

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ  
CAMPUS PATO BRANCO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL

RAQUEL TIEKO TANAKA YAMADA

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE BUCAL  
DE USUÁRIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE  
DE VITORINO - PR**

DISSERTAÇÃO

PATO BRANCO  
2012

RAQUEL TIEKO TANAKA YAMADA

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE BUCAL  
DE USUÁRIOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DE  
VITORINO - PR

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Regional, pelo Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Área de concentração: Desenvolvimento Regional Sustentável.

Orientador: Prof. Dr. Edival Sebastião Teixeira  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Hieda Maria Pagliosa Corona  
Coorientador: Prof. Me. Léo Kriger

PATO BRANCO

2012

Y19r

Yamada, Raquel Tieko Tanaka.

Representação social de saúde bucal de usuários do sistema público de saúde de Vitorino - Pr. / Raquel Tieko Tanaka Yamada. -- Pato Branco: UTFPR, 2012. 82 f. : il. ; 30 cm

Orientador: Prof. Dr. Edival Sebastião Teixeira

Coorientadora: Profa. Dra. Hieda Maria Pagliosa Corona

Coorientador: Prof. Me. Léo Kriger

Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. Pato Branco, PR, 2012.

Bibliografia: f. 66-72.

1. Representação social. 2. Saúde bucal. 3. Saúde pública. 4. Iniquidade. I. Teixeira, Edival Sebastião, orient. II. Corona, Hieda Pagliosa, coorient. III. Kriger, Léo, coorient. IV. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional. V. Título.

CDD 22. ed. 330

Ficha Catalográfica elaborada por  
Suélem Belmudes Cardoso CRB9/1630  
Biblioteca da UTFPR Campus Pato Branco



## **TERMO DE APROVAÇÃO Nº 21**

### **Título da Dissertação**

**Representação Social de Saúde Bucal de Usuários do Sistema Público de Saúde do Município de Vitorino**

### **Autora**

**Raquel Tieko Tanaka Yamada**

Esta dissertação foi apresentada às 9 horas do dia 10 de dezembro de 2012, como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL – Linha de Pesquisa Regionalidade e Desenvolvimento – no Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade Tecnológica Federal do Paraná. A autora foi arguida pela Banca Examinadora abaixo assinada, a qual, após deliberação, considerou o trabalho aprovado.

Prof. Dr. Edival Sebastião Teixeira – UTFPR  
Orientador

Prof.<sup>a</sup> Dra. Hieda Maria Pagliosa Corona – UTFPR  
Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Nilvania Aparecida de Mello – UTFPR  
Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Tetu Moyses – PUC-PR  
Examinadora

Prof. Me. Léo Kriger – PUC-PR  
Examinador

Visto da Coordenação

Prof. Dr. Miguel Angelo Perondi  
Coordenador Substituto do PPGDR

**O Termo de Aprovação assinado encontra-se na Coordenação do PPGDR**

Aos meus pais, Marina e Issao, que sempre me incentivaram, em todos os momentos de minha vida.

Ao meu esposo, Roberto, e meus filhos, Daniel e Diego, o motivo e a motivação de minha vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Dr. Edival Sebastião Teixeira, que com sua sapiência, me abriu as portas para a pesquisa e o conhecimento das representações sociais; sempre pronto a ouvir e aconselhar. Agradeço a Yara, sua esposa, Lucas e Mateus, seus filhos, que disponibilizaram o tempo tomado nas orientações.

Ao meu esposo Roberto e meus filhos Daniel e Diego, pelo carinho, paciência e compreensão que tiveram durante esta jornada.

À Dra. Hieda Maria Pagliosa Corona, que me ensinou a trilhar pelos campos da sociologia, e como coorientadora, dedicou seu valioso tempo nesta dissertação.

Ao coorientador e Mestre Léo Kriger, por me ensinar a amar a saúde coletiva, que muito além de seu imensurável conhecimento da odontologia e das causas sociais, é um exemplo de ética e humanismo para com o próximo.

À Dra. Simone Tetü Moysés que com o seu conhecimento engrandeceu a pesquisa nas fases de qualificação do projeto e na defesa da dissertação.

Ao prof. Edilson Pontarolo, pela disposição em dedicar preciosas horas em minha dissertação.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UTFPR, câmpus Pato Branco, em especial a Dra. Maria de Lourdes Bernartt, Dra. Marlize Rubin Oliveira, Dr. Miguel Ângelo Perondi, Dra. Nilvânia Aparecida de Mello, Dra. Norma Kiyota, com os quais tive o prazer compartilhar instigantes momentos de estudo.

À minha irmã Janet Tanaka Lo, odontóloga e tradutora, que amavelmente me auxiliou nas traduções.

À minha colega Jordana Pissigate Santos Saloto, de Vitória-ES, que gentilmente cedeu cópias do instrumento DIDL traduzidos pela autora Anna Leão.

À Prefeitura do município de Vitorino, e a Secretaria Municipal de Saúde, por possibilitarem a realização da pesquisa.

A todos os meus colegas do PPGDR, em especial a: Chris Hüller, Danielle Acco, Jocelaine Mezomo e Ligiane Corso Favarim, com quem dividi as incertezas e alegrias nesta etapa da vida.

Agradeço a todos os usuários e servidores do serviço público de saúde que prontamente participaram da pesquisa e contribuíram para revelar um pouco da realidade de saúde dos usuários do serviço público do município de Vitorino.

*Provação. Agora eu entendo o que é provação.*

*Provação: significa que a vida está me provando.*

*Mas provação: significa também que estou provando.*

*E provar pode se transformar numa sede cada vez mais insaciável.*

(CLARICE LISPECTOR, 1964, p.89)

## RESUMO

YAMADA, Raquel Tiekko Tanaka. Representação Social de Saúde Bucal de usuários do Sistema Público de Saúde de Vitorino - Pr. 2012. 73f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Pato Branco, 2012.

Saúde bucal pode ter uma definição diferente para cada contexto e para cada grupo social. Para alguns profissionais da Odontologia pode representar uma boca com dentes livres da doença cárie, perfeitamente alinhados e em boa oclusão; para outros, pode representar uma pessoa integrada na sociedade, satisfeita com as funções de sua boca. Saúde bucal, para cada indivíduo, pode, ainda, modificar-se ao longo dos anos, de seus ciclos de vida, de seus problemas e do ambiente no qual está inserido. Compreender o que representa saúde bucal é compreender um pouco das necessidades e do cotidiano das pessoas. Penetrar no cotidiano de um grupo de pessoas e extrair dele o significado de saúde bucal exige a utilização de instrumentos confiáveis e seguros sob as perspectivas da ética e da ciência. A teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici em 1961, que busca conhecer os conceitos formados no senso comum, através das ideias, valores e práticas do cotidiano de um grupo social, foi a base do presente estudo. O instrumento DIDL (Impactos Dentais na Vida Diária) construído por Leão em 1995, o índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados), um questionário semiestruturado e entrevista, serviram de guia para a identificação das Representações Sociais de Saúde Bucal dos Usuários Adultos do Serviço Público de Saúde de Vitorino. A preocupação em compreender como este grupo social perde tantos elementos dentários, foi o que despertou o interesse pela presente pesquisa. A população da pesquisa foi obtida através de amostra temporal por adultos da faixa etária de 35 a 44 anos, que procuraram os serviços públicos de saúde para receber tratamento odontológico. No total, 40 indivíduos participaram de todas as etapas da pesquisa, sendo 20 do sexo feminino e 20 do sexo masculino, a renda familiar média foi de 2,40 salários mínimos, com média de 6,88 anos de estudo, e, ocupação que favorecesse a flexibilidade no horário de trabalho como: donas de casa, agricultores e motoristas. Os resultados apontam para um quadro de iniquidade em saúde. O valor do índice CPOD de 20,50 encontrado para o grupo, segundo Classificação da Organização Mundial da Saúde, é considerado elevado para valores acima de 13,9 para esta faixa etária. O coeficiente de confiabilidade para as 36 questões do DIDL, obtido através do alfa de Cronbach, foi de 0,909. Os resultados do DIDL demonstraram que 22,5% dos usuários estavam insatisfeitos, 60% relativamente satisfeitos e 17,5% satisfeitos com a saúde bucal. Observou-se que o acesso aos serviços públicos de saúde durante a infância e adolescência, o paradigma curativo-reparador das práticas odontológicas e as condições sociodemográficas foram determinantes para condução a um quadro de iniquidade em saúde bucal (ou apenas saúde), e levou-os a queixar de muita dor durante a vida. A hipótese de que os usuários perdem seus dentes por falta e/ou dificuldade de acesso é comprovada pelo relato dos próprios usuários e pelos níveis de saúde bucal em que se encontram. Dentro do quadro de iniquidade, encontraram-se ainda desigualdades em relação ao grupo dos insatisfeitos, que apresentaram maior CPOD, menor renda, menor grau de escolaridade e maior média de idade; foram os que relataram mais dor e foram mais incisivos em suas queixas. As representações sociais de saúde bucal do grupo social, como um todo, foram concebidas por eles como “não sentir dor”. Conceção de saúde bucal que pode ser entendida como aquela em que a doença é percebida como uma “ocupação”, ou seja, que a pessoa pode lutar contra a doença, que é possível tratar, não é destrutiva, é temida pela dor, mas sempre é aceita por este grupo social.

