer e Saliba (2000) encontraram que a maior parte dos seus entrevistados (45,7%) considerava sua saúde regular, e quando questionados sobre o porquê dessa percepção, eles mencionaram apresentar alguma necessidade de tratamento odontológico.

Silva e Castellanos Fernandes (2001), em seu estudo sobre autopercepção de saúde bucal em idosos, realizado em Araraquara, também encontraram que grande parte dos sujeitos consideravam sua saúde bucal “regular”, sendo esta porcentagem de 42,7%.

Parte dos entrevistados (13%) considerou sua saúde bucal ruim, dados semelhantes aos resultados do SB Brasil, que apresentou em torno de 11% de pessoas que classificaram sua

condição de saúde bucal como ruim, sendo que esta porcentagem foi de 14,06% nos adultos, 11,63% nos idosos e 7,29% nos adolescentes (BRASIL, 2004b).

Entre os que consideraram sua saúde bucal ruim, 3,9% relataram que tinham essa percepção porque apresentavam alguma perda dental e 3,9% porque apresentavam algum problema relacionado à prótese, 2,6% ainda relataram o fato de apresentarem problemas periodontais (como mostra a Tabela 15).

Somente 7,8% dos nossos sujeitos classificaram sua saúde bucal como excelente, e entre as respostas surgidas para o questionamento do porquê dessa classificação apareceram o uso de prótese, visita recente ao dentista, boa higiene/cuidado, boa alimentação e mastigação, entre outras (Tabela 15).

No SB Brasil a porcentagem de pessoas que classificaram sua saúde bucal como “ótima” foi menor (4,7%), sendo de 5,86% entre os adolescentes, 4,26% entre os idosos e 3,93% entre os adultos (BRASIL, 2004b).

Apenas 3,9% dos respondentes afirmaram que sua saúde bucal estava “muito boa”, o porquê desta resposta se deu à visita recente ao dentista e a boa adaptação à prótese total (Tabela 15).

Concluimos que, de uma maneira geral, os nossos entrevistados possuíam uma autopercepção das suas condições de saúde bucal positiva, e que esses sempre relacionavam esta classificação com a presença/ausência de problemas odontológicos e necessidades de tratamento e visitas ao cirurgião-dentista, o que mostra também, o reconhecimento da população pela necessidade desse profissional.

A autopercepção de saúde é um indicador de saúde muito importante, pois reúne a condição de saúde objetiva, as respostas subjetivas, os valores e as expectativas culturais, devendo então, ser usada como um indicador subjetivo para complementar as informações clínicas. O conhecimento da autopercepção das pessoas sobre saúde bucal deve ser o primeiro

passo na elaboração de ações programáticas educativas, preventivas e curativas (SILVA; CASTELLANOS FERNANDES, 2001).

➤ **3- Crenças/Valores relacionados à saúde bucal.**

A Tabela 16 abaixo ilustra a porcentagem de pessoas que consideravam ou não que necessitavam de tratamento dentário, sendo que a maioria (58,4%) afirmou que necessitava.

Tabela 16-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre necessidade de tratamento dentário, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Opinião relatada		
Sim	45	58,4
Não	32	41,6
Total	77	100,0

Ferreira, Loureiro e Araújo (2004) realizaram um estudo em Sabará, Minas Gerais, a partir de dados secundários da Secretaria da Saúde desse município. Esses autores examinaram 312 formulários de exames de cárie dentária e de questionários de necessidade percebida, referentes a escolares de 12 anos da rede pública, e também encontraram que 55,5% dos seus entrevistados declararam que necessitavam de tratamento odontológico. No entanto, os dados da nossa pesquisa não podem ser comparados com os achados do referido estudo, por tratarem de populações diferentes.

A Tabela 17 abaixo, mostra o motivo pelo qual os entrevistados acreditavam que precisavam ou não de tratamento odontológico.

Tabela 17 - Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre o motivo da necessidade ou não de tratamento dentário, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Motivos referidos*		
Não precisa de tratamento odontológico:		
Porque não sente nada no momento	19	24,7
Porque visitou o dentista recentemente	11	14,3
Porque usa prótese	04	5,2
Precisa de tratamento odontológico:		
Rotina	16	20,7
Porque necessita de reabilitação oral	11	14,3
Porque necessita fazer restauração	09	11,7
Porque necessita trocar prótese	05	6,5
Porque necessita de profilaxia	03	3,9
Porque necessita de tratamento periodontal	02	2,6
Porque precisa de tratamento endodôntico	01	1,3
Porque precisa de cirurgia bucal	01	1,3
Outros	05	6,5
Porque considera importante o tratamento odontológico	01	1,3

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Dos 32 sujeitos que afirmaram que não necessitavam de tratamento atualmente, 24,7% disseram que não precisavam porque “não sentiam nada no momento”. Entre as pessoas que responderam que precisavam de tratamento, 20,7% disseram que precisavam de tratamento de rotina, alguns também (14,3%) afirmaram que necessitavam realizar uma reabilitação oral.

A Tabela 18 abaixo mostra as categorias emergidas a partir das repostas sobre o que os entrevistados acreditavam que ajuda ter uma boa condição de saúde bucal.

Tabela 18-Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre fatores benéficos para a saúde bucal, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Fatores referidos*		
Boa higiene bucal	44	57,1
Visitar frequentemente o dentista	38	49,3
Bom tratamento/atendimento/cuidado odontológico	28	36,3
Bons hábitos	12	15,6
Orientação	06	7,8
Ter/usar insumos para higiene oral	05	6,5
Prevenção	04	5,2
Dinheiro	03	3,9
Bom dentista	01	1,3
Outros	02	2,6
Resposta prejudicada	01	1,3
Não sabe/não lembra	01	1,3

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Observa-se na análise do quadro que a maioria, ou seja, 57,1% dos indivíduos respondeu “Boa higiene bucal”, o que foi considerado uma resposta pertinente, ressaltando uma boa percepção desses indivíduos com relação à saúde bucal. Muitos também (49,3%) relataram que “Visitar frequentemente o dentista” ajudava a ter uma boa condição de saúde bucal. Enfatizamos ainda, a presença da categoria “dinheiro”, explicitada por 3,9% (3 pessoas) como fundamental para se ter uma boa saúde bucal.

Como o processo saúde doença para esses sujeitos ainda está muito embasado no modelo biomédico, que influenciou a assistência em saúde como um todo, bem como a assistência odontológica, a solução para os problemas de saúde bucal para eles é pautada na figura do dentista e no tratamento odontológico, com a necessidade de boas condições financeiras, visto o alto custo das ações curativas pelo uso freqüente de tecnologias pesadas.

Na Tabela 19 abaixo estão expostas as categorias de respostas surgidas quando se perguntou sobre a crença dos sujeitos entrevistados sobre o que pode causar problemas na boca.

Tabela 19 – Opinião de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, sobre fatores que podem causar problemas na boca, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Opinião relatada*		
Falta de higiene/cuidado/tratamento bucal	65	84,4
Dente cariado/infecção/mau hálito/prótese total mal adaptada	25	32,4
Alimentação/bebida inadequada	19	24,7
Cigarro	15	19,5
Condições fisiológicas	06	7,8
Ferimento na cavidade bucal	05	6,5
Não freqüentar o dentista	05	6,5
Problema de saúde em geral	04	5,2
Medicação	02	2,6
Tipo da escova e Técnica de escovação	02	2,6
Falta de informação	01	1,3
Custo do tratamento odontológico	01	1,3
Outros	05	6,5
Não sabe	03	3,9

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Observa-se que a grande maioria dos sujeitos (84,4%) considera e acredita que a “Falta de higiene, cuidado e/ou tratamento bucal” pode trazer problemas para a saúde da cavidade oral, demonstrando mais uma vez, que os indivíduos entrevistados apresentavam uma boa percepção com relação à saúde bucal, e aos fatores que podem prejudicá-la.

Nota-se que os sujeitos atribuem a responsabilidade pela saúde bucal a eles próprios, ao autocuidado, e ao tratamento odontológico, desconsiderando todas as influências do contexto socioeconômico, cultural, ambiental em que vivem, e pela história das políticas de saúde bucal do nosso país, apontando para uma percepção fortemente influenciada pelo Preventivismo.

➤ **4-Comportamentos/atitudes relacionados à saúde bucal.**

Tabela 20-Hábito de fumar de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Hábitos referidos		
Você fuma atualmente?		
Não	66	85,7
Sim	11	14,3
Total	77	100,0
Quantos cigarros fuma por dia?		
Mais de 3 cigarros/dia	05	6,5
1 Maço/dia	04	5,2
Até 3 cigarros/dia	01	1,3
Mais de 1 maço/dia	01	1,3
Não se aplica	66	85,7
Total	77	100,0
Você já fumou alguma vez na vida?		
Não	49	63,6
Sim	28	36,4
Total	77	100,0

Na Tabela 20 acima observamos que apenas 14,3% dos entrevistados fumavam, no entanto, 36,4% já fumaram alguma vez na vida. Entre os que fumavam apenas 5,2% fumavam mais de um maço por dia.

Tabela 21-Ingestão de bebida alcoólica por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Frequência de ingestão		
Você ingere bebidas alcoólicas?		
Não	48	62,3
Sim	29	37,7
Total	77	100,0
Com que frequência?		
Às vezes	17	22,1
2x/semana	08	10,4
1x/semana	02	2,6
Todo dia	02	2,6
Não se aplica/Não bebe	48	62,3
Total	77	100,0

A Tabela 21 acima mostra que 62,3% dos sujeitos entrevistados relataram que não ingeriam bebidas alcoólicas; entre aqueles que referiram ingerir bebida alcoólica, 22,1% afirmaram que bebiam “às vezes” e somente 2,6% afirmaram que bebiam “todo dia”.

Estes dados foram coletados por causa da importância desses comportamentos para o câncer bucal, visto que, segundo o Manual do câncer Bucal do CROSP, o tabagismo é o principal fator de risco para o câncer bucal, seguido pelo consumo de bebida alcoólica, sendo que a associação de ambos comportamentos aumenta a possibilidade de desenvolvimento da doença (SOARES, 2003/2005).

Além disso, o consumo de cigarro também está relacionado a alterações gengivais, doenças periodontais, aumento de risco de perda óssea alveolar, dificuldade de cicatrização, redução dos níveis de Imunoglobulina A secretória na saliva; e o consumo de bebidas alcoólicas de forma crônica também provoca deficiências nutricionais, alterações no fígado e nas condições imunológicas, defeitos nas mucosas, além de aumentar em 15 vezes o risco de câncer de boca (SOARES, 2003/2005).

De acordo com os achados desta pesquisa, não existem problemas gritantes com relação a essas condições na população estudada.

Tabela 22-Exposição ao sol e uso de medicação diária por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Respostas		
Você se expõe ao sol freqüentemente?		
Não	58	75,3
Sim	19	24,7
Total	77	100,0
Você toma alguma medicação diariamente?		
Sim	54	70,1
Não	23	29,9
Total	77	100,0

Na Tabela 22 acima, observa-se que 75,3% dos indivíduos relataram que não se expunham ao sol freqüentemente, não sendo, então, um comportamento comum na nossa população. Este dado também é relevante, visto que a exposição à luz solar excessiva é um importante fator de risco a se considerar para o desenvolvimento do carcinoma na semimucosa do lábio inferior, portanto, trabalhadores que ficam expostos constantemente ao sol devem ser protegidos e esclarecidos sobre este risco (SOARES, 2003/2005).

Tabela 23—Medicamentos usados diariamente por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Medicamentos*		
Anti-hipertensivo	28	36,4
Antidiabético oral	08	10,4
Hormônio-Menopausa	07	9,0
Anti-depressivo	07	9,0
Diurético	06	7,8
Para coração	06	7,8
Ansiolítico	04	5,2
Antilipênico	03	3,9
Anticoncepcional	03	3,9
Osteoporose/hipocalcemia	03	3,9
Vitaminas	03	3,9
Antidiabético injetável	02	2,6
Bronco-dilatador	02	2,6
Para memória	02	2,6
Para aparelho genito-urinário	02	2,6
Antiarrítmico	02	2,6
Para insônia	02	2,6
Antiinflamatório	02	2,6
Para triglicérides	01	1,3
Anti-varicoso	01	1,3
Para labirintite	01	1,3
Para estômago	01	1,3
Antibiótico	01	1,3
Inibidor da agreg. Plaquetária	01	1,3
Para o intestino	01	1,3
Antiandrogênico	01	1,3
Para anemia	01	1,3
Não se aplica	24	31,2

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Quanto ao uso de medicação diária, 70,1% relataram fazer uso de alguma medicação diariamente; quando questionados sobre quais eram os medicamentos usados (Tabela 23), a maioria dos entrevistados (36,4%) respondeu fazer uso diário de anti-hipertensivos, 10,4% de antidiabéticos orais, 9% referiram fazer uso de anti-depressivos, 7,8% de pessoas mencionaram fazer uso diário de medicamentos para o coração, 5,2% de ansiolíticos, entre outros.

Alguns hipertensivos como a Clorana (um dos mais usados) causa o fenômeno da “secura da boca”, bem como os medicamentos anti-depressivos, por exemplo a fluoxetina, e ansiolíticos como o Diazepan. O medicamento Adalat, utilizado para doença coronariana, apresenta como um dos seus efeitos colaterais a hiperplasia gengival; glicocorticóides como o Busonid, têm como reações adversas além da boca seca, a infecção por cândida na cavidade bucal, que pode ser também efeito colateral de alguns antibióticos. Ressaltamos que todos esses medicamentos foram referidos como sendo de uso diário por alguns dos nossos sujeitos.

O fenômeno da “boca seca” acontece devido à diminuição do fluxo salivar, que tem como consequência o aumento do risco à cárie dentária, além de interferir na adaptação de próteses totais e na formação do bolo alimentar. Muitos medicamentos também apresentam em sua composição açúcares, o que também acaba agravando o risco à cárie.

Segundo o manual do câncer bucal do CROSP, alguns medicamentos também possuem como efeitos colaterais o desenvolvimento de neoplasias malignas, sendo, portanto considerados como um fator de risco de cânceres (SOARES, 2003/2005).

Montenegro et al. (2006) encontraram em sua pesquisa sobre efeitos colaterais bucais dos medicamentos em idosos os seguintes efeitos colaterais: cicatrização retardada dos tecidos (57%); alterações salivares (43, 4%) {xerostomia (36, 6%), hipersalivação (4, 3%) e implicações internas nas glândulas salivares (2, 5%)}, candidíase/estomatites induzidas por drogas (29, 9%), problemas gengivais/periodontais (18, 4%), alterações de sabor/gosto (13, 4%), dificuldades para engolir (12, 5%), alterações na língua (9, 1%) e excessiva sensibilidade na boca/língua (1, 6%).

Um outro fator importante a ser discutido é que nas fontes brasileiras pesquisadas por Montenegro et al. (2006), 21,6 % dos medicamentos não citam qualquer efeito colateral bucal, o que é preocupante, pois essas informações afetam diretamente a qualidade de vida dos

indivíduos. O que mostra mais uma vez, que a boca é vista de forma fragmentada do resto do corpo.

Fica evidente então, a necessidade de orientação e esclarecimentos sobre essas reações adversas de alguns medicamentos, que muitas vezes não são conhecidas pelos indivíduos e, que podem aumentar o risco de doenças bucais.

A Tabela 24 abaixo, mostra que 63,6% dos entrevistados já utilizaram flúor alguma vez na vida, sendo que desses a maioria (32,5%) afirmou ter usado na escovação com creme dental, como pode ser visto na Tabela 25.

Tabela 24-Uso de flúor e tipo de água consumida por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Respostas		
Você usa ou já usou flúor alguma vez?		
Sim	49	63,6
Não	28	36,4
Total	77	100,0
Que tipo de água você consome?		
Torneira e filtrada	42	54,5
Torneira e não filtrada	26	33,8
De galão	09	11,7
Total	77	100,0

Tabela 25-Formas de utilização de flúor por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Formas de utilização referidas*		
Na escovação com creme dental	25	32,5
No consultório odontológico	21	27,3
Bochecho	08	10,4
Na água	04	5,2
Na gravidez	02	2,6
Bochecho com antiséptico bucal	02	2,6
Não lembra	01	1,3
Em casa	01	1,3
Não se aplica	28	36,4

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Quanto ao tipo de água consumida 54,5% das pessoas afirmaram consumir água da torneira filtrada, o que no caso de Ribeirão Preto significa água fluoretada, pois o município possui fluoretação nas águas de abastecimento. No entanto, apenas 5,2% dos sujeitos mencionaram a água como forma de utilização de flúor, o que nos leva a conclusão que muitas pessoas não têm conhecimento da incorporação do flúor na água de abastecimento do município.

Unfer e Saliba encontraram que 69,4% dos seus entrevistados não faziam o uso do flúor, e dentre aqueles que utilizavam a maioria (13,8%) usava no creme dental, sendo que apenas 1% dos sujeitos respondeu que usava por meio da água de beber. Quando questionados sobre onde existe flúor apenas 5,6% dos respondentes mencionaram a água, confirmando nossos achados e conclusões sobre a falta de informação das pessoas sobre a presença de flúor na água.

Produtos fluorados como água de abastecimento público e dentifrício vem sendo utilizados no mundo para prevenção da cárie dentária, como uma intervenção de saúde pública (KALAMATIANOS; NARVAI, 2006).

A fluoretação da água de abastecimento público no Brasil é prevista em lei federal, visto que a cárie dentária é a principal doença bucal de saúde pública do país, no entanto, só alcança metade da população (BLEICHER; FROTA, 2006). A medida foi implementada no Brasil desde 1953, configurando-se como uma medida efetiva, segura, equânime e barata contra a cárie. A fluoretação das águas de abastecimento público tem larga abrangência, e uma relação custo-benefício favorável, podendo favorecer inclusive aqueles que não têm poder aquisitivo para comprar produtos fluorados.

A Tabela 26 abaixo, indica que 98,7% dos entrevistados afirmaram que escovavam os dentes, sendo que desses, 63,6% afirmaram escovar com uma frequência de 3 vezes por dia.

Tabela 26-Hábitos de escovação dental de indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Hábitos referidos		
Você costuma escovar os dentes?		
Sim	76	98,7
Não	01	1,3
Total	77	100,0
Com que frequência?		
3X/DIA	49	63,6
2X/DIA	17	22,1
Outros	06	7,8
1X/DIA	04	5,2
Não se aplica	01	1,3
Total	77	100,0
Você possui escova dental própria, que só você utiliza?		
Sim	75	97,4
Não	02	2,6
Total	77	100,0

A frequência de escovação dental encontrada neste estudo foi considerada alta e nossos resultados foram semelhantes aos encontrados por Marcenes e Sheiham (1992), que encontraram uma média de frequência de escovação de 2,7 vezes ao dia em adultos de diferentes categorias socioeconômicas da cidade de Belo Horizonte.

Abegg (1997) também encontrou que mais da metade dos indivíduos entrevistados (68,1%), informaram escovar seus dentes três vezes ao dia, no entanto, Corbacho et al. (2001) encontraram uma porcentagem menor (41,6%) de indivíduos que afirmaram escovar os dentes 3 vezes ao dia.

Quase todos os sujeitos (97,4%) afirmaram que possuíam escova dental própria, entretanto, duas pessoas afirmaram que não possuíam escova dental, uma delas por ser desdentado total e não possuir prótese, não realizando nenhum tipo de higienização bucal. Outro sujeito respondeu que por causa da pressa acabava usando a escova dental do marido.

Embora essas condições tenham sido referidas por apenas dois entrevistados, consideramos esses dados muito importantes, por um lado porque mesmo que a pessoa seja desdentada total e não tenha prótese deve realizar a higiene bucal por meio de bochechos, além de sempre realizar o auto-exame da cavidade oral para observar a presença de possíveis lesões.

Por outro lado, o uso compartilhado de escova dental, também já relatado em outros estudos (CHAMBRONE, 1996; DIMBARRE; WAMBIER, 1996; GRIGOLETTO et al., 2004; PACE et al., 2006 e PASCHOAL; ROTTA, 1992), é considerado um comportamento de risco, tendo em vista que a transmissão intra-oral de espécies cariogênicas pode ocorrer via instrumentos dentais (QUIRYNEN et al., 2001), ou seja, pasta ou escova dental contaminada (SVANBERG, 1978). A transmissão intrafamiliar de bactérias cariogênicas e periodontogênicas foi observada por meio da utilização coletiva de escova dental (ALALUUSUA; ASIKAINEN; LAI, 1991; BORGES et al., 1996; CHAMBRONE, 1996) ocorrendo principalmente de pais para filhos e de cônjuges para cônjuges (NEMETH, S/D).

Além disso, outros microrganismos que podem causar infecção bucal ou sistêmica podem também ser abrigados na escova dental, o que alerta para os riscos associados a este comportamento.

A pergunta sobre o número de escovas dentais no domicílio também aparece na Ficha A do SIAB do município de Ribeirão Preto, e, freqüentemente a importância dessa pergunta é questionada por alunos e profissionais. Nossos resultados confirmam a presença de uso coletivo de escova dental e a relevância desse questionamento.

A escovação dos dentes é a forma mais comum de higienizá-los, sendo amplamente aceita como um comportamento social desejável pela população dos países industrializados (FRANDSEN, 1986).

Sabe-se que os comportamentos/atitudes dependem de informações e orientações que as pessoas possuem, no entanto, esses não são os únicos aspectos relevantes, visto que, os hábitos e as mudanças de comportamentos dependem também de questões culturais, sociais e econômicas.

Entendemos que muitas vezes os hábitos de higiene oral desenvolvidos pelos sujeitos não dependem exclusivamente deles. Grande parte dos indivíduos sabem que o ideal seria realizar a higiene bucal pelo menos duas vezes ao dia ou sempre após as refeições, porém, não tem condições para isso por causa do trabalho ou outras condições desfavoráveis.

Na Tabela 27 a seguir, podemos visualizar que 57,1% das pessoas afirmaram fazer uso do fio dental.

Tabela 27-Uso de fio dental e prótese por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Respostas		
Você usa fio dental?		
Sim	44	57,1
Não	17	22,1
Não se aplica	16	20,8
Total	77	100,0
Com que frequência?		
Diariamente	24	31,2
De vez em quando	18	23,4
Mais de 1x/dia	02	2,6
Outros	01	1,3
Não se aplica	32	41,6
Total	77	100,0
Você usa prótese?		
Sim	56	72,7
Não	21	27,3
Total	77	100,0
Essa prótese traz dificuldade no seu dia-a-dia?		
Não	41	53,2
Sim	16	20,8
Não se aplica	20	26,0
Total	77	100,0

Abegg (1997) encontrou em sua pesquisa sobre hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses que a maioria dos entrevistados (67,5 %) declarou usar fio dental, estando seu uso associado com sexo e categoria socioeconômica.

O uso do fio dental é uma prática mais recente que a escovação, por isso consideramos 57,1% uma porcentagem alta, refletindo que a nossa população de estudo possui bons hábitos de higiene oral de uma forma geral.

Segundo Gift (1986) o uso regular do fio dental não é um comportamento comum para a maioria da população dos países industrializados, sendo que apenas uma parcela restrita da mesma o utiliza regularmente.

Dos indivíduos que faziam o uso do fio dental, encontramos que 31,2% usavam diariamente, porcentagem também considerada alta, tendo em vista que, segundo Faber (2006), estudos representativos indicam que não mais que 10% a 15% das pessoas realmente usam o fio dental diariamente.

Quanto ao uso de prótese, 72,7% dos entrevistados usavam algum tipo de prótese, incluindo as fixas, de um ou mais elementos, removíveis ou totais.

O uso de prótese nesta população foi considerado alto. Os dados nacionais do último levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal no país (SB Brasil) revelaram que 48,31% da população de 35-44 anos usava algum tipo de prótese superior, 13,75% usava algum tipo de prótese inferior e 66,54% das pessoas da faixa etária de 65 a 74 anos também usavam qualquer tipo de prótese superior, e 30,94% usavam qualquer prótese inferior (BRASIL, 2004b).

Dos 56 (72,7%) sujeitos que utilizavam próteses, apenas 20,8% (16) disseram que o uso da prótese trazia dificuldades no dia-a-dia.

Na Tabela 28 pode-se notar que dos 16 indivíduos que apresentavam alguma dificuldade relativa ao uso de prótese, 7 reclamaram que a prótese doía ou machucava, 6

afirmaram que tinham problemas com a adaptação da prótese, 3 afirmaram ter prejuízos funcionais, outras 3 pessoas atentaram para outras dificuldades como a dificuldade no cuidado com a prótese, e 1 sujeito salientou o prejuízo estético.

Tabela 28-Dificuldades do uso de prótese apontadas por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Dificuldades referidas*		
Prótese incomoda	07	9,0
Prótese mal adaptada	06	7,8
Prejuízo funcional	03	3,9
Estética prejudicada	01	1,3
Outras	03	3,9
Não se aplica	60	77,9

*As categorias não são mutuamente exclusivas

Segundo a Tabela 29 abaixo, apenas 11,7% dos entrevistados já tinham realizado o auto-exame para detecção de câncer bucal.

Tabela 29-Realização de auto-exame para detecção de câncer bucal e visita ao dentista por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Respostas		
Você já realizou o auto-exame para detecção de câncer bucal?		
Sim	09	11,7
Não	07	9,1
Não se aplica	61	79,2
Total	77	100,0
Você já foi ao dentista alguma vez na vida?		
Sim	77	100,0
Quando foi a última vez que você foi ao dentista?		
Menos de 1 ano	39	50,6
De 1 a 2 anos	19	24,7
3 ou mais anos	19	24,7
Total	77	100,0
Desta última vez, qual foi o serviço odontológico que você utilizou?		
Serviço privado liberal	40	51,9
Serviço privado suplementar	18	23,4
Serviço público	17	22,1
Não respondeu	02	2,6
Total	77	100,0
Desta última vez, qual foi a razão de você ter ido ao dentista?		
Consulta de rotina	20	26,0
Dor	11	14,3
Cavidades nos dentes	10	13,0
Sangramento gengival	01	1,3
Outros	35	45,5
Total	77	100,0

Consideramos uma porcentagem muito baixa, visto a alta incidência de câncer bucal no país, e a importância da prevenção secundária, que tem por objetivo a detecção precoce da doença e instituição de pronto tratamento que pode ser alcançada por meio do exame rotineiro, realizado por profissionais da saúde, auto-exame ou por programa de rastreamento em massa (WHO, 2003).

Todo indivíduo, após orientações e informações, por meio do auto-exame, pode realizar a detecção precoce de lesões bucais, contribuindo para o controle do câncer bucal,

estando apto a reconhecer e buscar tratamento para as lesões chamadas cancerizáveis (ulcerações traumáticas, irritações crônicas, leucoplasias, eritroplasias, entre outras) (OLIVEIRA, 1994).

Já prevendo a falta de informação e baixa adesão à realização do auto-exame para câncer bucal, nas visitas domiciliares feitas para a realização das entrevistas do nosso estudo a pesquisadora entregou a todos os participantes da pesquisa um folheto explicativo e ilustrado produzido pelo Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, com os passos para se realizar o auto-exame.

Nemetz (S/D) afirmou que o rastreamento, aconselhamento e acompanhamento dos indivíduos que compõem o grupo de risco são as principais iniciativas no eixo da prevenção e controle do câncer bucal, mencionou também que os profissionais, especialmente médicos e dentistas, devem incluir o exame minucioso da cavidade bucal na rotina do exame físico e que cabe à população em geral realizar o auto-exame.

Ainda com base nas informações da Tabela 16, tivemos como resultado que 100% dos sujeitos já tinham visitado o dentista alguma vez na vida, dado considerado muito positivo e de extrema relevância, que não representa a situação do país, visto que, segundo dados do Ministério da Saúde, 30 milhões de brasileiros nunca compareceram à uma consulta odontológica (BRASIL, 2005).

No último levantamento epidemiológico de condições de saúde bucal realizado no Brasil (SB Brasil), os resultados mostraram que 13,43% dos adolescentes nunca foram ao dentista, bem como 2,82% dos adultos da faixa etária de 35 a 44 anos e 5,81% dos idosos (65 a 74 anos) (BRASIL, 2004b).

Barros e Bertoldi (2002) também encontraram em seus resultados uma parcela considerável (19%) de pessoas que declararam nunca ter consultado com um dentista.

Mutsuni (2002) em seu estudo sobre acesso aos serviços odontológicos da população brasileira no final do Século XX, obteve como resultado que cerca de 50% da população estudada tinha acesso freqüente à assistência odontológica, 30 % tinha acesso irregular e 20% não tinha acesso (nunca tinham ido ao dentista), sendo que o motivo mais freqüente da não procura por serviços de saúde, caracterizou-se pela não percepção de necessidade, outro fator a ser levado em consideração.

Ainda segundo o mesmo autor, os problemas odontológicos são os terceiros maiores motivos de procura por serviços de saúde no Brasil. No entanto, o acesso aos serviços odontológicos no país é restrito, os serviços públicos ainda não garantem o acesso universal previsto na constituição de 1988, sendo que a população de baixa renda fica desamparada no que se refere à saúde bucal.

Segundo Barros e Bertoldi (2002) do ponto de vista do acesso aos serviços odontológicos, o SUS é um agente de grande importância, porém ainda com um papel proporcionalmente pequeno.

Ressalta-se que esse problema do acesso a serviços odontológicos evidencia a fragmentação do sistema público de saúde, o que fere o princípio da integralidade, pois o acesso a esses serviços deveria ser assegurado em todos os níveis de assistência.

Quanto à freqüência de visitas ao dentista, 50,6% afirmaram que a última ida ao dentista tinha sido há menos de 1 ano. Barros e Bertoldi (2002) tiveram como resultado que 33% da sua população de estudo tinham consultado o dentista no período de um ano anterior à entrevista.

Ressalta-se que alguns dos nossos entrevistados, em sua maioria aqueles que possuíam prótese total, afirmaram que não iam ao dentista há mais de 20 anos.