**Palavras-chave:** Representação Social, Saúde Bucal, Saúde Pública, Iniquidade.



## ABSTRACT

YAMADA, Raquel Tiekō Tanaka. Social Representation of Oral Health in Public Health System users of Vitorino - Pr. 2012. 73p. Dissertation (Master's degree in Regional Development) – Graduate Program in Regional Development, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Pato Branco, 2012.

Oral health can have a different definition for each context and each social group. For some dental professionals, it may represent cavity-free, perfectly aligned teeth in good occlusion; for others, it may represent a person integrated into society, satisfied with his or her mouth's functions. Oral health, for each individual, can also change over the years, from its life cycles, its problems and the environment in which it's in. Understanding what oral health represents is to understand a little about people's needs and daily lives. Getting inside the daily life of a group of people and extract the meaning of oral health from it requires the use of reliable and safe resources under the perspectives of ethics and science. The theory of Social Representations, proposed by Moscovici in 1961, which seeks to understand the concepts in the common sense, through the ideas, values and practices of everyday life of a social group, was the basis of this study. The DIDL (Dental Impact on Daily Living) tool, developed by Leão in 1995, the DMFT (Decayed, Missing and Filled Teeth) index, a semi-structured survey and interview, served as a guide for the identification of Social Representations of Oral Health in Adult Users of the Public Health Services of Vitorino. The concern over understanding how this social group loses so many dental elements was what sparked interest in this research. The research population was obtained by temporal sample of adults in the 35 to 44 age group, who sought public health services to receive dental treatment. In total, 40 individuals participated in all stages of research, 20 being female and 20 male, the median household income was 2.40 times the minimum wage, with an average of 6.88 years of education, and an occupation that allowed for flexibility in working hours, such as homemakers, farm workers and drivers. The results point to a picture of health inequity. According to the World Health Organization's Classification, the DMFT index value of 20.50 found for the group is considered high for values above 13.9 for this age group. The reliability coefficient for the 36 questions in the DIDL, obtained through the Crombach's alpha, was 0.909. The DIDL results showed that 22.5% of users were dissatisfied, 60% relatively satisfied and 17.5% satisfied with their oral health. It was observed that access to public health services during childhood and adolescence, the remedial-restorative paradigm of dental practices, and the socio-demographic conditions were determining factors leading to a framework of inequity in oral health (or just health), and led them to complain of great pain during their lives. The hypothesis that users lose their teeth due to lack and/or difficulty of access is proven by the account of the users and the level of oral health in which they find themselves. Within the framework of inequity, there were still inequalities regarding the group of dissatisfied, which presented higher DMFT, lower income, lower educational level, and higher age average; they were the ones that reported more pain and were more incisive in their complaints. The social representations of oral health of the social group, as a whole, were conceived by them as "not feeling pain". Concept of oral health that can be understood as one in which the disease is perceived as an "occupation", i.e., that one can fight against the disease, that can be treated, is not destructive, is feared for the pain, but is always accepted by this social group.

**Keywords:** Social Representation, Oral Health, Public Health, Inequity.

## LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE VITORINO, DE USUÁRIOS DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E DE PARTICIPANTES DA PESQUISA, DE ACORDO COM O SEXO ..... 40
- TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO ABSOLUTO (N) DE INDIVÍDUOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, DE ACORDO COM O SEXO, ESCOLARIDADE, SEGUNDO O PERCENTUAL DE INDIVÍDUOS EM CADA FAIXA, E PELA MÉDIA DE ANOS DE ESTUDO; E RENDA FAMILIAR, SEGUNDO O PERCENTUAL EM CADA FAIXA E PELA MÉDIA EM SALÁRIOS MÍNIMOS ..... 41
- TABELA 3 – NÚMERO ABSOLUTO (N) E PROPORÇÃO (%) DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE BUCAL DE VITORINO, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, PARTICIPANTES DA PESQUISA, DE ACORDO COM A OCUPAÇÃO, SEGUNDO O SEXO ..... 41
- TABELA 4 – NÚMERO DE PESQUISADOS (N) E MÉDIA DE DENTES CARIADOS, OBTURADOS E PERDIDOS E O ÍNDICE CPOD DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, E A PROPORÇÃO DE COMPONENTES EM RELAÇÃO AO CPOD TOTAL, DE ACORDO COM O SEXO..... 43
- TABELA 5 – PERCENTUAL DE IMPACTOS SUBJETIVOS DAS CINCO DIMENSÕES DO DIDL PARA OS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE BUCAL ENTRE OS GRUPOS DE SATISFEITOS, RELATIVAMENTE SATISFEITOS E INSATISFEITOS, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, DE ACORDO COM O SEXO (F, M) E PARA O TOTAL DE USUÁRIOS ..... 51
- TABELA 6 – MÉDIA DE IDADE, ESCOLARIDADE, RENDA FAMILIAR, ÍNDICE CPOD, NECESSIDADE DE TRATAMENTO E QUEIXAS DE DOR PARA OS USUÁRIOS DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS EM 2012, DE ACORDO COM O GRAU DE SATISFAÇÃO CALCULADO PELO INSTRUMENTO DIDL ..... 55

## LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIAS DE DENTES HÍGIDOS DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO PARTICIPANTES DA PESQUISA, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, DO SEXO FEMININO ..... 44
- GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO DE DENTES HÍGIDOS EM USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO PARTICIPANTES DA PESQUISA, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, DO SEXO MASCULINO ..... 45
- GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE DENTES PERDIDOS EM USUÁRIAS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO PARTICIPANTES DA PESQUISA, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, DO SEXO FEMININO ..... 46
- GRÁFICO 4 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE DENTES PERDIDOS EM USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO PARTICIPANTES DA PESQUISA, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, DO SEXO MASCULINO ..... 46
- GRÁFICO 5 – NÚMERO ABSOLUTO E PERCENTUAL DE DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, EM 2012 ..... 47
- GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO DE FREQUÊNCIA DE DENTES PERDIDOS EM USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO, DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, SEXO MASCULINO, EM 2012 ... 48

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MAPA DO ESTADO DO PARANÁ, COM A LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE VITORINO .....	16
FIGURA 2 – VISTA AÉREA DO MUNICÍPIO DE VITORINO .....	16
FIGURA 3 – DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE .....	27
FIGURA 4 – MAPA COM NÍVEL DA DOENÇA CÁRIE DENTÁRIA (ÍNDICE CPOD, DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS) DA FAIXA ETÁRIA DE 35 A 44 ANOS, NO MUNDO .....	50

## **LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÔNIMOS**

ATM – Articulação Têmporo Mandibular

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CPOD – índice de prevalência da doença cárie, número médio de dentes cariados, perdidos e obturados

DIDL – Dental Impact on Daily Living (Impactos dentais na vida diária)

ESF – Estratégia Saúde da Família

I – Grupo de usuários insatisfeitos com a saúde bucal, de acordo com o DIDL

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social

IPDM - Índice IPARDES de Desempenho Municipal

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RS - Grupo de usuários relativamente satisfeitos com a saúde bucal, de acordo com o DIDL

S – Grupo de usuários satisfeitos com a saúde bucal, de acordo com o DIDL

S-1 a S-20 – Usuárias entrevistadas, sexo feminino

S-21 a S-40 – Usuários entrevistados, sexo masculino

SANEPAR – Companhia de Saneamento do Paraná

SESA-PR – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SUS – Sistema Único de Saúde

TSB – Técnico (a) em Saúde Bucal

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	23
2.1 SAÚDE E ALGUMAS DE SUAS DIMENSÕES .....	31
2.1.1 Saúde bucal .....	33
2.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS .....	36
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	36
3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	38
3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	40
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	40
4.1 USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO .....	40
4.2 O ÍNDICE CPOD, A PERSPECTIVA NORMATIVA DO ODONTÓLOGO .....	43
4.3 O INSTRUMENTO DIDL E O GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PESQUISADOS .....	51
4.4 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS ADULTOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO .....	56
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	64
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	66
<b>APÊNDICE</b> .....	73
<b>ANEXOS</b> .....	77

## 1 INTRODUÇÃO

Uma jovem agricultora, 27 anos, casada, três filhos, ensino fundamental completo, traz em seu rosto marcas de seu árduo cotidiano. Ela evita sorrir. O principal motivo? Ela se ressentida, e, no entanto, se resigna com a falta de alguns dentes.