Porém, de uma forma geral a freqüência foi considerada boa, tendo em vista que, a portaria 1101/2002 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre os parâmetros de cobertura

assistencial para o SUS, estabelece para o planejamento de recursos odontológicos de 0,5 a 2 atendimentos odontológicos por habitante/ano, ou seja, 1 consulta a cada 2 anos ou até 1 consulta odontológica ao ano por habitante (BRASIL, 2002b).

Quanto ao tipo de serviço odontológico utilizado, os nossos achados também se diferenciam da realidade do Brasil, sendo que a maior parte dos entrevistados (51,9%) afirmou que na última consulta ao dentista utilizou o serviço privado liberal, 23,4% disseram ter usado o serviço privado suplementar (planos e convênios), sendo que apenas 22,1% afirmaram ter usado o serviço público.

Barros e Bertoldi (2002) em sua pesquisa também encontraram que em sua maioria (69%), os atendimentos ocorreram em serviços particulares, dos quais 47% envolveram algum pagamento pelo cliente. O SUS respondeu por apenas 24% dos atendimentos, enquanto 17% realizaram-se através de outros planos de saúde.

Corbacho et al. (2001) em seus achados encontraram que apenas 25% dos sujeitos procuravam o dentista particular, 16,6% realizavam o tratamento por meio de planos de saúde e 58,3% buscavam algum posto de saúde, situação inversa a encontrada em nosso estudo. Mutsumi (2002) encontrou que o atendimento predominante ocorria através do SUS, seguido pela forma de pagamento direta.

De acordo com dados do último levantamento epidemiológico de saúde bucal no país (SB Brasil), em todas as faixas etárias avaliadas, a maioria dos entrevistados freqüentava o serviço público, sendo que entre os adolescentes esta taxa foi de 55,62%, na faixa etária de 35-44 anos, 48,16% afirmaram utilizar o serviço público odontológico e entre os idosos esta porcentagem foi de 40,50%.

Quanto ao motivo de procura pelo serviço odontológico, 26% dos respondentes disseram ter ido da última vez ao dentista por rotina, 14,3% por motivos de dor, 13% por causa de cavidades nos dentes e 45,5% por outros motivos, como colocação de prótese

principalmente. Esses achados também são considerados melhores quando comparados com a realidade nacional, pois, segundo dados do levantamento nacional (SB Brasil) o principal motivo de ida ao dentista entre os brasileiros continua sendo a dor, sendo que a porcentagem de adolescentes que procuraram os serviços odontológicos por esta razão foi de 30,68%, entre os adultos foi de (45,6%) e entre os idosos foi ainda maior (48,12%) (BRASIL, 2004b).

Corbacho et al. (2001) encontraram que 58,3% dos seus entrevistados relataram ter ido ao dentista no último ano para realizarem exodontias e 16,6% para tratamento periodontal.

Esses resultados, assim como os nossos, confirmam que as pessoas em sua maioria, continuam procurando o serviço odontológico quando possuem algum problema dental, algum sintoma agudo que os incomodam no momento, para a realização de procedimentos curativos, reproduzindo o modelo biomédico, com a prática odontológica curativista, já comprovadamente ineficaz e de alto custo.

Quanto aos hábitos alimentares, as Tabelas 30, 31, 32 e 33 apresentam a frequência de ingestão de alimentos doces, refrigerantes, balas/pastilhas e café, chá ou leite com açúcar pelos nossos entrevistados.

Há evidências que relacionam hábitos alimentares com cárie dental; existe o consenso que o aumento na incidência da doença seja resultado do processo da civilização humana, que acarretou alterações nos padrões alimentares (JOHANSSON; BIRKHED, 1995; KRAMER; FELDENS; ROMANO, 1997; SREEBNY, 1982).

A dieta, ingestão de alimentos e bebidas realizada por qualquer pessoa diariamente, pode exercer um efeito direto, causando a cárie por meio da sua ação sobre o esmalte, servindo como substrato para microrganismos cariogênicos (NEWBRUN, 1988).

A frequência do consumo de açúcar é um importante fator na etiologia da cárie (WYNE et al., 1995). O potencial cariogênico dos alimentos está relacionado aos vários açúcares, que podem ser fermentados, originando ácidos pelas bactérias presentes na placa

dentária, o que causa a queda do pH do meio bucal e desmineralizações no esmalte, iniciando assim o processo de cárie. A frequência de ingestão de açúcar e a consistência dos alimentos influenciam mais neste processo do que a quantidade de açúcar consumida pelo indivíduo.

A Tabela 30 mostra que 24,7% dos sujeitos afirmaram comer alimentos doces pelo menos 1 vez por dia, 20,8% referiram fazer esse consumo uma vez por semana, 18,2% de 2 a 3 vezes por semana, sendo que 6,5% disseram que comiam doces 2 a 3 vezes por dia.

Tabela 30-Frequência de ingestão de alimentos doces por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Frequência de ingestão referida		
1X/dia	19	24,7
1X/sem	16	20,8
2/3X/sem	14	18,2
Nunca	11	14,3
1X/mês	08	10,4
2/3X/dia	05	6,5
2X/mês	04	5,2
Total	77	100,0

A Tabela 31 indica que grande parte dos entrevistados (31,2% das pessoas) ingerem refrigerantes com uma frequência de 2 a 3 vezes por semana, (27,3%) ingerem apenas 1 vez por semana, no entanto, algumas pessoas (2,6% dos sujeitos) afirmaram que ingerem mais de 4 vezes por dia.

Tabela 31-Freqüência de ingestão de refrigerantes por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Freqüência de ingestão referida		
2/3X/sem	24	31,2
1X/sem	21	27,3
Nunca	13	16,9
1X/dia	09	11,7
1X/mês	03	3,9
2X/mês	03	3,9
2/3X/dia	02	2,6
+ de 4X/dia	02	2,6
Total	77	100,0

A Tabela 32 nos mostra a freqüência de ingestão de balas e pastilhas, sendo que a maioria (62,3%) dos entrevistados afirmou que nunca ingeriam balas e/ou pastilhas, 11,7% ingeriam 1 vez por semana e apenas 2,6% das pessoas ingeriam 2 ou 3 vezes por dia.

Tabela 32-Freqüência de ingestão de balas e pastilhas por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Freqüência de ingestão referida		
Nunca	48	62,3
1X/sem	09	11,7
2/3X/sem	08	10,4
1X/dia	07	9,1
1X/mês	03	3,9
2/3X/dia	02	2,6
Total	77	100,0

Na Tabela 33 abaixo, podemos visualizar a freqüência de ingestão de café, chá ou leite com açúcar, sendo que 48,1% dos sujeitos ingerem pelo menos um desses líquidos uma vez por dia e 28,6% ingerem 2 ou 3 vezes por dia.

Tabela 33-Freqüência de ingestão de café, chá ou leite com açúcar por indivíduos cadastrados em um NSF de Ribeirão Preto-SP, 2006

Nº. de indivíduos	F	%
Freqüência de ingestão referida		
1X/dia	37	48,1
2/3X/dia	22	28,6
+ 4X/dia	14	18,2
Nunca	02	2,6
2/3X/sem	02	2,6
Total	77	100,0

A ingestão freqüente de alimentos adocicados pelos nossos respondentes foi considerada baixa e não muito preocupante como comportamento de risco na população estudada. No entanto, alguns sujeitos devem ser alertados sobre a necessidade de se realizar a higiene oral após a ingestão de doces e/ou líquidos açucarados, para se evitar a desmineralização dental que pode ocorrer em decorrência deste hábito.

6.2-SEGUNDA ETAPA-Abordagem qualitativa

Após o término da ordenação dos dados, tínhamos um total de 26 discursos do sujeito coletivo. Para análise, estes discursos foram agrupados dando origem a 4 temas: “Concepções do processo saúde doença - do Teocentrismo ao Conceito Ampliado de Saúde”; “ É tudo, é importante, é o principal, é fundamental????? ”, “Saúde bucal é poder sorrir!! ” e “Dentadura-do alívio ao sofrimento”.

Nestes grandes temas ordenamos os DSCs para atingirmos o objetivo proposto neste estudo, que é conhecer a percepção de risco em relação à saúde bucal de usuários do NSF-1, com vistas a oferecer subsídios ao planejamento de ações de saúde bucal mais efetivas nos serviços de saúde pública.

No Tema 1, buscamos conhecer a representação de saúde e doença para os entrevistados. Notou-se que embora a concepção do processo saúde/doença para a população entrevistada tenha fortes expressões do Biologismo, ela é pluralista, com influências também do Teocentrismo, do Higienismo e Preventivismo chegando numa Concepção Ampliada de Saúde.

No Tema 2, verificamos que os entrevistados embora atribuam um valor de grande importância para a saúde/saúde bucal, têm dificuldades em verbalizar, em traduzir o significado de saúde.

No Tema 3, buscamos conhecer quais os pontos mais importantes na saúde bucal para os entrevistados, com o objetivo de apreender os valores, crenças, itens importantes para se conhecer a percepção de risco desses indivíduos.

O último Tema mostra como o significado de “ter saúde bucal” está relacionado à imagem do cirurgião-dentista, e ao uso de “dentadura”, que aparece com diferentes significados, passando de alívio rápido para as dores, até sofrimento, pela perda dos dentes, e conseqüentemente da auto-estima, onde mais uma vez tivemos o objetivo de apreender a

percepção de risco desses indivíduos, que varia de acordo com as características de cada um, e de suas experiências anteriormente vividas.

6.2.1 CONCEPÇÕES DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA-DO TEOCENTRISMO AO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE.

O processo saúde-doença varia de acordo com a época. O conceito de saúde está interligado ao entendimento que se tem do organismo vivo e de sua relação com o meio ambiente; como esta compreensão varia de uma cultura para outra, com a produção do conhecimento e de um momento histórico para outro, os conceitos de saúde e doença também sofreu variação (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Os conceitos de saúde e doença transformam-se de acordo com a época e a cultura de um povo (WILSON, 1984). Segundo Frias Júnior (1999), a concepção de saúde e doença tem variado ao longo dos tempos e nos diferentes tipos de cultura e sociedade.

Segundo Souza e Oliveira (1998, p.5):

“A percepção de saúde e doença de cada indivíduo está relacionada com a sua percepção de vida, que por sua vez se dá em contextos contraditórios, marcados por diferenças culturais, sociais, econômicas e individuais. Isto permite coexistirem concepções distintas em distintos momentos, em diferentes sociedades.”

Para Minayo (1988), por meio da compreensão da causação das doenças na visão popular podemos compreender muitas atitudes e práticas desses sujeitos, relativas ao fenômeno saúde-doença. A mesma autora afirma que a apreensão dos significados é fundamental quando se deseja perceber a saúde e a doença a partir de novos prismas, pois os significados ampliam a compreensão do processo saúde/ doença (MINAYO, 1994).

Ainda, segundo a mesma autora, ao se considerar a historicidade do processo saúde-doença, são abertas novas perspectivas para o conhecimento dos agravos à saúde e para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde e formulação de políticas para o setor (MINAYO, 1992).

Segundo Nunes (2005), para que os programas de promoção de saúde e saúde bucal alcancem seus objetivos é necessário se conhecer, além das informações técnicas, a forma como os sujeitos se percebem dentro do processo saúde-doença.

No Tema 1, evidencia-se o pluralismo de concepções do processo saúde/doença encontrado na população estudada, onde o conceito de saúde/saúde bucal sofre influências, ora do teocentrismo, ora do biologicismo, com ênfase do movimento higienista, e preventivista, variando até chegar a um conceito ampliado de saúde. Minayo (1988) em um estudo realizado em seis favelas do Rio de Janeiro com 50 adultos também encontrou nesta comunidade uma concepção pluralista, ecológica e holística do processo saúde-doença, onde os sujeitos integravam explicações de causação natural, emocional, sobrenatural e ecológica.

6.2.1.1 Influências do Teocentrismo

O teocentrismo (do grego θεός, theos, "Deus"; e κέντρον, kentron, "centro") é a concepção segundo a qual Deus é o centro do universo, tudo foi criado por ele, por ele é dirigido e não há outra razão além do desejo divino sobre a vontade humana (WIKIPÉDIA, S/D).

As concepções de saúde apóiam-se também no teocentrismo, como acontecia na Idade Média, onde as concepções de doenças relacionavam-se a “castigo divino” e “oportunidade de salvar a alma” (LAKATOS; BRUTSCHER, 2000), e a saúde era vista como “dádiva divina”. A doença era vista como purificação, como forma de atingir a graça divina, que incluía a cura,

desde que merecida, e as epidemias eram consideradas “castigo divino” para os pecados do mundo (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

A influência do teocentrismo na concepção de saúde dos nossos entrevistados pode ser observada no discurso abaixo:

“Saúde é a maior riqueza da nossa vida, é a coisa mais divina que Deus nos deu.” DSC-23

Segundo Minayo (1988), as pessoas ligadas à fé cristã colocam em Deus a causa do aparecimento e da cura de doenças, vinculando aos seus discursos causas como “castigo de Deus”, “vontade de Deus”, embora não deixem de citar causas sócio-econômicas, emocionais e naturais para o aparecimento de doenças. Ainda segundo a mesma autora, quando as doenças são difíceis de serem explicadas pelo diagnóstico médico, sua compreensão é dada como “castigo de Deus”, “coisa que mandaram”, ou “encosto” de algum espírito.

6.2.1.2 Influências do Biologicismo

Embora o conceito de saúde/saúde bucal da população deste estudo seja plural, ainda é fortemente calcado na concepção biológica, no modelo biomédico, mecanicista, reducionista, com a visão de saúde centrada na ausência de doença ou enfermidade e na figura do médico. Este conceito ainda predomina em nossa sociedade, e pode ser observado nos discursos abaixo:

“Saúde bucal é não ter problema, não ter nada que incomoda ter a boca saudável, não ter machucado, infecção, doença ou enfermidade na boca como cárie, ferimento na gengiva, nenhum carocinho, nenhuma lesãozinha, não ter nenhuma ferida, afta que possa virar câncer, não sentir dor.” DSC-13

“Ter saúde é não sentir nada, não ter dor, dificuldade, problema nenhum. É não depender de medicamentos, não precisar ir sempre ao médico. Ter saúde é ausência de doenças como pressão alta, diabetes, problemas do coração e câncer.” DSC-14

No DSC-15 abaixo nota-se também esta concepção biológica, mecanicista e cartesiana do conceito de saúde/saúde bucal, evidenciando-se que para este sujeito coletivo a saúde é entendida como o bom funcionamento das “peças” do organismo e a doença seria então o desequilíbrio entre alguma dessas “peças”:

“É uma questão também de saúde, é parte da saúde do nosso organismo, faz parte do bem estar completo, interfere na saúde geral porque se você tem problema nos dentes, você prejudica o estômago. Pela boca pode-se pegar várias doenças, uma inflamação, infecção na boca pode levar bactéria para o resto do organismo e levar à morte. Se você tem os dentes perfeitos, você tem uma mastigação melhor e um bom funcionamento das peças do corpo.” DSC-15

Ressalta-se que a própria pergunta “O que é para você ter saúde bucal”, fragmenta o conceito de saúde/saúde bucal, visto que a saúde bucal é intrínseca à saúde geral do indivíduo; no entanto, esta fragmentação foi intencional, para podermos apreender a percepção dos sujeitos em relação à saúde oral, e nos surpreendeu o fato do sujeito coletivo considerar a saúde bucal como parte da saúde geral da pessoa, o que para nós significou um grande avanço. Ferri (2006), em sua pesquisa sobre satisfação dos usuários em uma unidade de saúde da família realizada em Ribeirão Preto, também considerou um avanço quando foi sugerido pelos usuários a presença do profissional dentista dentro da unidade de saúde da família, o que mostra também, que a saúde bucal começa a ser reconhecida como necessidade pela população.

Por outro lado, quando se indaga sobre a saúde de uma forma geral, ainda a saúde bucal não é lembrada pelos entrevistados.

Segundo Chaves (1986), a saúde está deixando de ser vista de forma fragmentada, sendo analisada na ótica da multidisciplinariedade; sendo assim, ter saúde significa também ter saúde bucal. No entanto, ter apenas saúde bucal não faz sentido se não tiver pelo menos um grau razoável de saúde geral do indivíduo.

Apesar desses avanços, muitos profissionais da saúde ainda têm a visão fragmentada e reducionista de saúde e saúde bucal por terem sua formação apoiada no modelo biomédico, cartesiano, estritamente especializado, tecnificado e fragmentado, onde a boca é tida como uma das “partes” do ser humano, que por sua vez é visto como um conjunto de partes.

6.2.1.3 Influências do Higienismo

No final do século XIX e início do século XX, o Brasil passava por grandes transformações econômicas e sociais. Com o desenvolvimento do capitalismo e da industrialização, deu-se o aumento do comércio internacional e das correntes imigratórias que aumentaram as populações urbanas (MELO, 1987), acarretando precárias condições de vida e uma grave crise sanitária, com inúmeras epidemias (ROSSO; COLLET, 1999).

Diante dessa realidade, para tentar conter a crise sanitária, já que com o desenvolvimento do capitalismo o Estado necessitava manter sua força de trabalho, surgiu a preocupação com a educação para a saúde (MELO, 1987).

O chamado Movimento Higienista (SOARES, 2001) ou Movimento Sanitarista (HOCHMAN, 1998), chegou ao Brasil no final do século XIX e início do século XX, tendo como proposta a defesa da saúde, a educação pública e o ensino de novos hábitos higiênicos (GÓIS JUNIOR; LOVISOLO, 2003). Tinha como idéia central a de valorizar a população como um bem, como capital, como recurso principal da nação (RABINBACH, 1992).

O DSC 16 abaixo, mostra a fundamentação do conceito de saúde bucal no movimento higienista do século passado, onde regras e normas regulamentavam a vida das pessoas, para

que essas não adquirissem enfermidades, e onde as práticas educativas tinham enfoque na transmissão de informações e orientações visando à mudança de comportamento:

“É sinal de higiene em primeiro lugar, é ter uma boa higiene bucal, fazer assepsia diariamente. É ter limpeza, cuidar bem dos dentes e da prótese com escova, fio dental, listerine, deixando eles sempre limpos, escovar bem os dentes, a língua e a gengiva após as refeições três, quatro vezes por dia, evitar o mau hálito.” DSC-16

“É ter orientação, informação para as crianças e para os pais.”
DSC-21

6.2.1.4 Influências do Preventivismo

A Medicina Preventiva originou-se a partir do Movimento Higienista, do século XIX, intimamente ligado ao aparecimento do capitalismo e à concepção liberal, que centrava as responsabilidades individuais frente à saúde; da discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos; e do aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica (AROUCA, 1975).

O Preventivismo apresenta uma forma simplificada de abordagem da saúde; atribui toda a responsabilidade pela saúde aos indivíduos, desconsiderando todo o contexto sócio econômico cultural e ambiental que influenciam diretamente no processo saúde/doença.

Fica evidente no discurso abaixo as influências do Preventivismo na definição dos sujeitos sobre “ter saúde”:

“Ter saúde é fazer uma medicina preventiva, melhor prevenir do que recuperar.” DSC-17

A influência do Preventivismo está presente também, quando os sujeitos são indagados sobre o significado de ter saúde bucal:

“Ter saúde bucal é você fazer uma prevenção, por exemplo, prevenção de câncer.” DSC-19

“É tratamento, acompanhamento, fazer visita periodicamente ao dentista no mínimo a cada seis meses para uma revisão, para ver se tem alguma coisa, estar sempre observando.” DSC-22

Narvai (1994) adverte que o preventivismo é uma forma simplista de abordagem da saúde bucal, sem levar em consideração o contexto sócio-econômico e cultural nos quais serão implantadas as medidas preventivas.

Uma outra discussão com foco no Preventivismo é que na maioria das vezes as tecnologias preventivas são utilizadas em populações que delas não necessitam, sendo que grandes contingentes populacionais não têm acesso ao mínimo de informações sobre saúde bucal (CÓRDON; GARRAFA, 1991).

O conceito de saúde/saúde bucal vai se ampliando nesta população estudada e outros determinantes do processo saúde/doença vão sendo incorporados aos discursos, como a alimentação, os exercícios físicos e o sono; no entanto, esta concepção mais ampla não exclui as idéias pautadas no Preventivismo, como mostra os DSCs abaixo:

“Ter saúde é saber viver, ter uma boa alimentação, balanceada, sem frituras, com pouco sal, praticar exercícios físicos, caminhar, dormir bem, não ingerir bebidas alcoólicas, não fumar, ser saudável.” DSC-18

“É fundamental para alimentação, poder comer de tudo, poder mastigar uma carne, tomar água gelada sem problema, porque com os dentes ruins é um sacrifício para comer. É ter uma alimentação saudável, não comer muito.” DSC-20

6.2.1.5 Conceito Ampliado de Saúde

Quando feitas as perguntas “O que é para você ter saúde?” e “O que é para você ter saúde bucal?” nos chamou a atenção que em muitos discursos os sujeitos explicitavam um conceito ampliado de saúde, relacionando desde sentimentos de felicidade e bem estar até disposição para trabalhar e condições mínimas de saneamento com saúde. Nota-se que a visão mecanicista vai sendo superada e o conceito de saúde vai se ampliando, sendo incorporados diferentes determinantes do processo saúde/doença como felicidade, paz, bem estar físico, mental, espiritual, trabalho, qualidade de vida e boas condições de moradia.

A visão holística compreende a saúde como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes, tomando por base a concepção sistêmica da vida. De acordo com o enfoque holístico a saúde deve ser vista a partir de uma perspectiva mais ampla, distinguindo-se as origens da doença e sua manifestação (CAPRA, 1982).

Assim, este mesmo autor afirma que a saúde é considerada: “a experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico, envolvendo os aspectos físico e psicológico do organismo, assim como suas interações com o meio ambiente natural e social” (CAPRA, 1982, p. 316).

Esta concepção mais abrangente de saúde inclui as dimensões individual, social, econômica e cultural do processo saúde-doença, aproximando-o do conceito de vida, transcendendo as fronteiras disciplinares e rompendo com a visão mecanicista da vida, hegemônica até os dias atuais (SOUZA; OLIVEIRA, 1998).

Capra (1982) refere que a concepção holística da saúde orienta a assistência à saúde, que deve apresentar como objetivo a restauração ou manutenção do equilíbrio dinâmico de indivíduos, famílias e grupos sociais, e não apenas a cura da doença.

A idéia de que ter saúde/saúde bucal vai muito além da ausência de doenças, significando “bem-estar” e “felicidade” fica claramente evidenciada nos discursos abaixo:

“É muito importante ter saúde, porque a gente vive mais, vive bem, aproveita mais a vida, tem prazer de viver” DSC-1

“Ter saúde é ter uma vida legal, né? Ser uma pessoa alegre, feliz, contente, ter uma vida feliz, ter alegria de viver e ter paz.” DSC-2

“É viver bem e ser mais feliz.” DSC-3

Ampliando ainda mais o conceito de saúde, são incorporadas nas falas dos entrevistados, instâncias como os relacionamentos, o bem estar mental, espiritual além do físico, tomando como base a saúde numa abordagem sistêmica, holística, indo ao encontro da opinião de Blum (1981), que considera a saúde como uma interação dos níveis somático, psíquico e social.

“Ter saúde é sentir-se bem, ótima, estar de bem com a vida, com a gente mesmo, com tudo. É um completo bem-estar físico, mental, espiritual e emocional. É estar em forma, saudável.” DSC-4

“Ter saúde é ter uma cabeça boa, porque às vezes você está doente, mas sua cabeça aceita.” DSC-6

“É ter bons relacionamentos.” DSC-10

É apreendida também a Idéia Central de que ter saúde é ter disposição para fazer as atividades do dia-a dia:

“Ter saúde é você sentir vontade de passear, sair, conversar, caminhar, ir à igreja, viajar, interagir com todos. É você ter ânimo e disposição para lutar, crescer, trabalhar, fazer todas as coisas sem cansar, sem depender de ninguém, fazer tricô, crochê, cuidar da casa, dos filhos, praticar um esporte.”
DSC-5

Esta idéia expressada no DSC-5 vai ao encontro das afirmações de Blum (1981, p.15), que define saúde como “Um estado de ser em que os indivíduos fazem o máximo com as capacidades que têm e agem de forma a maximizar essas capacidades”.

Dando uma dimensão ainda maior para o conceito de saúde os sujeitos relatam a importância das condições de moradia e saneamento para a saúde, como evidenciado nos DSC abaixo:

“Ter saúde é ter uma moradia, uma boa água, um bom saneamento.”
DSC-9

Este discurso reafirma o conceito de saúde estabelecido no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde a saúde é considerada “a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986).

Seguindo em frente, aparece no DSC-7 a relação entre saúde e qualidade de vida:

“Ter saúde é ter qualidade de vida, ter um padrão de vida bom. Uma condição de vida estável, uma vida boa, tranquila.” DSC-7

No DSC-8, a saúde é relacionada ainda com o exercício do papel social de cada sujeito, o que deixa claro o alargamento do conceito de saúde, mas, no entanto, este discurso torna-se um pouco vago, faltando uma maior exploração do significado de “papel social” para o entrevistado:

“É você poder exercer seu papel social.” DSC-8

5.2.2 É TUDO, É IMPORTANTE, É O PRINCIPAL, É FUNDAMENTAL ????

Os DSCs abaixo, mostram que quando indagados sobre “O que é para você ter saúde” e “O que é para você ter saúde bucal”, os sujeitos não conseguem traduzir ou verbalizar exatamente o que significa isso pra eles, ressaltam a importância da saúde na vida, evidenciando a saúde como um “bem simbólico”, mas não explicam o porquê desta importância.

“Ter saúde é tudo de bom e especial na vida da gente, é a base, é fundamental, é a primeira coisa na vida de um ser humano, é muito importante, a melhor coisa do mundo.” DSC-11

“Ter saúde na boca é muito importante, fundamental, é a melhor coisa, a principal, é muito bom, maravilhoso, a boca da gente é tudo.” DSC-12

Nota-se que os discursos são vagos, abstratos, a idéia de saúde e saúde bucal é tudo e não é nada ao mesmo tempo, não consegue ser definida, os indivíduos não encontram meios, palavras para representar a saúde, evidenciando a dificuldade de percepção do que realmente é fundamental e importante para se ter saúde.

Ferri (2006), em seu estudo sobre satisfação de usuários de uma unidade de saúde da família, realizado em Ribeirão Preto (SP) também afirma que embora seja automático e comum falar em saúde no dia-a-dia das pessoas, quando estas são indagadas sobre o assunto apresentam dificuldades em se expressar, ficando surpresas, repetem a pergunta várias vezes, até revelarem que nunca tinham pensado no assunto.

5.2.3 SAÚDE BUCAL É PODER SORRIR!!

Auto-estima é:

“[...] a avaliação que o indivíduo faz, e que habitualmente mantém, em relação a si mesmo. Expressa uma atitude de aprovação ou desaprovação e indica o grau em que o indivíduo se considera capaz, importante e valioso. Em suma, a auto-estima é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes que o indivíduo mantém em face de si mesmo. É uma experiência subjetiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos (COOPERSMITH, 1967, p.4-5).”

A Auto-estima é um dos itens necessários para que o sujeito se sinta bem e importante dentro do convívio social.

A baixa auto-estima surge em pessoas que não são contentes com sua estética. A história da civilização humana está intimamente relacionada à estética, principalmente na sociedade moderna, onde a estética constitui-se em uma das grandes preocupações dos indivíduos, por provocar sentimentos de aprovação ou desaprovação sociais (BEDER, 1971).

A cavidade bucal apresenta funções biológicas (mastigação) e sociais (fala, sorriso, comunicação), conotando proximidade e intimidade nos relacionamentos sociais cotidianos servindo como instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade (RODRIGUES, 1979). Tem, portanto, grande influência na qualidade de vida tanto no nível biológico quanto no psicológico e social, através da auto-estima, auto-expressão, comunicação e estética facial (GIFT; REDFORD, 1992).

Os sujeitos medem os outros pela aparência, aceitar a fisionomia é acolher o outro, dar-lhe aceitação (BARBOTIN, 1977), sendo assim, quando um indivíduo tem uma característica diferente, uma deformidade física, pode ser rejeitado, sendo estigmatizado e não aceito socialmente (GOFFMAN, 1988).

Wolf (1998) explica que os indivíduos temem a rejeição, e dependem da aceitação social tendo necessidade de acolhimento por parte do seu grupo.

No 3º Tema observa-se que o significado de “ter saúde bucal” está intimamente relacionado com questões como a estética, o sorriso, a auto-estima e os relacionamentos pessoais, como fica evidente no DSC abaixo:

“A boca é também uma parte estética, é aparência, estar sempre com os dentes bons, ter dentes claros, o cartão postal da pessoa, o cartão de visita, a sala de visita, é a entrada, é como a casa, você vê a casa e aí vê a pessoa. Ter saúde bucal é poder sorrir para as pessoas com tranquilidade, ter auto-estima. É poder cumprimentar as pessoas com sorriso, interfere no relacionamento com as pessoas.” DSC-24

O sujeito coletivo estabelece uma ligação entre ter saúde bucal e o sorriso, “poder sorrir para as pessoas” o que nos remete à influência da saúde bucal nos relacionamentos, visto que o sorriso representa a forma mais primitiva e a essência da capacidade de comunicação humana, expressando sentimentos e emoções (HUNGERFORD, 2000; QUALTROUGH; BURKE, 1994; RUFENACH, 1998).

Segundo Wolf (1998), o sorriso é um ritual de aproximação, sendo influenciado pela aparência dos dentes; a inibição do sorriso tem consequências, desconstruindo-se a postura desejável, assim, dá-se a baixa auto-estima, e as demonstrações de emoções e sentimentos são prejudicadas, bem como, o convívio social.

O discurso evidencia também a “ditadura” da estética que se instalou na sociedade moderna, onde a auto-imagem está relacionada a um padrão ideal imposto pelas exigências sociais. Assim sendo, o DSC acima revela a importância da imagem para os padrões desejáveis pela sociedade (WOLF, 1998).

As pessoas que não possuem uma aparência agradável sofrem problemas no convívio social, são menos valorizadas profissionalmente, e essa desvalorização atinge também aspectos intelectual e psicológico, diminuindo a auto-estima (CARDOZO, 1993; CRAWFORD, 1991).