O papel desta jovem e de outros sujeitos na sociedade, o modo de interação e de integração ao ambiente, seriam fatores predisponentes a condições diferenciadas de saúde? Os processos de educação e de trabalho poderiam de alguma forma condicionar ou modificar a saúde das pessoas? Esse processo que envolve educação e trabalho, em que o homem produz sua própria existência, é considerado indissolúvel, uma relação de identidade, em que trabalho e educação são considerados atividades específicas do homem. Entretanto, o fenômeno da separação veio manifestar-se no decorrer da história. O processo discriminatório onde a instrução é garantia de poucos e o aprendizado do trabalho para muitos demarcaria a separação entre educação e trabalho (SAVIANI, 2007). A discriminação gerada por esta separação poderia de algum modo refletir na saúde destas pessoas? O que representaria saúde para estes sujeitos? Afinal, educação e saúde constituem a base do ser humano. Conhecer o universo e a percepção que estes indivíduos têm sobre sua saúde e, especialmente sobre a saúde bucal e o que representa para cada um deles, torna possível a compreensão de aspectos que compõem o modo de vida destes sujeitos.

Saúde bucal, ou melhor, a falta ou insuficiência de saúde pode ser um limitante no dia a dia de pessoas que não conseguem se alimentar bem, que sentem dores, que evitam o convívio social. Captar o conceito de saúde bucal e seus reflexos no cotidiano destas pessoas possibilitaria a compreensão dos problemas decorrentes das dificuldades sofridas por uma população mutilada pela falta de dentes, penalizada por uma qualidade de vida insatisfatória. Qualidade de vida que se relaciona a um padrão que a sociedade define e luta para conquistar, e às políticas públicas e sociais que norteiam e promovem o desenvolvimento humano.

A preocupação em promover a saúde da população passou a ser uma garantia constitucional (BRASIL, 1988) e definida pelas políticas públicas de saúde. A estratégia Saúde da Família (ESF), proposta pelo governo federal aos municípios com o intuito de implementar a atenção primária em saúde, faz parte da atual política pública de saúde, cujos princípios são os da universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização da rede de atenção (BRASIL, 2000). Além da participação e do controle social, um aspecto

fundamental é o conhecimento do território, que não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico, delimitado para constituir a área de atuação dos serviços. Trata-se de um “espaço social”, arena, onde, ao longo da história, esta sociedade foi se constituindo e, por meio do processo social de produção, conferindo acessos diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde (BRASIL, 2006, p.7).

Vitorino, o espaço físico e social deste estudo, é um município do sudoeste paranaense (figura 1), região do estado formada por 42 municípios (IPARDES, 2012), e, que segundo, Lima et al (2009, p.137) <sup>1</sup>, “é considerada uma das regiões mais pobres do Paraná e sofreu o impacto da modernização da agropecuária, mas conserva ainda forte dualidade no desenvolvimento rural”.

O município de Vitorino conta com 6.513 habitantes (IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010), distante 453 quilômetros da capital, Curitiba. A população urbana corresponde a 61% e a rural 39%. Apresenta incidência de pobreza de 35,14%; índice de idosos, 35,74%; índice de Gini 0,55 e IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), 0,785. Economia baseada em: Agropecuária: 41,01%, Indústria: 2,73% e Serviços: 56,27% (IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2010). O fato de manter uma população rural correspondente ao dobro da média estadual contribui para a formação de um perfil de trabalhador, definido por Perondi (2007, p.26)<sup>2</sup> como:

A maior parte dos ocupados na região desenvolvem algum tipo de atividade agropecuária ou de extração florestal. Porém, mantém uma renda per capita abaixo da média estadual por, justamente, possuir um perfil econômico especializado na produção agropecuária de pequenos e médios produtores, porém com baixa agregação de valor.

O modo de ocupação e de vida da população do Sudoeste do Paraná e, especificamente dos municípios de Vitorino, merece atenção na presente pesquisa por entender-se que a dinâmica de vida das pessoas e as condições socioeconômicas e culturais podem influenciar a saúde destas pessoas.

Com relação à saúde, o índice de desempenho na área de saúde do município de Vitorino, passou de 0,70 em 2007 a 0,84 em 2008 (IPARDES, 2010a). Este índice, que varia de 0 a 1, é um dos componentes do Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) e avalia os municípios em três áreas: emprego, renda e produção agropecuária; educação; e,

---

<sup>1</sup> O artigo apresenta dados de 1999 a 2008. Não foram encontrados artigos acerca do perfil socioeconômico da região sudoeste do Paraná que utilizassem dados mais recentes. Entretanto, conhecer as condições de vida que diferenciam regiões do Paraná e as quais os pesquisados participaram, permite conhecer o contexto que pode ter trazido reflexos na saúde.

<sup>2</sup> A tese utiliza dados do IBGE de 2001. Idem.



saúde (IPARDES, 2010b). A componente saúde deste índice agrega três variáveis: número de consultas pré-natais, óbitos infantis por causas evitáveis, e óbitos por causas mal definidas; e reflete o acesso aos serviços de saúde, a disponibilidade de recursos médico-assistenciais. A melhora do índice de 2007 para 2008 foi decorrente, principalmente, da ampliação do atendimento às gestantes na dimensão saúde.

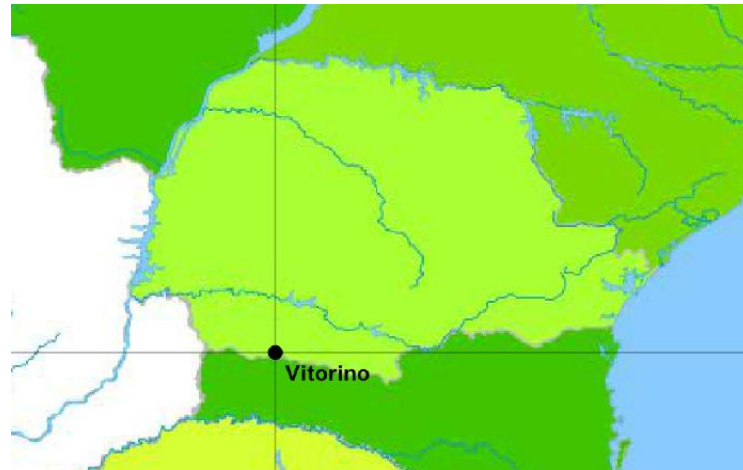


Figura 1 – Mapa do Paraná, localização do município de Vitorino.  
Fonte – IBGE, 2012



Figura 2 – Vista aérea do município de Vitorino  
Fonte: arquivo de imagens, 2012.

A dimensão saúde deveria incluir, dentro do critério acesso aos serviços de saúde assim como o dos recursos médico-assistenciais, uma análise da saúde bucal. A boca, que sofre influências dos mesmos fatores biológicos e sociais como o restante do corpo humano, pode ser capaz de produzir diferentes reflexos no cotidiano das pessoas. O processo de compreensão destes reflexos implica em necessária análise das dimensões sociais e

psicossociais simultaneamente à condição clínica nos estudos das necessidades em saúde bucal dos indivíduos (SHEIHAM, 2005).

Saúde bucal sofre forte influência dos determinantes biológicos, sendo a cárie dentária, a doença bucal mais prevalente na população global, de natureza multifatorial e que continua a promover mutilações, e condenar o Brasil a ser um país de desdentados. Dados do Ministério da Saúde, da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010 confirmam que a doença cárie continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. O levantamento conhecido como projeto SBBrasil 2010 foi realizado em 177 cidades das cinco grandes regiões do país. A amostra de 38 mil pessoas incluiu as faixas etárias de 5 anos, de 12 anos, de 15 a 19 anos, de 35 a 44 anos e de 65 a 74 anos (BRASIL, 2011, p. 14). As bases metodológicas foram as mesmas utilizadas nos levantamentos realizados em 1986, 1996 e 2003, de maneira a construir uma série histórica, contribuindo para as estratégias de avaliação e planejamento dos serviços (BRASIL, 2009a, p.4). O índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados), “composto pela soma dos dentes afetados pela cárie, estejam eles ainda não-tratados (cariados) ou tratados mediante uma abordagem conservadora (obturados) ou mutiladora (extraídos/perdidos)” (BRASIL, 2010, p.1) utilizado no levantamento para avaliação da situação de saúde bucal, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Emprega-se o índice CPOD para medir e comparar a experiência da doença cárie em populações. Trata-se de um índice cumulativo e seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (OMS, 2012).

Os resultados obtidos pelo levantamento SBBrasil em 2010 apontam uma melhora, que corresponde a uma diminuição no índice de dentes com história de cárie, em relação ao SB Brasil 2003; aos 12 anos de idade, verificou-se uma redução de 2,8 para 2,1 dentes com experiência de cárie. Entre adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados de 4,2 representa “exatamente o dobro do número médio encontrado aos 12 anos” (BRASIL, 2010, p.2). Para o grupo de 35 a 44 anos, o CPOD caiu de 20,1 para 16,3 – um declínio de 19%. Entretanto, entre os idosos de 65 a 74 anos o CPOD praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com o componente “extraído” representando ainda o de maior relevância. Foram observadas diferenças regionais, na faixa etária de 12 anos, registrou-se um acréscimo de 27% de prevalência de cárie nos municípios do interior em relação às capitais; da mesma forma, entre as regiões nordeste e sudeste, onde os extremos foram encontrados, a diferença foi de 90%, indicando que o maior ataque de cárie combina-se com o menor acesso aos serviços odontológicos (BRASIL, 2010, p. 2).