A estética bucal pode ser então, um fator desencadeador da exclusão social.

A preocupação com a aparência vem se tornando cada vez mais um fator relevante nas relações humanas, atualmente, um sorriso bonito, com dentes cada vez mais brancos, é um aspecto importante nas relações empregatícias, sociais, culturais, além de ajudar na auto-estima de cada um (CARVALHO, 2001).

Segundo FORTES (1995, p.394) “ter um belo sorriso e uma boa aparência é quase uma questão de sobrevivência num mercado profissional onde a competição é tão grande que todos os fatores entram em jogo”.

Luz e Valença (2000) num estudo que teve por objetivo avaliar a importância da estética bucal na inserção no mercado de trabalho, na cidade de Niterói (RJ), concluíram que a boa aparência foi um aspecto considerado no processo de seleção de funcionários, além de que a estética bucal estava fortemente relacionada à boa aparência do candidato a vaga de emprego; e que a principal razão apontada para a importância da avaliação da estética bucal foi o fato de a mesma estar ligada diretamente a boa higiene; a pesquisa concluiu também, que funcionários com a estética bucal comprometida não seriam contratados.

Wolf (1998) em sua pesquisa sobre o significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos, obteve dados que mostravam a importância dos dentes para a identidade e para a integridade do ego das pessoas revelando que o paciente, quando procura recursos odontológicos para substituição dos dentes perdidos, está buscando a reconstrução de sua imagem pessoal e social perdidas.

Apesar de a estética oral ser de suma importância, a cavidade bucal deve ser vista em sua totalidade, visto que, por meio dela existe a integração social do indivíduo (BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002). O DSC construído a partir das entrevistas exprime claramente o grande valor dado pelos sujeitos deste estudo à questão estética da saúde bucal, valor esse que reflete na formação da percepção de risco de saúde bucal desses indivíduos.

5.2.4 DENTADURA-DO ALÍVIO AO SOFRIMENTO

O quarto Tema nos mostra que o significado de “ter saúde bucal” vem ligado à figura do dentista, e ao uso de prótese total. A popular “dentadura”, que aparece com diferentes conotações, sendo considerada por uns como motivo de alívio, pelo sumiço da dor de dente e das idas freqüentes e tortuosas ao “terrível” dentista, e ao mesmo tempo é considerada sofrimento, pelo reflexo negativo na estética e conseqüentemente na auto-estima.

O DSC-25 abaixo, nos remete ao passado histórico da odontologia brasileira, baseada na prática hegemônica curativista e mutiladora, onde o sofrimento e a dor de dente eram situações normalmente vivenciadas e a extração dentária seguida da instalação de prótese total era considerada “solução”, “alívio” e “avanço técnico” para os problemas bucais da época.

“É triste viu, porque eu detesto dentista, morro de medo de dentista, sofri muito com dente, sempre indo ao dentista, depois que coloquei dentadura não sofri mais, dei graças a Deus.” DSC-25

Atualmente a extração dentária e colocação de prótese para alívio da dor representam o resquício de uma concepção de saúde bucal e de uma prática odontológica não mais desejada (FERREIRA et al., 2006). No entanto, esta prática ainda é exercida principalmente nos serviços públicos de saúde, onde muitas vezes a extração dentária é a saída para tratamentos conservadores fracassados (MENDONÇA, 2001).

Outro fator que favorece esta prática odontológica que tem nas extrações dentárias a solução para o alívio da dor, é a condição social dos indivíduos de baixo nível socioeconômico.

No Brasil, a extração dentária em massa tem início a partir dos 30 anos, como solução mais prática, rápida e econômica para os problemas de saúde bucal (PINTO, 1997). A prótese total apresenta-se como solução para aqueles que têm muitos problemas odontológicos

acumulados, e cujo tratamento na rede privada ficaria bastante oneroso (VARGAS; PAIXÃO, 2005).

Vargas e Paixão (2005) encontraram em seu estudo sobre perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte que as causas de perda dentária mais comumente apontadas pelos pacientes foram a falta de informação e condições financeiras para o tratamento. Confirmando assim, o papel social da perda dentária, como também ressaltam os achados de Pinto (1997, 2000) e Guimarães e Marcos (1996).

As pessoas com problemas de dor de dente muitas vezes não têm condições financeiras, nem acesso a serviços públicos, ou ainda não têm orientação para a realização do tratamento mais adequado, e para resolver o problema com urgência, pois, precisam retomar as atividades diárias de trabalho, acabam aceitando a extração dentária. Bernd et al. (1992) também afirmam que para tornarem os indivíduos aptos para o trabalho mais rapidamente, muitas vezes são realizadas extrações de dentes que poderiam ser recuperados.

A não oferta de prótese na maioria dos serviços públicos odontológicos não se justifica, uma vez que esta deveria ser uma das prioridades diante do princípio da integralidade da atenção em saúde bucal (VARGAS; PAIXÃO, 2005). Na atual Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente” um dos itens em discussão é a inclusão da confecção e instalação de próteses totais nos serviços de atenção básica, propiciando uma maior resolutividade para esses serviços.

O DSC-25 também nos mostra a imagem que os sujeitos possuem do cirurgião-dentista, que aparece sempre ligada ao medo, dor e sofrimento. Esta representação remonta há anos, pois já na literatura romanesca, o dentista era visto de forma negativa, imagem também veiculada pela TV e cinema (MARTINEZ, 1990; PRIDE, 1991; GERBERT, 1992; MESKIN, 1992; SCHUMAN et al., 1993; GERBERT; BLEECKER; SAUB, 1994).

Segundo Cruz et al (1997) em sua pesquisa sobre a imagem do dentista, realizada em Belo Horizonte (MG), o medo está fortemente associado à imagem desse profissional, fazendo parte do cotidiano da relação dentista-paciente, e a associação da imagem do dentista e do tratamento à dor aparece nos relatos de forma clara. O dentista é referido como um mal necessário, um carrasco, um incômodo, um compromisso, um castigo, e é dada uma ênfase negativa ao tratamento e à situação de ida ao dentista.

Vargas e Paixão (2005) encontraram que a percepção do cirurgião-dentista foi muito positiva, no entanto, o medo estava comumente presente na grande maioria das pessoas.

Já o DSC-26 abaixo, evidencia que o significado de “ter saúde bucal” está relacionado à condição de ter todos os dentes na boca, mostrando o medo dos sujeitos de precisar extrair os dentes e usar prótese total, pois, segundo Mendonça (2001), os indivíduos usuários de próteses dentárias sentem-se em desvantagem em relação aos portadores de dentes naturais.

“É ter todos os dentes na boca, porque eu morro de medo de perder os meus dentes, e ter que usar dentadura.” DSC-26

A perda dentária assinala alterações físicas, biológicas e emocionais, afetando diretamente a estética e auto-estima dos sujeitos, relaciona-se com componentes psíquicos e sociais importantes, pois, a sociedade contemporânea "supervaloriza" a aparência em detrimento de outros valores, então, esta perda, torna as pessoas vulneráveis a sentimentos de inferioridade, rejeição, insegurança, colocando-as em uma situação social desfavorável (WOLF, 1998).

Vargas e Paixão (2005) encontraram que os sentimentos com a perda dentária são negativos, os indivíduos se sentem envergonhados e com a sensação de perda irreparável. Também identificaram que a reabilitação estética e funcional com a prótese é complicada, pois

os pacientes encontram dificuldades de adaptação e desconforto, usando-a exclusivamente para melhorar a aparência.

7 CONCLUSÃO

Analisando-se os dados sócio-demográficos e culturais deste estudo conclui-se que a maior parte dos entrevistados constituiu-se de mulheres (80,5%), que em sua maioria ocupavam a posição de mães da família (68,8%), com idade acima de 51 anos (65%), sendo que a maioria (49,4%) referiu ter o ensino fundamental incompleto. Quanto à renda mensal familiar verificou-se que a maioria (40,3%) das famílias apresentava renda entre R\$1500,00 e R\$3000,00 (ou seja, em torno de 4,5 a 8,5 salários mínimos), mas uma parcela importante (13%) recebia de R\$300,00 a R\$600,00 (em torno de 1 a 2 salários mínimos). Quanto à ocupação atual, 31,1% dos entrevistados eram aposentados ou pensionistas e 31,1% eram donas de casa.

Quanto aos conhecimentos de saúde e saúde bucal, encontramos que grande parte dos sujeitos (63,6%) afirmou que tinha algum problema de saúde; 41,6% deles referiram que possuíam problema na boca, sendo que entre os que possuíam algum problema na boca, 14,3% tinham problemas relacionados à prótese.

A grande maioria dos entrevistados (89,6%) afirmou haver relação entre saúde bucal e saúde em geral; no entanto, 3,9% das pessoas declararam que não percebiam essa relação. Mais da metade dos respondentes (53,2%), afirmou que a durabilidade dos dentes dependia de cuidado, de higiene, de tratamento, de acompanhamento e manutenção dada à boca e aos dentes.

Com relação aos conhecimentos sobre o flúor, 59,7% dos indivíduos entrevistados afirmaram saber em quais produtos o flúor é encontrado, sendo que 40,2% deles citaram o “creme dental” como produto que contém flúor.

A maioria dos sujeitos (64,9%) afirmou que já ter ouvido falar do auto-exame para detecção de câncer bucal. No entanto, 81,8% referiram nunca ter recebido informação sobre como realizar este auto-exame. Quase o total de indivíduos (90,9%) afirmou que não possuía

nenhuma ferida ou machucado na boca e 81,8% disseram que não possuíam sangramento gengival com frequência.

Entre os entrevistados, 53,2% afirmaram nunca ter recebido orientação sobre como evitar problemas bucais, e, dos 46,8% que afirmaram ter tido qualquer orientação, 31,2% disseram ter recebido essa orientação de dentista.

Quanto à autopercepção de saúde bucal, 40,3% dos entrevistados a consideravam boa.

Com relação às crenças e valores sobre saúde bucal dos indivíduos selecionados para o estudo, 57,1% referiram acreditar que ter uma “boa higiene bucal” ajuda a ter uma boa condição de saúde bucal; 49,3% relataram ainda que “visitar frequentemente o dentista” ajuda a ter uma boa condição de saúde oral, e 3,9% mencionaram o “dinheiro”, como fundamental para se ter uma boa saúde bucal. A grande maioria dos respondentes (84,4%) considerou que a “falta de higiene, cuidado e/ou tratamento bucal” poderia trazer problemas para a saúde da cavidade oral. Mais da metade dos respondentes (58,4%) afirmou que necessitava de tratamento odontológico atualmente, e o motivo principal mencionado foi a “rotina” por 20,7% dos sujeitos, e a necessidade de reabilitação oral, mencionada por 14,3% dos entrevistados.

Quanto aos comportamentos e atitudes relacionados à saúde bucal, a maior parte dos respondentes (63,6%) referiu já ter utilizado flúor alguma vez na vida, sendo que desses, a maioria (32,5%) afirmou ter usado na escovação com creme dental. Somente 11,7% referiram já ter realizado o auto-exame para detecção de câncer bucal.

Apenas 14,3% dos entrevistados referiram o hábito do tabagismo e 37,7% o hábito de ingestão bebidas alcoólicas; entre os sujeitos, 75,3% relataram que não se expunham ao sol frequentemente e 70,1% relataram fazer uso de qualquer medicação diariamente, sendo que os anti-hipertensivos foram os medicamentos mais mencionados.

Ainda, quanto aos hábitos de higiene oral, 98,7% dos entrevistados afirmaram ter o hábito de escovação de dente; 63,6% afirmaram escovar com uma frequência de 3 vezes por dia. O uso do fio dental foi referido por 57,1% das pessoas, e destas, 31,2% afirmaram hábito diário.

Entre os entrevistados, 72,7% referiram o uso de algum tipo de prótese, e destes, apenas 20,8% disseram que o uso da prótese trazia dificuldades no dia-a-dia.

Todos os sujeitos referiram já ter visitado o dentista alguma vez na vida, sendo que para 50,6% a última visita ao dentista tinha sido há menos de 1 ano; e, em sua maioria (51,9%) eles referiram ter utilizado o serviço privado liberal nesta última consulta. Quanto aos motivos da última ida ao dentista, 26% dos respondentes disseram ter ido da última vez por rotina, 14,3% por motivos de dor, 13% por causa de cavidades nos dentes e 45,5% por outros motivos.

Quanto aos hábitos alimentares, verificou-se que a população estudada apresentava pouca ingestão de alimentos açucarados; entretanto, 28,6% dos sujeitos referiram ingestão de café, chá ou leite com açúcar 2 ou 3 vezes por dia.

A percepção de risco em relação à saúde bucal dos sujeitos desse estudo foi considerada positiva; os cuidadores possuem de maneira geral bons hábitos e conhecimentos sobre a temática. No entanto, a desvalorização da saúde bucal e algumas crenças como a fatalidade da perda dentária ainda são presentes e devem ser trabalhadas com essa população.

Os conceitos de saúde e doença para esses indivíduos, apesar de apresentarem fortes expressões do Biologicismo, revelam também influências do Teocentrismo, do Higienismo e Preventivismo, chegando numa Concepção Ampliada de Saúde. A expressão “ter saúde bucal” para os sujeitos da pesquisa revelou uma relação direta com o cirurgião-dentista, em detrimento do autocuidado. Pelos resultados, pode-se concluir que os sujeitos apresentam uma

maior preocupação com a parte estética, em termos de sua saúde bucal, deixando como secundária a questão da influência da saúde oral na saúde em geral.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou o conhecimento sobre a percepção de risco de saúde bucal, de indivíduos pertencentes às famílias cadastradas em um Núcleo de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto-SP, por meio da identificação de comportamentos/attitudes, crenças/valores e conhecimentos relacionados à saúde bucal de sujeitos selecionados para esta investigação.

Consideramos este estudo de grande relevância para o planejamento das ações de promoção, prevenção e reabilitação de saúde oral, podendo servir de subsídio para se constituir um diagnóstico odontológico da população da área em que ocorreu esta pesquisa, com um criterioso levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população selecionada.

Ainda, consideramos também que este trabalho, constitui-se numa primeira aproximação de uma realidade que está em constante transformação, com um extenso caminho aberto para futuras investigações.

Fica evidente com os resultados de nossa pesquisa, a necessidade de se considerar os estilos de vida e as formas de viver das populações a quem são direcionadas as ações de saúde, corroborando com os estudos de Miraschi e Sáez (1989), pois neste campo da cultura popular, os conhecimentos, os valores, as crenças e as práticas se vinculam a fatores biológicos, econômicos e sociais, necessitando por isso, serem também reconhecidos.

O conhecimento da realidade de cada uma das pessoas, de seus modos de vida, crenças, valores e anseios, de como adoecem e de seus conceitos sobre qualidade de vida são elementos essenciais, pois conhecer o nível da expectativa sobre saúde e doença de uma comunidade é fundamental para ajudá-la nas suas necessidades de saúde (PETRY; PRETTO, 1997).