Curitiba, a capital do Estado do Paraná, tem uma história de atenção à saúde com muitas conquistas no cuidado à saúde bucal comunitária; apresenta um dos melhores índices de saúde bucal do país, cuja trajetória pode ser conferida no livro “Os Dizeres da Boca em Curitiba” (MOYSÉS, 2002, p.12). Todo o processo histórico do cuidado à saúde, relatado desde 1.918, com a criação da Diretoria Geral dos Serviços Sanitários do Estado, até a data de sua publicação. A história da atenção à saúde do paranaense é relatada de modo que podem ser acompanhados os reflexos das políticas públicas adotadas durante os diversos governos, a integração e a consolidação do trabalho de uma equipe preocupada e sensível ao ser humano e sua comunidade, e de uma odontologia que não se restringe ao “tratamento dos dentes”.

As políticas públicas de saúde têm diretrizes nacionais, as quais são adequadas e adaptadas ao contexto regional, de acordo com os recursos de cada localidade e de sua capacidade de gestão. No sudoeste do Paraná, especificamente no município de Vitorino, a realidade encontrada difere de Curitiba. Na capital do estado, que reúne uma elite de pensadores ligados a Instituições de ensino de Odontologia e gestores públicos estaduais<sup>3</sup> e municipais sensibilizados pela causa social e pelas questões ambientais, atingiu-se um nível de atenção e cuidado com a saúde bucal reconhecido como modelo no país.

Pode-se afirmar que atualmente a saúde do vitorinense apresenta um nível médio de desempenho. A saúde bucal no ano de 2001 apresentava índices considerados elevados, com CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) 5,37 aos 12 anos; 11,63 aos 18 anos e 25,09 para a faixa etária de 35 a 44 anos. Em 2011, apesar da inexistência de dados numéricos, concretos, de levantamentos epidemiológicos, a percepção dos odontólogos e o tipo de procedimentos realizados sugere que a população adulta carece de atenção odontológica com o foco na promoção de saúde.

A equipe de saúde bucal do município, no período de 1980 a 2008, constituía-se por dois odontólogos e duas TSB (Técnicas em Saúde Bucal). O sistema incremental (cujo princípio adotado era o da prestação de serviço a escolares de 6 a 13 anos, ampliando progressivamente o atendimento às séries escolares do primeiro ao quarto ano) esteve em vigência até 1995, época em que a atenção era dirigida quase que exclusivamente aos escolares. A partir de 1996 deu-se início um programa de atendimento odontológico a bebês com base no trabalho desenvolvido pela equipe de Odontopediatria da Universidade Estadual

---

<sup>3</sup> Curitiba concentra pesquisadores e gestores estaduais, que por atuarem em sintonia pela promoção da saúde bucal, alia seus esforços junto aos gestores municipais. Gestores estaduais têm funções de elaboração de políticas públicas, planejamento, financiamento, regulação, avaliação, assim como de cooperação técnica com as secretarias municipais de saúde, que possuem a prerrogativa de definir os rumos a serem tomados em prol no município.

de Londrina, que fazia parte do programa “Protegendo a Vida” do Governo do Estado do Paraná (SESA-PR, 2011). Consistia em um completo programa de treinamento teórico-prático dos profissionais envolvidos e a implantação de diversas unidades de “Clínicas do Bebê” em todo o Paraná, uma delas em Vitorino, cujo atendimento se mantém até os dias de hoje. Os adultos, em função de capacidade instalada insuficiente, recebiam atendimentos somente em casos emergenciais. Após concurso público realizado no ano de 2008, a contratação de dois odontólogos viabilizou a inclusão de adultos aos programas de atenção em saúde bucal, passando a receber atendimento de forma regular e ter tratamentos conclusivos, ao invés, apenas, de atendimentos de urgência e emergência.

A saúde bucal dessa população de adultos que permaneceu desassistida por muito tempo representa uma demanda de necessidades odontológicas que deve ser conhecida afim de que se possa avaliar as condições em que se encontram e propor uma atenção diferenciada de acordo com os riscos a que cada um deles está sujeito. A importância em identificar a representação social da saúde bucal destes usuários adultos dos serviços de saúde bucal de Vitorino é reconhecida com o intuito de auxiliar na compreensão do complexo e dinâmico processo que é a saúde e compreender o modo como esta população percebe sua saúde. As representações sociais, que representam o universo consensual do grupo e trazem valores e percepções próprias de cada grupo social, podem nortear a abordagem dos programas de atenção à saúde bucal dentro dos ciclos de vida aos quais estes adultos estão inseridos, sejam como pais, filhos, procurando torná-los atores no processo de promoção de sua saúde e de sua família. Conhecer e entender a representação social de saúde implica em conhecer o modo como compreendem esta saúde, como o conhecimento é transmitido, qual sua importância.

O acesso a muitas informações sobre saúde bucal nos meios de comunicações de massa, como a publicidade institucional de escovas de dente e dentifrícios, e programas específicos de saúde bucal para as gestantes e recém-natos, antes mesmo da erupção do primeiro dente, são facilmente encontrados. As escolas públicas de ensino fundamental do município de Vitorino estão todas incluídas em programas de atenção odontológica e recebem orientações de caráter informativo e educativo, prática de higienização supervisionada e bochechos semanais com flúor por profissionais capacitados, como odontólogos e técnicos em saúde bucal. Somando-se a isso, a Companhia de Saneamento do Paraná (SANEPAR, 2012a) realiza a fluoretação da água (adição de flúor, cujo nível mínimo/máximo permitido varia de 0,6 a 1,1mg/l e com nível médio de 0,8mg/l nos últimos 30 meses), na zona urbana desde 20 de agosto de 1989 (SANEPAR, 2012b).

Diante de tais programas, contudo, os problemas bucais persistem. Desta forma, parece importante perguntar pelos motivos que levam alguns indivíduos adultos a não obter sucesso na preservação de sua saúde bucal e chegar à perda de vários elementos dentários. Como explicar alguns fatos ocorridos durante o dia a dia da prática nos consultórios odontológicos? Como explicar o porquê da resposta de uma jovem que chega ao odontólogo e diz: “Agora que completei 18 anos posso tirar meus dentes...”. E o adulto, com seus 41 anos, atordoado pela dor, mas enfático em seu propósito: “Eu quero extrair, porque assim não vai doer mais”. E a mãe desdentada que comparece com seu filho ardendo em febre à Bebê Clínica (atenção odontológica a crianças, realizada a partir do nascimento) “para não perder a consulta”, mas não aceita o tratamento reabilitador oferecido a ela. Quais as reais implicações da perda de dentes no cotidiano dos adultos? Como compreender melhor as razões que levam certos indivíduos a aceitar passiva e naturalmente perdas dentárias na fase adulta? Destas e muitas outras inquietações surgiu o interesse pela pesquisa. Mas, com o interesse nasceu um dilema: como dar conta de um questionamento complexo utilizando uma investigação disciplinar, unifocal? Certamente as respostas encontradas seriam fragmentadas e desconectadas cientificamente.

A principal dimensão tratada na pesquisa é a importância dos dentes no dia a dia, isto é, qual a relação da boca na vida pessoal, familiar, profissional e social. Por isso indaga-se: Que razões levam a aceitação passiva da perda dos dentes? Quais os reflexos da falta de dentes na vida destes indivíduos? O que representa saúde bucal para usuários adultos do SUS (Sistema Único de Saúde)?

Estas questões serviram como base para orientação da pesquisa, a qual parte de duas hipóteses: a) O usuário perde seus dentes por falta de atendimento e/ou dificuldade de acesso ao Sistema Público de Saúde Bucal, ou como consequência do modelo de atenção à saúde; b) O usuário perde seus dentes por não reconhecer a importância destes elementos para a manutenção de sua saúde.

A segunda hipótese implica em uma investigação sobre as representações de saúde bucal dos usuários dos serviços públicos, bem como pelas atitudes em relação ao cuidado com os dentes. A compreensão dessas representações tem sua importância na medida em que poderão sugerir procedimentos que conduzam à manutenção da saúde da população em todos os ciclos da vida, a fim de que se atinja a terceira idade em boas condições de saúde, preservando elementos que assegurem a dignidade da pessoa humana. A boca e os dentes saudáveis proporcionam condições para que se tenha uma alimentação adequada, prevenindo

outras doenças sistêmicas através de uma boa mastigação. O componente estético de dentes harmoniosamente alinhados pode ser um fator relevante nos relacionamentos sociais.

Segundo Rodrigues *et al* (2008), o objeto das representações sociais se encontra em um contexto dinâmico e ativo, concebido pelo sujeito ou pela coletividade como um prolongamento de seu comportamento, sendo que seu estudo deve apreender a complexidade deste objeto, neste caso, a saúde bucal. Pode-se considerar que o fator estético dos dentes é um dos componentes que definem, no senso comum, uma boca saudável. Se a imagem corporal (SECCHI *et al*, 2009) é uma percepção que integra os níveis físico, emocional e mental, quais os reflexos provocados pela perda de dentes nestes três níveis? Se a aparência for indicadora de potencialidades no campo pessoal e profissional, quais os efeitos na inserção deste sujeito no meio social e no mercado de trabalho? Qual a relação entre o nível de escolaridade, a função laboral e a saúde bucal? Que consequências teriam na vida de um sujeito mutilado pela falta de dentes e qual a relação deste sujeito com o ambiente?

“Representações sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento” (MINAYO, 2008, p. 89). Se estas lembranças representam a realidade, conhecer o conteúdo destes pensamentos poderá servir de subsídio na elaboração de projetos de promoção de saúde, quiçá, projetos interdisciplinares que envolvam pessoas e profissionais realmente interessados em cuidar e em proporcionar uma melhor qualidade de vida à população.

Segundo Teixeira e Algeri (2011, p.193), a teoria das representações sociais “tem sido amplamente utilizada como referencial para pesquisa em diversos campos no Brasil, dentre os quais podemos citar como exemplos o da saúde pública e o da educação”. Ao relatar estudos nas áreas citadas, Teixeira e Algeri afirmam que a base teórica é comum a todos, mas existe uma multiplicidade de técnicas de coleta e de análise de dados, o que possibilita que seja aplicada no campo da odontologia e da saúde comunitária. O intuito de conhecer as representações sociais de saúde bucal necessita de instrumentos que possam avaliar níveis de saúde bucal e o grau de satisfação da população em relação a ela, diferentes daqueles utilizados em outros estudos de representações sociais. Aliar os conhecimentos do senso comum aos dos profissionais da saúde é tarefa necessária para aproximar realidades e encontrar significados para situações que parecem nebulosas aos gestores da área da saúde coletiva. Como promover a saúde bucal da população sem conhecer o significado de saúde para as pessoas?

Desta forma, a necessidade de encontrar respostas ou indícios que possam explicar os motivos que levaram os usuários do serviço público de saúde de Vitorino, da faixa etária de 35 a 44 anos, a sofrer perdas de dentes na vida adulta, conduziu ao objetivo de conhecer as representações sociais de saúde bucal, de modo que sirva de subsídio na melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente, tendo-se em vista que os resultados poderão sugerir procedimentos que promovam a saúde bucal da população do município de Vitorino. Sendo assim, os objetivos específicos dedicam-se ao conhecimento do perfil da população deste estudo, análise das representações sociais de saúde bucal e das correlações com a condição de saúde bucal e com o grau de satisfação determinado pelo instrumento DIDL de usuários adultos do serviço público de saúde bucal do município de Vitorino.

A integridade da saúde bucal representa uma preocupação às equipes técnicas responsáveis por proporcionar uma qualidade de vida digna aos cidadãos de sua comunidade. Tanto pesquisadores quanto os dirigentes que definem as diretrizes de políticas de saúde e os profissionais, que executam e seguem as linhas de cuidado dirigidas à população, buscam uma solução para o problema, que ultrapassa o limite do biológico e entra no campo das ciências humanas e sociais. É o conhecimento da realidade em que vive o indivíduo, seus hábitos e suas crenças, respeitando as diferenças regionais, sociais, econômicas, que desafia a compreender o modo de vida, os valores que lhe são mais caros, sem, no entanto, interferir ou impor-lhe uma vontade, mas promover o cuidado e o autocuidado com sua saúde.

O primeiro capítulo trata de diferentes abordagens da conceituação de saúde e de saúde bucal, seja sob a ótica do funcionalismo de Talcott Parsons, seja pelo modelo socioambiental. O conceito de saúde envolve uma complexidade que dificulta definir saúde distante do foco na doença, mas fatores sociais e culturais não devem ser desconsiderados. Em seguida, apresenta-se a teoria das representações sociais, de Serge Moscovici, e, os achados de Claudine Herzlich acerca das representações sociais de saúde e doença. O segundo capítulo traz a metodologia empregada na presente pesquisa e os procedimentos éticos adotados. Foram aplicados questionários, do instrumento DIDL (Dental Impact on Daily Living - Impactos dentais na vida diária), entrevista e o índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados). A seguir são apresentados os resultados da pesquisa realizada com 40 usuários do serviço público de saúde do município de Vitorino, Paraná. Finalmente, considerações sobre o que representa saúde bucal para os pesquisados e a relação com a realidade encontrada.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 SAÚDE E ALGUMAS DE SUAS DIMENSÕES

Saúde, por envolver muitas variáveis como os ciclos de vida, o ambiente, e a própria percepção pessoal de saúde, é de difícil conceituação. O sentir-se bem física, mental e psicologicamente, não pode ser facilmente categorizado e avaliado em números. Calnan (1987, p.17) alega que a definição da Organização Mundial da Saúde, de “saúde como um estado completo bem-estar físico, mental e social, assim como o modelo médico que enfatiza a ausência de doença ou distúrbio biológico”, expressam apenas uma diferença entre os aspectos positivos e negativos da doença. Considerando que mesmo a expressão de elementos da doença envolva o olhar e o sentimento dos sujeitos envolvidos, assim, a mesma doença, com aparentemente os mesmos sinais, pode acarretar sintomas e sensações únicos em cada pessoa. Saúde e doença seriam, sob este aspecto, percepções únicas a cada indivíduo. Scliar (2007, p.30) afirma que:

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.

Calnan (1987) relata que diferentes definições sociológicas de saúde têm sido propostas. Na abordagem funcionalista de Talcott Parsons, a saúde seria pré-requisito funcional na “manutenção do equilíbrio dentro do sistema social” (CALNAN, 1987, p.18). A saúde exerceria a função de maximizar a capacidade das pessoas desenvolverem suas atividades para as quais foram socializadas, com o intuito de aprimorar o domínio e as conquistas pessoais. A saúde, sob esta perspectiva, contribuiria para capacitar as pessoas a obterem requisitos para aumento da produtividade e para o sistema de acúmulo do capital. A ênfase nas causas biológicas da doença reduziria a importância de fatores sociais e ambientais. Calnan (1987) afirma que este “modelo médico de doença, e os tratamentos e intervenções a ele associados, como o uso de medicamentos, são nitidamente compatíveis com as necessidades do modo de organização capitalista” (CALNAN, 1987, p.19). Em virtude disso, a população em sociedades capitalistas seria induzida a aceitar estas



conceituações funcionalistas de saúde, as quais se reproduziriam por intermédio de seus discursos.

Conceituar saúde bucal, portanto, tem sido tarefa árdua mesmo para muitos estudiosos. De acordo com Locker (1996, p.12), existem razões para isso:

Primeiro, conceitos de saúde e de qualidade de vida são elusivas e abstratas, enquanto sabemos intuitivamente o que significam, são difíceis de definir. Segundo, eles referem-se a eventos multidimensionais, complexos e não bem delimitados. Terceiro, eles referem-se a eventos que são predominantemente de caráter subjetivo. Quarto, eles estão constantemente em evolução, de modo que o que se entende por saúde hoje pode ser diferente do que entenderíamos por saúde amanhã; e finalmente, o que entendemos por saúde e qualidade de vida pode variar de acordo com o contexto social, cultural, político e da prática, no qual os conceitos são operacionalizados e medidos. Isto é, definições de saúde e qualidade de vida necessariamente envolvem julgamento pessoal e social sobre o que é normal ou valoroso e são profundamente imbuídas de valores. LOCKER (1996, p.12)

Sob esta perspectiva, parecem coexistir diferentes definições de saúde dependendo do momento ou do contexto em que são formuladas. Conceitos de saúde e de qualidade de vida seriam mesmo conceitos distintos? Evidencia-se a dificuldade em definir estes conceitos e delimitar o que difere promover saúde e proporcionar vida digna.

O modelo socioambiental, segundo Locker (1996, p.14), diferente do modelo reducionista baseado estritamente no fenômeno biológico, não é definido apenas como ausência de doença, mas engloba o bem-estar social e psicológico. O paciente, que era considerado apenas um corpo ou uma boca, passou a ser uma pessoa com voz ativa ao relatar suas experiências e interpretações sobre saúde e doença.

Sheiham (2005, p.644) afirma que “os conceitos de saúde contemporâneos sugerem que saúde bucal deveria ser definida em termos de bem estar social, psicológico e físico no geral em relação à condição bucal”.

Saúde, ao refletir o contexto e a experiência de vida dos sujeitos, pode transcender o componente físico e passar a ser um direito à vida. No campo dos direitos humanos fundamentais, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) preceitua: "Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". O direito à vida, digna, requer cuidados essenciais inerentes à própria pessoa e ao ambiente que a circunda e onde ela está inserida. A estratégia de abordar saúde como direito inalienável, há que se considerar ideal, pois trata de algo pelo qual não se teria que lutar para obter. Alguns entraves,

entretanto, de cunho econômico, político, cultural, dificultam a operacionalização de programas de promoção de saúde.