O ser humano molda seus hábitos, comportamentos e atitudes conforme um conjunto de percepções sociais, e essas percepções englobam as crenças, os valores, as expectativas e interações no tempo e no espaço (CAMPOS, 1997). Daí a importância de se conhecer a percepção de risco de saúde bucal de uma população com a qual se deseja desenvolver alguma ação.

A percepção de risco da população de nosso estudo foi considerada alta e positiva, ao contrário da nossa hipótese inicial. Em sua maioria, os indivíduos pesquisados não revelaram possuir comportamentos de risco em relação à saúde bucal, apresentando bons conhecimentos a respeito dessa questão. No entanto, crenças apresentadas por alguns indivíduos, como a inevitável perda dentária ao longo dos anos, devem ser esclarecidas por meio de orientações dos profissionais da equipe do NSF-1, bem como a crença de que apenas o autocuidado e o tratamento odontológico são suficientes para se ter boas condições de saúde bucal, desconsiderando as influências do contexto sócio-econômico, ambiental e cultural.

Orientações sobre a relação da saúde bucal com a saúde em geral da pessoa também devem ser ressaltadas, tendo em vista que alguns sujeitos não conseguem perceber essa interligação. A importância do auto-exame para detecção de câncer bucal necessita ser mais divulgada e incorporada como prática de saúde de todos os profissionais da Equipe de Saúde da Família. A importância dos benefícios da água fluoretada também deve ser ressaltada para que a comunidade organizada por meio dos Conselhos Municipais de Saúde possa cobrar a vigilância e monitoramento dessa medida, bem como o acesso aos serviços odontológicos.

Alguns pontos, como o uso compartilhado de escova dental, a ingestão freqüente de alimentos e líquidos adocicados, e a procura pelos serviços odontológicos apenas em caso de urgência, devem ser melhor trabalhados pela Equipe de Saúde da Família com os sujeitos desta pesquisa.

Ressaltamos que essas orientações devem considerar as crenças, interesses, valores, necessidades, expectativas e percepções, que influenciam tais atitudes dos indivíduos e das famílias assistidas.

Os profissionais odontólogos necessitam estabelecer melhor seu papel na Equipe de Saúde da Família, articulando-se com a mesma para poder desenvolver ações mais efetivas de promoção à saúde bucal, que incluam, além da busca por políticas públicas saudáveis, a educação em saúde, trabalhando com abordagens sobre os fatores de risco de doenças bucais e/ou outros agravos, e estimulando a promoção para sua autonomia como cidadãos, voltando-se para as práticas de autocuidado.

Finalmente, esperamos que os resultados desta pesquisa contribuam para o diagnóstico da situação de saúde bucal do NSF-1, e conseqüentemente para o planejamento efetivo de ações odontológicas de promoção, prevenção e reabilitação, ainda muito incipientes nessa área. Também, que as questões ainda não respondidas neste estudo, incentivem e motivem novas pesquisas, que possam cada vez mais subsidiar a tomada de decisão na gestão dos serviços públicos de saúde, sempre atendendo aos princípios da universalidade, integralidade, equidade, participação e controle social.

REFERÊNCIAS

- ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 586-593, 1997.
- ALALUUSUA, S.; ASIKAINEN, S.; LAI, C. H. Intrafamiliar transmission of Actinobacillus Actinomycetencomitans. **J. Periodontol.**, Chicago, v. 62, n. 3, p. 207-210, 1991.
- ANDRADE, K. L. C.; FERREIRA e FERREIRA, E. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompeu (MG): a satisfação do usuário. **Rev. Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 123-130, 2006.
- AROUCA, A. S. S. **O Dilema Preventivista**: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 261 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- BRIENZA, J. A. **A fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ribeirão Preto (SP)**. 2005. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- ASSAF, A. V.; PEREIRA, A. C. Avaliação de risco em Odontologia. In: PEREIRA, A. C (Org.). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto alegre: Artmed, Cap.18, p. 310-326, 2003.
- BARATA, R. C. B. **A historicidade do conceito de causa**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1987. (Coleção de textos). (Mimeografado).
- BARBOTIN, E. **El lenguaje del cuerpo**. Pamplona: Editora EUNSA, 1977. v. 2.
- BARCHIFONTAINE, C. P. **Saúde pública é bioética?** São Paulo: Paulus, 2005. 79p.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Revista Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p.709-717, 2002.
- BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. Pesquisa científica. In: BARROS, A. J. P. **Fundamentos da metodologia**: um guia para a iniciação científica. São Paulo: McGraw-Hill, 1986. cap. 6, p. 90-121.

BASAGLIA, F. O. **The changing culture of health and difficulties of public health to cope with it.** Viena dialogue on health policy and health promotion-Towards a new conception of public health. Brussels:EEC Publications, 1986.

BEDER, O. E. Esthetics-an enigma. **J. Prosthet. Dent.**, St. Louis, v. 25, n. 6, p. 588-591, 1971.

BELLINI, H. T. Ensaio sobre programas de saúde bucal. **Biblioteca da ABOPREV**, n. 3, p.1-7. 1991.

BERND, B.; SOUZA, C. B.; LOPES, C. B.; PIRES FILHO, F. M.; LISBOA, I. C.; CURRA, L. C. D. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n.3, p.33-39, 1992.

BESTEN, P. K. Dental fluorosis: its use as biomarker. **Adv. Dent. Res.**, Washington, v. 8, n. 1, p. 105-110, 1994.

BLEICHER, L.; FROTA, F. H. S. Fluoretação da água: uma questão de política pública-o caso do Estado do Ceará. **Rev. Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.71-78, 2006.

BLUM, H. L. **Planning for health:** generics for the eighties. 2nd. ed. New York: Human Sciences Press, 1981.p.2-38.

BORGES, E. J. S.; YOXINO, J.; MIRANDA, A. V.; CORREA, L. R.; SILVEIRA, S. R. A.; SIQUEIRA, R. V.; CHAVASCO, J. K. Verificação da contaminação de escovas de dente por coliformes e parasitas intestinais. **Rev.Univ. Alfenas**, Alfenas, v.2, p.183-7, 1996.

BRAGA, J. M. Fazendo muito com pouco por todo o Brasil. **Promoção da Saúde**, Brasília, v.2, p. 19-23, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde:** Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall e Declaração de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde:** Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede dos Megapaíses e Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Família. **Guia Saúde da Família.** Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bucal/Publicacoes/guia_psf2.pdf. Brasília, 2001b. Acesso em 30 nov. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. Saúde Bucal. **A reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica.** Brasília: Área Técnica de Saúde Bucal, 2001c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/documentos/informes/psfinfo7.pdf>. Acesso em: 20 maio 2005.

_____. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000. **Manual do examinador.** Brasília: Ministério da Saúde; 2001d. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/index.html>. Acesso em: 13 ago.2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. – INCA. **Falando Sobre Câncer da Boca.** Rio de Janeiro: INCA, 2002a, 52p.

_____. Ministério da Saúde. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, 2002. Portaria nº. 1101, de 12 de junho de 2002. Brasília, 2002b. 15p. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf>. Acesso em: 01 nov. 2006.

_____. 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, 2004a. 16p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. **Condições de Saúde bucal da população brasileira 2002-2003:** resultados principais. Brasília, 2004b. 52p.

_____. Ministério da Saúde. Saúde, Brasil. Brasil Sorridente. **Mais brasileiros com água fluoretada.** Brasília, 2005. 8p.

BRIENZA, J. A. **A fluoretação das águas de abastecimento público no município de Ribeirão Preto (SP).** 2005. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatria**: noções de interesse clínico. São Paulo: Artes Médicas, 2002.p. 29-60.

BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/EAP-APCD, 2000. 336p.

BURT, B. A.; EKLUND, S. A. Dental caries. In: BURT, B.A. **Dentistry, dental practice, and the community**. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999a. cap. 19, p. 212-236.

BURT, B. A.; EKLUND, S. A. Periodontal Diseases. In: BURT, B.A. **Dentistry, dental practice, and the community**. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999b. cap. 20, p. 237-258.

BURT, B. A.; EKLUND, S. A. Dental Fluorosis. In: BURT, B.A. **Dentistry, dental practice, and the community**. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999c. cap. 21, p. 259-266.

BURT, B. A.; EKLUND, S. A. Oral Cancer and other oral conditions. In: BURT, B.A. **Dentistry, dental practice, and the community**. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1999d. cap. 22, p. 267-276.

BUSS, P. M. Promoção da saúde da família. **Rev. Bras. Saúde Família**, Brasília, v. 2, n. 6, p. 50-63, 2002.

CAMPOS, E. P. A doença como expressão do processo de socialização. **Rev. Bras. Med. Psicossom.**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.92-96, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. Tradução Álvaro Cabral. São Paulo: Cutrix, 1982. 447p.

CARDOZO, H. F. **Avaliação do dano nas seqüelas faciais traumáticas em vítimas de acidentes de trânsito**. 1993. 270f. Tese (Doutorado em Odontologia)-Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

CARNEIRO, A. M. O. **Percepção em saúde bucal**: valores, atitudes e problemas de pessoas residentes na área rural de Brazilândia-DF, 2001.127f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)-Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

CARVALHO, C. L.; LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Caderno de odontologia**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p.43-57, 1997.

CARVALHO, C. Redescobrimdo o sorriso. **Rev. Bras. Odontol**, Rio de Janeiro, v. 58, n.6, p. 396-9, 2001.

CHAMBRONE, L. A. A. A abordagem preventiva: 14 anos de acompanhamento. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 159-163, 1996.

CHAVES, M.M. **Odontologia social**. São Paulo: Artes Médicas, 1986. 448p.

COHN, A; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil**: políticas e organizações de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003. 133p.

COLE, D.; URSITI, F.; SIDER, D. **How does it fit in with risk perception, risk communication and risk management?** MacMaster University. Environmental Health Program. Risk Assessment Workshop. Waterloo, 1995. p.2-82. (Working Paper Series, 3).

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self-esteem**. San Francisco: Freeman & Company, 1967.

CORBACHO, M. M.; SOUSA, 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. **Rev. Faculdade Odontol. UFBA**, Salvador, v.22, p.6-11, 2001.

CORDÓN, J. A.; GARRAFA, V. Prevenção versus preventivismo. **Div. Saúde Debate**, Brasília, v. 8, n. 0, p. 10-16, 1991.

CORREIA DA CRUZ, A. L.; CLARA COSTA, I. C. Percepção de um grupo de trabalhadores da saúde, das inter-relações entre saúde bucal e saúde geral. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. Livro de Resumos. Brasília: ABRASCO, 2003. p.727.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D.; SILVESTRE, R. M. (Orgs.) **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.67p. (Série técnica-Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de saúde, 11).

COUTINHO, S. S. **Atividade física no Programa de Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Estado do Paraná-Brasil**. 2005. 141f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CRAWFORD, E. C. The face-an orthodontic perspective. **Aust. Orthod. J.**, Brisbane, v. 12, n. 1, p. 13-22, 1991.

CRUZ, J. S.; COTA, L. O. M.; PAIXÃO, H. H.; PORDEUS, I. A. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v.11, n.4, p.307-13. 1997

DICKSON, M.; ABEGG, C. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: BUISCHI, Y. P. (Org.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/EAP-APCD, 2000. cap.3, p.42-71.

DIMBARRE, D. T.; WAMBIER, D. S. A influência da motivação e supervisão profissional na redução de placa bacteriana em escolares. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v.10, n. 3, p.169-73, 1996.

DOMINGUEZ, B. N. R. **O programa de saúde da família: como fazer**. Havana, 1998.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. **Risk and culture-an essay on selection of technological and environmental dangers**. Berkeley: University of California Press, 1982.

EDULJEE, G.H. Trends in risk assessment and risk management. **Sci.Total Environ.**, Amsterdam, v. 249, n.1, p.13-23, 2000.

ELLIOTT, S.; EYLES, J.; SCOTT, F. Diploma Program in Environmental Health: Term I. Custom-Cowrseware. McMaster University. Bookstore. Module IV. Survey Design, Análisis and Interpretation-**Health-Risk Perception in Canada**. p.231-287, 2000.

FABER, J. R O uso de bochechos antimicrobianos é superior ao fio dental no controle da placa. **Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial**, Maringá,v. 11, n. 5, p. 15, 2006.

FERRAZ, S. T. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Brasília: Paralelo 15, 1999.102p.

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. **Rev. Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.

FERREIRA, C. A.; LOUREIRO, C. A.; ARAUJO, V. E. Propriedades psicométricas de indicador subjetivo aplicado em crianças. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.3, p.445-452, 2004.

FERREIRA, J. M. S.; MASSONI, A.C. L. T.; FORTE, F. D. S.; SAMPAIO, F. C. Conhecimento de alunos concluintes de Pedagogia sobre saúde bucal. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.9, n.17, p.381-8, 2005.

FERRI, S. M. N. **As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família**-elemento analisador da qualidade do cuidado prestado?2006. 126f. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

FONSECA, E. P.; REZENDE, J. R. V. Incidência das malformações do lábio e do palato. **Revista Faculdade Odontologia de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 45-58, 1971.

FORTES, M. C. Estética: a polêmica da beleza. **Rev. ABO Nacional**, São Paulo, v. 2, n.6, p.393-7, 1995.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. (orgs) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. cap. p. 55-124.

FRANDSEN, A. Mechanical oral hygiene practices: state-of-the-science-review. In: LÖE, H.; KLEINMAN, D.V. (Eds.) **Dental plaque control measures and oral hygiene practices**. Oxford: IRL Press, 1986. p. 93-116.

FRIAS JÚNIOR, C. A. S. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. 1999. 135f. Dissertação (Mestrado)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

GENTILE, M. Os desafios dos municípios saudáveis. **Promoção da Saúde**, Brasília, v.1, p. 6-12, 1999.

GERBERT, B.; BERNZWEIG, J.; BLEECKER, T.; BADER, J.; MIYASAKI, C. How dentists see themselves, their profession, the public. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 123, n. 12, p. 72-78, 1992.

GERBERT, B.; BLEECKER, T.; SAUB, E. Dentists and patients who love them: professional and patients view of dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 125, n. 3, p. 265-272, 1994.

GIFT, H. C. Current utilization patterns of oral hygiene practices: state-of-the-science review. In: LÖE, H.; KLEINMAN, D. V. (Ed). **Dental plaque control measures and oral hygiene practices**. Oxford: IRL Press, 1986. p.39-71.

GIFT, H. C.; REDFORD, M. Oral health and the quality of life. **Clin. Geriatr. Med.**, Philadelphia, v. 8, n.53, p.673-683, 1992.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. p.11-50.

GÓIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H. R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, 2003.

GOMES, P. R.; COSTA, S. C.; CYPRIANO, S.; SOUSA, M. L. R. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 866-870, 2004.

GOMEZ, C. M.; FREITAS, C. M. Análise de riscos tecnológicos na perspectiva das ciências sociais. **História, Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.3, p. 485-504, nov. 1996-fev.1997.

GRIGOLETTO, J. C.; SILVA, M. I. D.; SANTI, L. N.; GASPAR, D.; WATANABE, M. C. G.; BREGAGNOLO, J. C. Oral hygiene habits and the use of the same toothbrush by more than one person in the same family (collective or familiar). **Stoma**, Lisboa, n.73, p.40-45, 2004.