Seria desejável, assim, a ocorrência de uma mudança social, a partir da qual o próprio conceito de saúde fosse incorporado como um bem pessoal e coletivo distante do foco na doença, com uma visão holística do ser humano integrado ao ambiente, e não apenas como um dever do Estado, um direito a ser perseguido. Ao que Schwartzman (2004, p.1) afirma:

Os direitos humanos poderiam se tornar menos imperiais se eles se tornassem mais políticos, ou seja, se fossem entendidos como uma linguagem, não para a proclamação e cumprimento de verdades eternas, mas como discurso para a adjudicação de conflitos. Mas pensar nos direitos humanos desta forma significa aceitar que os direitos humanos podem estar em conflito uns com os outros. Ativistas que supõem que a Declaração Universal dos Direitos do Homem é uma lista completa de todos os fins desejáveis da vida humana erram ao não entender que estes objetivos – liberdade e igualdade, liberdade e segurança, propriedade privada e justiça distributiva – se conflitam, e, por isto, os procedimentos para sua implementação também podem estar em conflito (SCHWARTZMAN, 2004, p.1).

O conflito sempre se fará presente quando para atingir a plenitude de um direito, existir um tratamento desigual, no qual uma pessoa deve abrir mão de algo para outra pessoa. O acesso aos serviços de saúde é para todos, entretanto, não há estrutura, nem recursos para todos, apesar de todos terem direito ao serviço. Este é apenas um dos entraves. O conceito de saúde, além de compreendido sob a ótica do direito humano, deve englobar o meio em que o ser humano se insere, do qual faz parte e o qual modifica para atender suas necessidades, não podendo ser desvinculado desse ambiente.

Morin (2005) provoca-nos a repensar a complexidade das ciências da saúde, que trata da saúde ou das doenças de um sujeito, que não vive isolado, mas em um ambiente repleto de relações e interações com outros sujeitos, coisas, natureza e emanado por seus próprios problemas sociais, mentais. O próprio relacionamento do profissional de saúde e do paciente, que ocorre diretamente pessoa a pessoa, pressupõe-se complexa, situação em que cada um traz na bagagem uma história de vida com percepções e compreensões particulares. Entretanto, ao considerar o pensamento complexo é importante desfazer a ideia de que “complexidade conduz à eliminação da simplicidade” (MORIN, 2005, p.6). Morin recusa a redutibilidade e a unidimensionabilidade, e procura integrar os diversos modos simplificadores de pensar. Complexidade e completude podem se confundir, mas não se apresentam como sinônimos. O pensamento complexo objetiva ser multidimensional e unir os pensamentos simplificadores, sendo o pensamento completo utópico. Existe sempre a tensão

entre ser um saber não compartimentado e o reconhecimento de o conhecimento ser inacabado e incompleto.

Este saber não compartimentado leva a refletir sobre o ambiente em que vive o sujeito, em uma visão holística, como a definição de determinantes sociais da saúde adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011a) que engloba as questões sócio-ecológico-ambientais:

Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Estas circunstâncias são formadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos aos níveis global, nacional e local, e que são eles próprios influenciados por opções políticas. Os determinantes sociais são os principais responsáveis pelas desigualdades na saúde – as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde visto dentro e entre países (OMS, 2011a).

A complexidade das relações do ser humano com o ambiente necessita que sejam analisadas de forma global, como um todo, na tentativa de reconhecer a influência entre fatores que parecem não ter uma relação direta no aumento das desigualdades, mas podem ser determinantes nas condições de saúde e de vida das pessoas. Diferenças e desigualdades em saúde, segundo Whitehead e Dahlgren (2007, p.2), podem ser observadas na população de qualquer país e diferem da expressão iniquidades em saúde. Os autores Whitehead e Dahlgren (2007, p.2) afirmam que três características: “sistemáticas, socialmente produzidas (e portanto modificáveis) e injustas”, quando combinadas, podem modificar as desigualdades ou diferenças e torná-las iniquidades sociais em saúde. O aspecto sistemático implica na existência de um padrão consistente de distribuição, que aumenta ou diminui em função da posição social (ou outro determinante) do indivíduo ou grupo social, como o caso da morbidade e da mortalidade. Assim sendo, iniquidades sociais em saúde são aquelas “direta ou indiretamente geradas por fatores sociais, econômicos ou ambientais e estruturalmente influenciadas pelo estilo de vida. Estes determinantes de iniquidades sociais são todos passíveis de mudança” (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2007, p.4), conforme figura 3.

Condições socioeconômicas, culturais e ambientais referem-se aos fatores mais gerais que se relacionam com as condições de vida e de trabalho das pessoas, associadas às redes sociais e comunitárias, tornando-se determinantes que influenciam o estilo de vida dos indivíduos, ou seja, hábitos alimentares, práticas de atividades físicas, hábito de fumar (CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde, 2012). Determinantes sociais, que segundo Solar e Irwin (2005), diferem quando modificam as condições de saúde ou determinam as iniquidades na saúde:

Os determinantes sociais de saúde e os determinantes sociais das iniquidades na saúde não são necessariamente os mesmos. Dentre os vários fatores sociais e processos que influenciam a saúde, alguns, mas não todos, representam grande contribuição às disparidades da saúde entre os diferentes grupos sociais. É possível promover políticas sobre determinantes sociais de saúde capazes de melhorar os indicadores médios de saúde em um país, sem alterar o tamanho das disparidades de saúde entre grupos privilegiados e grupos em desvantagem. (SOLAR; IRWIN, 2005, p.5)



Figura 3 – Determinantes sociais da saúde (WHITEHEAD; DAHLGREN, 1993 – traduzido por CNDSS, FIOCRUZ, 2012a).

A possibilidade de promover políticas capazes de promover a saúde atuando sobre os determinantes sociais implica em compreender o contexto socioambiental dos diferentes grupos populacionais. A compreensão dos mecanismos de atuação dos determinantes sociais, conhecer o estilo de vida das pessoas envolvidas, e, entender a realidade sob a ótica da comunidade é tarefa necessária e complexa a ser realizada pelo técnico da área de saúde, que foi preparado a uma prática normativa. Faz parte do processo, ampliar a visão de saúde para além do biológico e da responsabilidade exclusivamente técnica do profissional em manter e promover a saúde de todos. Ainda, de acordo com Turato (2005, p.508), o profissional de saúde, que se preocupa em “compreender a vida dos pacientes”, traz uma vantagem

importante ao empregar a metodologia qualitativa de medicina, que é sua “experiência em assistência – as inerentes atitudes clínica e existencial”. Segundo Turato,

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo a qual não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. (TURATO, 2005, p.509)

O significado de saúde e de seus determinantes não pode, portanto, ser desvinculada da complexidade da sociedade, que apresenta relações intrínsecas entre meio ambiente, população, de acordo com sua cultura e costumes. O modo de vida pode não ser uma escolha para alguns grupos sociais. Giddens (2005) afirma que os mais pobres estão em maior risco de morrer, em todas as idades, do que as pessoas mais ricas, e, nascer em condição de extrema pobreza não é opção. Más condições ambientais e de trabalho, como falta de infraestrutura, depósitos de lixo tóxicos ou não, moradias de risco, concorrem para deterioração da saúde dos seres vivos. Injustiças ambientais cometidas em “áreas de maior privação socioeconômica e/ou habitadas por grupos sociais e étnicos sem acesso às esferas decisórias do Estado e do mercado” (ACSELRAD, 2009, p. 8) impõem riscos ambientais desproporcionais a estas populações. Em países emergentes como o Brasil “as desigualdades relativas, não apenas na renda, mas nas condições de vida, adquirem importância crescente, sem que as diferenças absolutas deixem de ser importantes” (VIANA et al, 2001, p.15). Estas desigualdades, quando constituem iniquidades, passíveis de serem evitadas, merecem atenção por parte do poder público e remetem ao princípio da equidade.

Equidade em saúde corresponderia ao ideal em que todos teriam possibilidade de ter plena saúde independente de qualquer condição ou determinante social. Segundo Whitehead e Dahlgren (2007, p.5), equidade em saúde “refere-se a todos e não somente a um segmento desfavorecido da população”, consistindo em uma justa distribuição de recursos para promoção de saúde, além de possibilitar o acesso aos benefícios na manutenção da saúde e o amparo na convalescência. Promover a equidade na saúde implica em promover a saúde de todos.

Promoção de saúde refere-se a um processo abrangente e contínuo, pois envolve educação, prevenção e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que tornem efetiva a prática da educação para a saúde. Dessa forma, a promoção de saúde transcende às atividades e às decisões individuais para tornar-se uma atividade

coletiva. De acordo com Woolcock (1998), a existência de laços sociais, a confiança mútua e respeito entre diferentes setores da sociedade geram impacto positivo em diversos setores como economia, educação e saúde. Atividades coletivas que envolvam a temática da saúde requerem cuidados que envolvem a participação da comunidade e de agentes com conhecimento técnico para práticas de educação em saúde, além de seguir as normas e legislação de proteção ao cidadão. Sendo, portanto, importante à atuação de instituições do Governo e de políticas públicas na promoção de saúde da coletividade.

A saúde da população, assim como os problemas sociais, não é estática e envolve uma dinâmica sequência de fatos e acontecimentos, em que interações ambientais e sociais ocorrem a todo instante. Do mesmo modo, as doenças também tratadas como problemas sociais, quando definidos como aquelas atividades promovidas por grupos, com reivindicações às organizações e instituições para promover condições aceitáveis, certamente motivam as pessoas a reivindicar por melhores condições de saúde. Assim, os problemas decorrentes do processo saúde-doença podem ser observados por uma abordagem construcionista dos problemas sociais e ambientais. Sob a ótica do funcionalismo, que enfatiza a causa biológica da doença, os peritos, através dos métodos científicos, estariam habilitados a localizar e analisar violações morais e orientar os responsáveis na formulação das políticas que melhor se adequassem à situação, no entanto, Hannigan salienta que a construção dos problemas sociais pelos analistas “corre o risco de negar a existência danosa de problemas graves da ‘vida real’”. Segundo Hannigan, a construção dos problemas sociais não deve ocorrer arbitrariamente por especialistas, nem abandonar o parecer objetivo de técnicos (HANNIGAN, 2000, p. 48).

Peritos, políticos e entidades decisórias ligadas ao governo procuram formular políticas de promoção de saúde. Com base na Constituição Federal de 1988 e de defensores dos direitos à saúde se institucionalizam as políticas públicas de saúde brasileiras. Os princípios norteadores da universalidade, integralidade e equidade, gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo, responsabilidade profissional caracterizam a atual política de saúde (BRASIL, 2006). Requerem, portanto, um modelo de trabalho de acordo com as normativas, interdisciplinar e multiprofissional, integralidade das atenções, intersetorialidade, ampliação e qualidade da assistência, determinadas condições e parâmetros para orientar o processo de trabalho.

A atuação interdisciplinar e multiprofissional requer dos profissionais mais do que a boa formação técnica das faculdades, porque nesta perspectiva os objetos e assuntos são

híbridos (RAYNAUT, 2004), ou seja, mantêm características fundamentadas nas ciências duras como a biologia, mas permeadas por características das ciências sociais. Este enfoque interdisciplinar tenta restituir a complexidade e a totalidade da realidade do mundo. Considerando a afirmação de Raynaut (2004, p.25) de que, “o mundo real, na sua essência, é total. Ele é feito de interações múltiplas e complexas entre os muitos elementos que o compõem, não conhecendo ou admitindo fronteiras estanques”, os limites não são estanques. A interdisciplinaridade supõe-se necessária no trabalho e na pesquisa qualitativa, de modo a garantir que se não a totalidade da sociedade e suas relações esteja contemplada, pelo menos que a visão se amplie para além do corpo do indivíduo.

O pensamento científico, e dentro dele o processo de formação acadêmica do profissional da saúde, neste caso, o odontólogo, fragmentou o mundo em pequenas partes ou níveis de organização na tentativa de definir, conceituar objetos e explicar fenômenos dentro destes recortes. Com isso, surgiram os superespecialistas, reduzindo-se os estudos à boca, e em partes e particularidades cada vez mais minuciosas e restritas. Este movimento histórico de desenvolvimento do pensamento científico foi determinante na produção de conhecimento responsável por avanços biotecnológicos e genéticos, de inegável importância em muitas áreas. Segundo Raynaut (2004),

O sistema educacional reforçou e cristalizou o que era no início uma diversidade epistemológica nas abordagens da realidade. Por exemplo, um aluno de Medicina, de Agronomia ou de Engenharia sabe muito pouco ou nada, no final da sua formação, sobre as dimensões sociais dos problemas que vai enfrentar. (RAYNAUT, 2004, p.25)

Se este profissional não conhece a dimensão social destes problemas, como um médico, odontólogo ou enfermeiro irá enfrentar tais adversidades frente às necessidades da população e às exigências constitucionais das políticas públicas? Qual o perfil destes profissionais da saúde para que saibam interagir, oferecendo atenção integral e de qualidade às pessoas?

Sem a base intelectual desses novos campos e a concretude desses conflitos e redes, os discursos sobre a criação de ambientes saudáveis, da intersetorialidade e da participação comunitária podem cair numa espécie de vazio intelectual e político (PORTO e ALIER, 2007). A ampliação da compreensão da comunidade, do ambiente, das instituições e o papel da ciência a partir das contribuições da ecologia política e da economia ecológica podem ocorrer através de discussões sobre promoção de saúde. Evitar o “vazio intelectual” implica em buscar um meio efetivo de compreender a saúde, nesse caso a saúde bucal, de pessoas que

vivem e trabalham em um ambiente que mantém características próprias e devem ser todas consideradas.

### 2.1.1 Saúde bucal

Desvincular a boca do restante do corpo é um fato que não se pode aceitar, porque a saúde bucal afeta a saúde geral, fazendo com que dor e sofrimento possam alterar o que as pessoas comem, seu discurso, sua qualidade de vida e o seu bem-estar (SHEIHAM, 2005). A saúde bucal também tem efeito sobre outras doenças crônicas. Milhões de pessoas sofrem dores de dente, sem tratamento, qualidade de vida precária que pode levar a perdas de dentes pela incapacidade de enfrentar determinantes sociais e incorporar a saúde bucal como bem necessário na promoção da saúde.

Lesões severas da doença cárie deterioram a qualidade de vida de famílias, crianças e adultos de modo semelhante; os quais experimentam desconforto, dor, desfiguração, infecções agudas e crônicas, perturbação do sono e da alimentação. Além do fato de correr maior risco de internação, de tratamento a custos elevados e de perder dias de trabalho ou de aula, existe o agravante de diminuir a capacidade para aprender (SHEIHAM, 2005).

A doença cárie dentária é uma doença bucal de caráter multifatorial (GROISMAN E MEDEIROS, 2003), em que os fatores primários (dentes, microflora cariogênica e substrato local – sacarose) associados a fatores secundários e terciários, como saliva, idade, sexo, saúde geral, nível socioeconômico, interação e inicia-se o processo de formação e progressão da lesão cariosa. A atividade cariogênica promove uma desmineralização dos tecidos dentários, que se não for interrompida, provoca a cavitação da estrutura dentária, ocasionando o aparecimento de lesão visível. Trata-se de uma doença que pode ser prevenida, de modo primário, na tentativa de diminuir a contaminação do bebê pelos pais, ou de modo tradicional, cujos pilares são a profilaxia (limpeza profissional dos dentes), fluoroterapia (aplicações tópicas de flúor com finalidade preventiva e curativa), controle da dieta e ênfase na higienização (utilização de métodos de escovação e de fio dental). Do mesmo modo que outras doenças, a avaliação do risco, que é a probabilidade de sua ocorrência, é indicada para o conhecimento da suscetibilidade e do grau de risco de incidência e desenvolvimento da doença na população e como atuar de forma preventiva.



Perda de peso, problemas com nutrição e com crescimento foram relatados por Sheiham (2005), em crianças de três anos em virtude de infecção e dores de dente. Entre adolescentes brasileiros, 33% relataram dor nos dentes, destes, 9% consideraram a dor torturante. Na Tailândia, 74% da população de 35 a 44 anos, tiveram o desempenho diário afetado por problemas bucais, 46% deles tiveram a estabilidade emocional afetada em função disso (SHEIHAM, 2005). O que representa saúde bucal para estes adultos que um dia foram crianças torturadas por dores de dente? Qual o reflexo no cotidiano destas pessoas? Quais atitudes tomam em relação à sua saúde, de sua família e da comunidade? O modo como cada grupo social compreende sua saúde pode variar conforme a cultura de seu povo.

Flick (1998, p. 1) questiona como poderia se processar o desenvolvimento social ou a construção social do conhecimento e o modo como as representações de individualidade poderiam variar em diferentes culturas. O papel do “novo homem” no cotidiano, e a influência das novas mídias sobre as representações e a imagem da realidade, são dúvidas que persistem e que remetem a outra questão: Qual seria a relevância do conhecimento cotidiano para a pesquisa em psicologia social e qual seria a relevância da psicologia social para o conhecimento cotidiano? Conhecer o cotidiano daqueles que perdem seus dentes teria relevância para a pesquisa em psicologia social? E para a saúde coletiva? Qual a relevância da psicologia social para o conhecimento cotidiano de populações doentes por perdas dentárias?

De acordo com Flick (1998, p. 1-2), o estudo da cognição social preocupa-se com o processamento de informações dentro do indivíduo e com as maneiras pelas quais as influências sociais perturbam esses processos. Que influências sociais poderiam determinar a preferência por focar na prevenção de doenças e pelo uso de remédios em detrimento do cuidado e da promoção de saúde. O que representa saúde para as pessoas, para usuários do SUS? Segundo Farr (1998, p.xi), representações sociais seriam o intermediário entre as representações individuais e as coletivas. Sendo assim, um grupo formado por usuários do sistema público de saúde teria suas próprias representações sociais de saúde bucal advindas do senso comum.