GUIMARÃES, M. M.; MARCOS, B. Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. **Rev. Conselho Regional Odontol. Minas Gerais**, v. 2, n.1, p. 16-20, 1996.

HEBLING, E. Prevenção das doenças periodontais. In: PEREIRA, A. C (Org.). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto alegre: Artmed, cap.20, p. 340-364, 2003.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento** - As bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998. 261 p.

HUNGERFORD, M. Conceitos de estética dental - a beleza está nos olhos de quem vê. In: GOLDSTEIN, R. E. **A estética em odontologia**. Tradução Maria de Lourdes Gianini. São Paulo: Santos. 2000. cap. 1, p.3-15.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. 01 jul. 2005. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>. Acesso em: 17. nov. 2006.

JOHANSSON, I.; BIRKHED, D. A dieta e o processo cariogênico. In: THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. Tradução Sérgio Weyne e Rui Oppermann. 2. ed. São Paulo: Santos, 1995. p. 283-310.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in na older adult population. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 57, p. 40-47, 1997.

KALAMATIANOS, P. A.; NARVAI, P. C. Aspectos éticos do uso de produtos fluorados no Brasil: uma visão dos formuladores de políticas públicas de saúde. **Rev. Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.63-69. 2006.

KOZLOWSKI, F. C.; PEREIRA, A. C. Aspectos clínicos e epidemiológicos da fluorose dentária. In: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em saúde coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Porto alegre: Artmed. cap. 19, p. 326-340, 2003.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A. R. **Promoção de saúde bucal em odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. 144p.

LAKATOS, E. M.; BRUTSCHER, S. M. O conceito saúde-doença analisado através dos tempos e a prática previdenciária no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 75-89, 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: teoria e prática. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Programa de verão 2002. São Paulo, 2002.34p. (mimeografado)

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C.; TEIXEIRA, J. J.V. **O discurso do sujeito coletivo**: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.138p.

LEOPARDI, M. T. Fundamentos gerais da produção científica. In: _____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2.ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. cap.5, p.109-150.

LESSA, I. Doenças não transmissíveis. In: ROUQUAYROL, M. Z. (Ed.). **Epidemiologia & saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 269-279.

LODI, J. B. **A entrevista**: teórica e prática. São Paulo: Pioneira, 1991.

LORD DAWSON OF PENN. **Interim report on the future provisions of medical and allied services**. London: United Kingdom Ministry of Health, Her Majesty's Stationery Offices, 1920.

LOUREIRO, C. A.; OLIVEIRA, F. J. **Inversão da atenção**: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995. 125p.

LUZ, S. A. A.; VALENÇA, A. M. G. A avaliação da importância da estética bucal na seleção de funcionários, em estabelecimentos comerciais da cidade de Niterói - RJ. **RPG Rev. Pós-grad**, São Paulo, v.7, n. 4, p.303-10, 2000.

MARCENES, W.S.; SHEIHAM, A. The relationship between work stress and oral health status. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 35, n. 12, p.1511-1520, 1992.

MARTINEZ, H. Interpreters of mumblings. **Br. Dent. J.**, London, v. 169, n. 11, p. 348, 1990.

MASTRANTONIO, S. S.; GARCIA, P. P. N. S. Programas educativos em saúde bucal: revisão de literatura. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe**, Curitiba, v. 25, n.5, p.215-22, 2002.

MATTHIAS, R. E.; ATCHISON, K. A.; LUBBEN, J. E.; DE JONG, F.; SCHWEITZER, S. O. Factors affecting self-ratings of oral health. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 55, p. 197-204, 1995.

MELO, J. A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cad. Cede-Educ Saúde**, São Paulo, n.4, p.28-43, 1987.

MENDES, E. V. **O consenso do discurso e o dissenso da prática social**: notas sobre a municipalização da Saúde no Brasil. São Paulo, s. n.t., p.11, 1991. (mimeografado).

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: MENDES, E. V. (org). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: HUCITEC/ Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 12-92.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. v.2.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.

MENDONÇA, T. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p. 1545-7, 2001.

MESKIN, L. H. A matter of trust. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 123, n. 7, p. 8-11, 1992.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n.4, p. 363-381, 1988.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO. 1992.

MINAYO, M. C. S. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. In: COSTA, M. F. L.; SOUZA, R. P. (Orgs.). **Qualidade de vida**: compromisso histórico da epidemiologia. Belo Horizonte: Editora Coopmed. 1994. p. 25-33.

MISRACHI, C. L.; SAEZ, M. S. Valores, creencias y practicas populares em relación a la salud oral. **Cuad. Méd. Soc.**, Santiago do Chile, v. 30, n.2, p. 27-33, 1989.

MONTENEGRO, F. L. B.; PEREIRA, C. M. M.; MARCHINI, D. F. F. L; NASCIMENTO, R. F. B. Efeitos colaterais bucais dos medicamentos em idosos: um ponto muito importante para discussão pela equipe interdisciplinar de cuidados em saúde. 11 maio de 2006. Disponível em: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=552&idesp=37&ler=s>. Acesso em 24 out. 2006.

MOYERS, R. E. **Ortodontia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 483p.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de saúde bucal- definições. In: BUISCHI, S. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas/ EAP-APCD, 2000. p.1-22.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Tradução Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. 128p.

MUTSUMI, S. **Análise do acesso aos serviços odontológicos da população brasileira no final do Século XX - PNAD 1998 (IBGE)**. 2002. 192f. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

NAGEM FILHO, H. Contribuição para o estudo da prevalência das malformações congênitas labiopalatais na população escolar de Bauru. **Revista Faculdade Odontol. Universidade São Paulo**, São Paulo, v.6, p. 111-128, 1968.

NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1994. 113p.

NATIONAL STANDARD OF CANADA. **Risk management**: guideline for decision-makers. Toronto: Canadian Standards Association/CAN/CSA-Q850, 1997.

NEMETH, J. R. Gum disease: Is it contagious? Disponível em: http://www.dental--health.com/contagious_gumdisease.html. Acesso em: 03 nov. 2006.

NEMETZ, M. A. Você sabia/ câncer de boca. Disponível em: <http://www.santaisabel.com.br/vocesabia/materia.php?codigo=13>. Acesso em: 07 nov. 2006.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa-características, usos e possibilidades. **Cad. Pesqui. Adm.**, São Paulo, v.1, n.3, 1996.

NEWBRUN, E. **Cariologia**. Tradução José Luís Freire de Andrade. 2. ed. São Paulo: Santos, 1988. 326p.

NUNES, C. I. P. **Condições de saúde bucal e autopercepção em saúde bucal da população do grupo etário de 65-74 anos da Região da Serra/Rio Grande do Sul (RS)**. 2005.88f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

OLIVEIRA, A. G. R. C.; ARCIERI, R. M.; UNFER, B.; COSTA, I. C. C.; MORAES, E.; SALIBA, N. A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: Tendências e Perspectivas. **Ação Coletiva**, Araçatuba, v. 2, n.1, 1999. p. 9-14.

OLIVEIRA, J.A.P. **Câncer de boca**: controle no estado de São Paulo. Manual de orientação. Fundação Oncocentro de São Paulo, 1994.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bull. World Health Organ.**, Geneva, v. 79, n.2, p.161-170. 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados Primários de saúde**: relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: BUSS, P. M. (org.). **Promoção da saúde e saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1986. p.158-162

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. **De Alma-Ata al año 2000**: reflexiones a médio camino. Ginebra, 1991.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Saúde e ambiente. Gerenciamento de risco. Disponível em: <http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=42&area=Conceito>. Acesso em 02 dez. 2005.

OTWAY, H. J.; THOMAS, K. Reflections on risk perception and policy. **Risk Anal.**, New York, v. 2, p. 69-82, 1982.

OTWAY, H. J.; WINTERFELDT D. V. Beyond acceptable risk: on the social acceptability of technologies. **Policy Sci.**, Dordrecht, v. 14, p. 247-256, 1982.

PACE, M. A.; GRIGOLETTO, J. C.; BERTOLDI, R. C.; WATANABE, M. G. C.; BREGAGNOLO, J. C. Hábitos de higiene oral de famílias cadastradas em Programa de Saúde da Família de Ribeirão Preto-SP. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.49-62, 2006.

PALHA, P. F. **Vivências do cotidiano**: a promoção da saúde como um exercício de cidadania no Programa de Integração Comunitária da Vila Tibério-Ribeirão Preto/SP. 2001. 264f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PASCHOAL, A. D.; ROTTA, J. C. P. Conservação e uso das escovas. **RGO**, Porto Alegre, v. 40, n. 4, p. 276-8, 1992.

PERES, F.; ROZEMBERG, B.; LUCCA, S. R. Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p. 1836-1844, 2005.

PESSINI, L. Em busca de uma política de equidade e solidariedade: o paradigma da promoção da saúde. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 9, p. 291, 1996.

PETRY, P. C.; PRETTO, S. M. Educação e motivação em saúde bucal. In: KRIGER, L. et al. **Promoção de saúde bucal-ABOPREV**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p. 365-371.

PINHEIRO, O. G. Entrevista uma prática discursiva. In: SPINK, M. J. (Org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. cap. 7, p. 183-214.

PINTO, V. G. **A odontologia brasileira às vésperas do ano 2000**: diagnósticos e caminhos a seguir. Brasília: Santos, 1993. 189p.

PINTO, V. G. **A odontologia no município**. Porto alegre: RGO, 1996. 252p.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L. **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1997. cap. 2, p. 27-41.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L. **Promoção de saúde bucal**. 3. ed. São Paulo: Aboprev/Artes Médicas, 2003. cap. 2, p. 25-41.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. 541p.

POPE, C.; MAYS, N. Reaching the parts other methods can not reach: na introduction to qualitative methods in health and health service research. **Br. Méd. J.**, London, n. 311, p. 42-45, 1995.

PRADO, S. U. U.; TOMITA, N. E. Ensino aprendizagem no estágio de odontologia em saúde coletiva: percepção de acadêmicos e docentes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. Livro de Resumos. Brasília: ABRASCO, 2003.p.726.

PRIDE, J. Dealing with dentistry's dilemma. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 122, n. 10, p. 91-92, 1991.

QUALTROUGH, A. J. E.; BURKE, F. J. T. A look at dental esthetics. **Quintessence Int.**, Berlin, v. 25, n.1, p. 7-14, 1994.

QUIRYNEN, M.; DE SOETE, M.; PAUWELS, M.; GOOSSENS, K.; TEUGHEL, W.; VAN ELDERE, J.; VAN STEENBERGHE, D. Bacterial survival rate on tooth- and interdental brushes in relation to the use of toothpaste. **J. Clin. Periodontol.**, Munksgaard, v. 28, n.12, p.1106-1114, 2001.

RABINBACH, A. **The human motor**: energy, fatigue, and the origins of the modernity. Los Angeles: University of California Press, 1992. 432p.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Diretor de Saúde**. Ribeirão Preto, 1989. (Mimeografado).

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. III Conferência Municipal de Saúde. **O sistema de saúde que temos e o sistema de saúde que queremos**. Ribeirão Preto, 1993. 61p. (Relatório)

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>. Acesso em: 29 nov. 2005a.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/index.html>. Acesso em: 29 nov. 2005b.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de Trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.438-446. 2004.

RODRIGUES, J. C. **O tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1979.

ROSA, A. G. F.; SCHNEIDER, D. A.; NARVAI, P. C. **O que fazer nos municípios?** REDE CEDROS. Cadernos de Saúde Bucal, Rio de Janeiro, n.1, 1992. 19 p.

ROSSO, C.F.W.; COLLET, N. Os enfermeiros e a prática de educação em saúde em município do interior paranaense. **Rev. Eletrônica Enfermagem (online)**, Goiânia, v.1, n.1, 1999. Disponível: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 16 nov. 2006.

RUFENACH, C. R. **Fundamentos da estética**. Tradução André Vicente Ritter. São Paulo: Santos, 1998. cap. 4, p. 67-133.

SANTOS, R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&L, 1999.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica de las y los adolescentes em México. **Salud Pública México**, México, v.45, n. 1, p.140-152, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **A organização das ações de saúde bucal na atenção básica**-uma proposta para o SUS-São Paulo. São Paulo, 2001.39p.

SCHLOSMAN, S. L.; BROWN, J.; SEDLAK, M. **The public school in American dentistry**. Los Angeles: Robert Wood Johnson Foundation, 1986. 70p.

SCHUMAN, N. J.; OWENS, B. M.; JOHNSON, W. W.; MOORE, D. S. Dentistry as portrayed in motion pictures on television. **Compend. Contin. Educ. Dent.**, Lawrenceville, v. 14, n. 1, p. 102-106, 1993.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como política de saúde. Análise de três experiências recentes**: Niterói, Campinas e Curitiba, 1998. 131 f. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVA FILHO, O. G.; ALMEIDA, R. R. Fissuras labiopalatais: o que o cirurgião-dentista deve saber. **Revista Faculdade de Odontologia de Lins**, Lins, v.5, n.2, p. 7-18, 1992.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.121p.

SILVA, L. L.; NASCIMENTO, M. I.; RIBEIRO, S. J. P. Utilização de ferramentas do Programa de Saúde da Família em Odontologia. In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. Livro de Resumos. Brasília: ABRASCO, 2003.p.726.

SILVA, S. R.C.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349-55, 2001.

SILVEIRA FILHO, A. D. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Rev. Bras. Saúde Família**, Brasília, v.2, n.6, p.36-43, 2002.

SLOVIC, P.; FISCHHOFF, B.; LIECHTEISNTEIN, S. Rating the risks. **Environment**, St. Louis, v. 21, p. 36-39, 1979.

SLOVIC, P. Perception of risk. **Science**, Washington, v. 236, n. 4799, p. 280-285, 1987.

SOARES, C. L. **Educação física, raízes européias e Brasil**. 2. ed. Campinas: Autores Associados, 2001. 143 p.

SOARES, H. A. **Manual de câncer bucal**. São Paulo: CROSP, 2003/2005. 67 p.

SOUZA, E. C. F.; OLIVEIRA, A. G. R. C. O processo saúde-doença: do xamã ao cosmos. In: _____. **Odontologia social**: textos selecionados. Natal: Editora da UFRN, 1998. cap. 1, p. 1-5.

SOUZA, E. M. Reminiscências na promoção da saúde: uma experiência bem sucedida no Distrito Federal, Brasil. **Rev. Saúde Distrito Federal**, v.12, p. 35-37, 2001.

SOUZA, E. M.; GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1354-1360, 2004.

SREEBNY, L. M. The sugar-carries axis. **Int. Dent. J.**, London, v. 32, n. 1, p. 1-11, 1982.

STARFIELD, B. **Primary care**: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 1992. 262p.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Tradução Fidelity Translations. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.725p.

STARR, C. Social benefit versus technological risks. **Science**, Washington, v. 165, n. 3899, p. 1232-1238, 1969.

STARR, P. **The social transformation of american medicine**: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. New York: Basic Books, 1982.

SVANBERG, M. Contamination of toothpaste and toothbrush by *Streptococcus mutans*. **Scand. J. Dent. Res.**, Copenhagen, v.86, n.5, p. 412-4. 1978.

TAKAYANAGUI, A. M. M. **Risco ambiental e o gerenciamento de resíduos nos espaços de um serviço de saúde no Canadá**: um estudo de caso. 2004. 83 f. Tese (Livre-Docência), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

TERRA, O. Programa Comunidade Ativa. **Promoção da saúde**, Brasília, v.3, p. 35-41, 2000.
TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPAS/OMS. **Promoción de la salud**: uma antologia. Washington: OPAS, 1996.

TERRIS, M.; SIGERIST, H. E. **Temas de epidemiologia y salud pública**. Habana: Ciências Médicas, 1989.

TERRIS, M. **Conferência**: estratégia de promoção. Washington, D C: OPS, 1992.

TODESCAN, J. H. Prevenção-usos e costumes da higiene bucal- II. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 45, n.5, p.593-6, 1991.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

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

UNGER, J. P.; KILLINGSWORTH, J. Selective primary health care: a critical view of methods and results. **Sci. Medicine**, Narberth, v.22, p. 1001-1013, 1986.

VAN KOLCK, L. L. **Técnicas de exames psicológicos e suas aplicações no Brasil**: testes de personalidade. Petrópolis: Vozes, 1975.

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4. p. 1015-1024, 2005.

VILELA, E. M; MENDES, I. J. M. **Entre Newton e Einstein**: desmedicalizando o conceito de saúde. Ribeirão Preto: Holos, 2000.83p.

WALTER, L. R. F.; GARBERLINI, M. L.; GUTIERREZ, M. C. Bebê-clínica, a experiência que deu certo. **Div. Saúde debate**, n.6, p.65-8, 1991.

WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança**. 1994. 186f. Tese (Doutorado em Odontologia Social)-Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1994.

WIEDEMANN, P. M. **Introduction risk perception and risk communication**. Jülich: Programme Group Humans Environment, Technology (MUT)/Research Centre Jülich, 1993.

WILSON, M. Saúde, atitudes e valores. In: **Saúde da comunidade: um desafio**. São Paulo: Edições Paulinas, 1984. p.6-14.

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

WIKIPÉDIA. A enciclopédia livre. **Teocentrismo**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Teocentrismo>. Acesso em: 20 out. 2006.

WOLF, S. M. R. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, São Paulo, v.52, n. 4, p. 307-316, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care**. Geneva: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Screening for cancer: oral cancer prevention and screening**. Geneva: WHO, 2003.

WYNE, A. H.; ADENUBI, J. O.; SHALAN, T.; KHAN, N. Alimentary and socioeconomic characteristics of children that developed caries in a Saudian population. **Pediatr. Dent.**, Chicago, p. 17-27, 1995.

ZANETTI, C. H. G.; LIMA, M. A. U.; RAMOS, L.; COSTA, M. A. B. T. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Div. saúde debate**, Londrina, n.13, p. 18-35, 1996.

ZANETTI, C. H. G. **As marcas do mal-estar social no Sistema Nacional de Saúde: o caso das políticas de saúde bucal, no Brasil dos anos 80**, 1993.294f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

APÊNDICE A - Roteiro para avaliação da percepção de risco, bem como de atitudes/comportamentos, crenças/valores e conhecimentos sobre saúde bucal de indivíduos cadastrados em um NSF de RP-SP-2006.

Estamos realizando uma pesquisa com a autorização do Centro de Saúde-Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-FMRP/USP, que tem o objetivo de identificar a percepção de risco da população, seus conhecimentos, suas crenças, valores e as atitudes e/ou comportamentos relacionados à saúde e doença bucal de indivíduos cadastrados no NSF-1, no município de Ribeirão Preto-SP. Informamos que esta pesquisa visa colaborar com a comunidade, podendo trazer melhorias para a saúde bucal nos serviços de Saúde Pública, e que a sua participação se dará por meio de uma única entrevista, feita pela pesquisadora, sendo gravada para facilitar o registro das informações obtidas.

Destacamos também que sua identificação será mantida em sigilo e que sua participação será voluntária e não gratificada, sem acarretar em ônus financeiro, nem tampouco em danos pessoais. Esclarecemos que mesmo após o início, você pode recusar-se a realizar a atividade solicitada, sem qualquer tipo de constrangimento, e que você terá direito a receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre a temática pesquisada em qualquer momento da realização da pesquisa.

Agradecemos sua colaboração.

Jamyle Calencio Grigoletto

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo/Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública.

Telefone para contato-(16) 3602-3391

Roteiro para avaliação da percepção de risco, bem como de atitudes/comportamentos,
crenças/valores e conhecimentos sobre saúde bucal de indivíduos cadastrados em um NSF de
RP-SP-2006.

1-IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nº micro-área:.....

Nº família:.....

Nome:.....

Sexo-.....Data de nascimento-...../...../.....Idade-.....

Endereço-.....

Bairro-.....CEP-.....

Telefone-(res)-.....(serviço)-.....

1-Qual o seu nível de escolaridade?

1-NÃO ESTUDOU	☐
2-ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	☐
3-ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	☐
4-ENSINO MÉDIO COMPLETO	☐
5-ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	☐
6-ENSINO SUPERIOR COMPLETO	☐
7-ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO	☐
-888-NÃO RESPONDEU	☐

2-Qual sua posição na família?

1-MÃE/DONA DE CASA ☐

2-PAI/DONO DA CASA ☐

3-FILHO (A) ☐

4-TIO (A) ☐

5-AVÔ/AVÓ/SOGRO/SOGRA ☐

6-CUNHADO (A) ☐

7-PRIMO (A) ☐

8-IRMÃO (A) ☐

9-OUTROS ☐

ESPECIFICAR:

-888-NÃO RESPONDEU ☐

3-Quantas pessoas vivem na sua casa?

4-Você trabalha fora de casa atualmente?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

5-Você já trabalhou fora de casa alguma vez na vida?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

6-Qual a renda da família?

1-ATÉ R\$ 300,00 ☐

2-DE R\$ 300,00 A R\$ 600,00 ☐

3-DE R\$ 600,00 A R\$ 1500,00 ☐

4-DE R\$ 1500,00 A R\$ 3000,00 ☐

5-DE R\$ 3000,00 A R\$ 6000,00 ☐

6-MAIS DE R\$ 6000,00 ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

2-PERCEPÇÃO, CONHECIMENTOS E ATITUDES REFERIDAS À SAÚDE BUCAL

7-Você tem algum problema de saúde em geral?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

8-Em caso de resposta afirmativa, qual (is)?

9-O que é para você ter saúde?

10-O que é para você ter saúde bucal?

11-Você acha que a saúde bucal tem alguma relação com a saúde em geral?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

12-De que forma essa relação pode ocorrer ou não ocorrer?

13-O que você acha que pode causar problemas na boca?

14-O que você acha que ajuda a ter uma boa condição de saúde bucal?

15-Você tem algum problema na sua boca?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

16-Em caso de resposta afirmativa à questão anterior, qual (is)?

17-Como você classificaria sua condição de saúde bucal?

1-EXCELENTE ☐

2-MUITO BOA ☐

3-BOA ☐

4-RAZOÁVEL ☐

5-RUIM ☐

6-NÃO SEI ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

18-Por quê?

19-Quanto tempo você acha que duram os dentes de pessoas adultas?

1-DE 1 A 10 ANOS ☐

2-DE 11 A 20 ANOS ☐

3-DE 21 A 30 ANOS ☐

4-DE 31 A 40 ANOS ☐

5-POR TODA A VIDA ☐

6-DEPENDE ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

20-Por quê?

21-Você fuma atualmente?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

22-Em caso de resposta afirmativa, quantos cigarros fuma por dia?

1- APENAS 1 CIGARRO/DIA ☐

2- 3 CIGARROS/DIA ☐

3- MAIS DE 3 CIGARROS/DIA ☐

4- 1 MAÇO/DIA ☐

5- MAIS DE 1 MAÇO/DIA ☐

-666-NÃO SE APLICA ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

23-Você já fumou alguma vez na vida?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

24-Você ingere bebidas alcoólicas?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

25-Se ingere com que frequência?

1-1X/SEMANA ☐

2-2X/SEMANA ☐

3-TODO DIA ☐

4-2X/DIA ☐

5-3X/DIA OU MAIS ☐

6-ÀS VEZES ☐

-666-NÃO SE APLICA ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

26-Você se expõe ao sol frequentemente?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

27-Você toma alguma medicação diariamente?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

28-Se toma, qual?

29-Com qual frequência você consome esses alimentos?

Questionário de frequência de consumo de alimentos:

				Frequência				
Alimentos	Nunca (1)	1X/mês (2)	2X/mês (3)	1X/sem (4)	2/3X/sem (5)	1X/dia (6)	2/3X/di a (7)	+ 4X/dia (8)
Manteiga								
Leite, iogurte								
Pão								
Batatas								
Legumes								
Raízes, p.ex. cenoura								
Verduras								
Frutas								
Mingaus								
Macarrão								
Arroz								
Feijão								
Carnes								
Peixes								
Ovos								
Fígado								
Lingüiça								
Doces								
Bolos, biscoitos								
Refrigerantes								
Chocolates								
Balas								
Café, chá ou leite com açúcar								

(Adaptado de THILSTRUP, 1995)

30-Você sabe em quais produtos encontramos flúor?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

31-Se você sabe, poderia citar algum deles?

32-Você usa ou já usou flúor alguma vez na vida?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

888-NÃO RESPONDEU ☐

33-Em caso afirmativo você se lembra como foi usado?

34-Que tipo de água você consome?

1-TORNEIRA E NÃO FILTRADA ☐

2-TORNEIRA E FILTRADA ☐

3-DE GALÃO ☐

4-OUTRA ☐

888-NÃO RESPONDEU ☐

ESPECIFICAR:

35-Você costuma escovar os dentes/dentadura?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

888-NÃO RESPONDEU ☐

36-Em caso de resposta afirmativa, com que frequência?

1- 1X/DIA ☐

2- 2X/DIA ☐

3- 3X/DIA ☐

4- OUTROS ☐

-666-NÃO SE APLICA ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

37-Você possui escova dental própria, que só você utiliza?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

38-Você usa fio dental?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-666-NÃO SE APLICA (DENTADURA/DESDENTADO) ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

39-Se você usa com que frequência?

1-DIARIAMENTE ☐

2-MAIS DE 1X/DIA ☐

3-DE VEZ EM QUANDO ☐

4-OUTROS ☐

-666-NÃO SE APLICA ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

40-Você usa prótese?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

41-Se usa, essa prótese traz alguma dificuldade no seu dia-a-dia?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-666-NÃO SE APLICA ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

42-Se houver, cite qual (is) dificuldade (s):

43-Você já ouviu falar sobre auto-exame para detecção de câncer bucal?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

44-Você já recebeu alguma informação sobre como realizar o auto-exame para detecção de câncer bucal?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

45-Em caso afirmativo, você já realizou alguma vez esse auto-exame?

6.3.1-SIM ☐

6.3.2-NÃO ☐

-666-NÃO SE APLICA ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

46-Você tem alguma ferida ou machucado na boca?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

47-Sua gengiva sangra frequentemente?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

48-Você já foi ao dentista alguma vez na vida?

1-SIM ☐

2-NÃO ☐

3-NÃO SEI ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

49-Quando foi a última vez que você foi ao dentista?

1-MENOS DE 1 ANO ☐

2-DE 1 A 2 ANOS ☐

3-3 OU MAIS ANOS ☐

4-NÃO LEMBRA ☐

-666-NÃO SE APLICA ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

50-Desta última vez, qual foi o serviço odontológico que utilizou?

1-NUNCA FOI ☐

2-SERVIÇO PÚBLICO ☐

3-SERVIÇO PRIVADO LIBERAL ☐

4-SERVIÇO PRIVADO SUPLEMENTAR (PLANOS E CONVÊNIOS) ☐

5-ENTIDADE FILANTRÓPICA ☐

6-OUTROS ☐

666-NÃO SE APLICA ☐

-888-NÃO RESPONDEU ☐

51-Desta última vez, qual foi a razão de você ter ido ao dentista?

1-CONSULTA DE ROTINA	☐
2-DOR	☐
3-SANGRAMENTO GENGIVAL	☐
4-CAVIDADES NOS DENTES	☐
5-FERIDAS OU MANCHAS NA BOCA	☐
6-ROSTO INCHADO	☐
7-OUTROS	☐
666-NÃO SE APLICA	☐
-888-NÃO RESPONDEU	☐

52-Você já recebeu alguma vez na vida, orientações sobre como evitar problemas bucais?

1-SIM	☐
2-NÃO	☐
-888-NÃO RESPONDEU	☐

53-Se você foi orientado, quem o orientou?

1-DENTISTA

☐

2-AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

☐

3-ESCOLA

☐

4-MEIOS DE COMUNICAÇÃO

☐

5-OUTROS

☐

6-DENTISTA E ESCOLA

☐

7-DENTISTA E MEIOS DE COMUNICAÇÃO

☐

666-NÃO SE APLICA

☐

-888-NÃO RESPONDEU

☐

54-Considera que necessita de tratamento dentário atualmente?

1-SIM

☐

2-NÃO

☐

888-NÃO RESPONDEU

☐

55-Por quê?

Você tem alguma pergunta que gostaria de fazer para nós?

Observações do pesquisador-

APÊNDICE B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, concordo em participar do projeto de pesquisa desenvolvido pela aluna de Pós-graduação, Jamyle Calencio Grigoletto, sob a orientação da Prof^a Dra. Angela Maria Magosso Takayanagui, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, na qualidade de participante (entrevistado) voluntário (a), estando ciente de que os procedimentos realizados serão utilizados exclusivamente com a finalidade de desenvolver um trabalho acadêmico e possível publicação dos resultados em revista científica, sem qualquer possibilidade de identificação dos participantes.

Declaro que fui informado pela pesquisadora que este estudo não causará danos pessoais e nem implicará na realização de procedimentos odontológicos, nem resultarão em risco ou dano pela minha participação ou recusa.

Compreendo que participarei de uma pesquisa que visa colaborar com a comunidade, podendo trazer melhorias para a saúde bucal nos serviços de Saúde Pública, cujo objetivo será conhecer a percepção de risco relacionada à saúde bucal de integrantes das famílias cadastradas no Núcleo de Saúde da Família-1 do PSF de Ribeirão Preto/SP.

A minha participação se dará por meio de uma única entrevista a ser feita pela pesquisadora.

Estou informado (a) e esclarecido (a) de que:

- 1-) Minha identificação será mantida em sigilo e minha privacidade preservada;
- 2-) Minha participação ou não-participação não me acarretará danos pessoais;
- 3-) Minha participação é voluntária, não gratificada, e nem acarretará em ônus financeiro para mim;
- 4-) Mesmo após o início, posso recusar-me a realizar a atividade solicitada;

5-) Estou informado (a) sobre os objetivos da pesquisa e que tenho direito a receber respostas a qualquer pergunta ou dúvida sobre a temática pesquisada a qualquer momento.

Concordo que serei entrevistado (a) no meu domicílio, no horário em que eu esteja disponível.

Estando ciente e de acordo, firmo o presente.

Participante

Ribeirão Preto, ____ / ____ /200__

Angela M. Magosso Takayanagui

Orientadora

Jamyle Calencio Grigoletto

Pesquisadora

Telefone para contato: 16-36023950