## 2.2 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Segundo Sá (2004), o termo Representações Sociais, introduzido por Serge Moscovici em seu livro “La psychanalyse, son image et son public” (1961, 1976), “designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos” (SÁ, 2004, p.19).

As representações sociais quanto à sua origem e sua emergência são criadas por pessoas, mas não isoladamente. Uma representação, então, não é ideia de uma só pessoa, trata-se de um universo consensual, criado por pessoas e grupos no decorrer da comunicação ou da cooperação. Como produto de ações e de comunicações, as representações são mutáveis, depois de criadas adquirem autonomia, podendo surgir novas representações a partir dela. O processo de mudança também é factível no indivíduo que participa da comunidade, que pode ter o comportamento influenciado por uma representação social. “As representações sociais devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos” (MOSCOVICI, 2010, p.44). Assim sendo, poderíamos perguntar: como adultos compreendem saúde bucal? Qual mensagem as pessoas têm a intenção de comunicar?

Christophe Bedos *et al* (2005, p. 1340), ao pesquisar a percepção de doença dentária entre pessoas que recebiam assistência pública em Montreal, afirma não saber como estas pessoas “interpretam sintomas, como eles diferenciam o normal do patológico e como avaliam a sua necessidade de tratamento”. Ausência de sintomas representava ausência de doença para as pessoas do grupo de pesquisa de Bedos (BEDOS *et al*, 2005), chegando a questionar a necessidade de tratamento indicada pelo odontólogo na ausência de dor. Ao questionar o diagnóstico, questionavam também a honestidade do profissional e, desse modo, sentiam-se confortáveis para recusar o tratamento proposto. Em caso de dor suportável, as pessoas diziam saber da possibilidade de vir a perder os dentes caso demorassem a procurar ajuda profissional, entretanto, as pessoas relatavam tentar adaptar-se às dores ao invés de consultar um dentista. Nesta situação, as pessoas percebiam a doença, mas desconsideravam a necessidade de tratamento. A percepção da doença associada à necessidade de tratamento ocorria nos casos em que a dor era insuportável, quando medidas externas como o uso de medicamentos acalmavam a dor ou nas situações limitantes, tais como na impossibilidade de comer ou dormir. Apesar de dores insuportáveis, houve relatos de recusa ou de retardo na procura por tratamento em virtude do medo de vir a sentir dor durante a execução de

procedimentos odontológicos. Seria então preferível perder os dentes a ter que se submeter a um tratamento odontológico? Antes disso, o que leva as pessoas a sentirem necessidade de ir ao dentista apenas em caso de dor? Procedimentos profiláticos são irrelevantes aos seus olhos? É “natural” ter doenças bucais e perder dentes?

Segundo Calnan (1987, p. 20), sob a ótica parsoniana/funcionalista, a maioria das pessoas aceita a definição de saúde derivada do modelo médico e, que do ponto de vista marxista, a população como um todo têm sido induzida pela ideologia médica a aceitar definições funcionais. Então, qual a percepção que as pessoas têm de saúde? É sob a visão dos cientistas que a população entende sua saúde? Calnan (1987) avaliou o modo como a saúde compete com outros valores pessoais. Entender o valor que as pessoas conferem à saúde parece difícil de determinar por não existir instrumentos específicos para isso. Em seus estudos Calnan (1987) encontrou uma correlação entre saúde e a estabilidade política no mundo; o bem-estar de membros da família e um menor grau de riqueza; e, a influência de mulheres casadas sobre a família. Estas mulheres relataram não desejar arriscar a saúde em troca de bens materiais, sendo a saúde um bem de grande valor no cotidiano e na relação familiar. O valor que se confere à saúde depende do ambiente, do modo como as pessoas vivem, de uma complexa rede de relações socioambientais e culturais.

Herzlich (1973) em seu estudo sobre as representações sociais de saúde e doença, afirma que apesar de existir uma variedade de tipos de saúde, de doença e de estados intermediários distintos, a necessidade de interpretação desse processo ocorre em relação à doença. A saúde, em geral, é compreendida como algo “dado” e a doença é vista “como algo adquirido e desenvolvido no curso de um conflito” (HERZLICH, 1973, p.73)<sup>4</sup>. Sinais físicos como o aumento da temperatura corporal e lesões, assim como sintomas subjetivos, como dor ou fadiga, definem a experiência de estar doente. A existência de dois eixos de referência seja estritamente físico, ou seja, relativo ao sujeito, ao seu comportamento ou sua psique, demonstra a necessidade de compreender um outro nível, referente à experiência de vida das pessoas.

Herzlich (1973, p.93) afirma que “saúde e doença são extremidades opostas da mesma dimensão, mas são definidos em termos do mesmo critério de atividade”. Saúde seria considerada algo inteiramente individual, seria produzida e utilizada somente pelo indivíduo e

---

<sup>4</sup> Original em inglês. Tradução da autora apenas para os fins deste trabalho.

não algo exterior a ele. A gênese da doença seria uma resposta do indivíduo em relação às pressões da sociedade e do estilo de vida. A partir da observação da atividade da pessoa saudável e da inatividade da pessoa doente, e da expressão de participação ou exclusão e até de conformação, Herzlich encontrou três modos de organização das representações sociais de doença.

Os três tipos de concepção de doença são: (1) Doença como destrutiva; (2) doença como libertadora; (3) doença como “uma ocupação”. Dentro destes termos, o indivíduo expressa sua relação com a doença – ou saúde – como esta relação é estabelecida na sociedade, e a relação destes com a sociedade e como se estabelece através da saúde e da doença. (HERZLICH, 1973, p.105)

A doença como destrutiva consideraria como principal aspecto a doença que leva à inatividade, excluindo o indivíduo do seu grupo social. A doença representaria exclusão e solidão. A doença como libertadora, seria o início da inatividade, referente àquelas circunstâncias em que a pessoa sente-se tão cansada que desejaria descansar e sentir-se livre das obrigações. A doença como ocupação seria a capacidade de o sujeito sentir-se capaz de lutar contra a situação, o que o manteria ocupado. Neste caso, a doença não seria reduzida à inatividade, mas o indivíduo teria um leque de opções que incluiria a possibilidade de procurar um profissional que o auxiliasse, e que necessitaria de sua participação e atividade para a melhora na condição que levaria à saúde. A atividade ou inatividade, que pode levar à exclusão, estão presentes nos estudos de Herzlich (1973, p.136) sobre as representações sociais de saúde e doença. Atividade e participação na sociedade tiveram influência nos significados das experiências individuais e no comportamento com relação à saúde e à doença, demonstrando existirem diferenças na população de seu estudo, de acordo com a história de cada um e de seu relacionamento dentro da comunidade.

Os estudos de Herzlich demonstraram existir diferentes representações de doença em um mesmo grupo social, dependendo das experiências de vida e das relações sociais de cada indivíduo. A história de vida parece influenciar o modo como cada pessoa se insere no ambiente e na sociedade, assim como o modo como percebe sua saúde. A presente pesquisa procura traçar através da coleta de dados da história de vida e de saúde dos usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino, o perfil deste grupo social e as representações sociais de saúde bucal destas pessoas. Assim, foram utilizados instrumentos, descritos a seguir, que possibilitassem conhecer o universo consensual deste grupo social com relação à saúde bucal.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A abordagem qualitativa aliada ao enfoque quantitativo, de corte transversal, foi proposta com o intuito de identificar as representações sociais de saúde bucal. A identificação das representações sociais por intermédio das entrevistas corresponde ao segmento qualitativo da pesquisa, enquanto a avaliação do grau de satisfação dos usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino através do instrumento DIDL e a verificação do índice CPOD correspondem ao segmento quantitativo.

A pesquisa foi desenvolvida em três fases. A primeira referente à identificação da população do estudo, adultos usuários do Serviço Público de Saúde do município de Vitorino, da faixa etária de 35 a 44 anos, no período de maio a outubro de 2012. Em seguida, procedeu-se a coleta dos dados, com entrevista, aplicação do questionário DIDL (Dental Impact on Dental Living) e identificação do índice CPOD (Dentes Cariados Perdidos e Obturados) na população do estudo. A terceira etapa refere-se à análise dos dados e apresentação dos resultados.

O primeiro instrumento utilizado foi a entrevista realizada com aqueles que compareceram à Clínica Odontológica do município de Vitorino, localizada no Núcleo Integrado de Saúde, em busca de tratamento odontológico. Os dados sociodemográficos coletados foram: nome, data e local de nascimento, anos de estudo, renda familiar, profissão, e, desse modo, traçado o perfil do usuário adulto do sistema público de saúde de Vitorino. As perguntas referiram-se basicamente ao modo como as pessoas compreendem a sua saúde geral e sua saúde bucal, a forma como cada entrevistado “aceita” a condição de perda de dentes. O intuito da entrevista foi o de ouvir a trajetória de vida e a história da saúde e/ou das doenças sob a ótica do entrevistado. Sendo que “as Representações Sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais” (MINAYO, 2008, p.108).

Aplicação do questionário DIDL (Dental Impact on Dental Living – anexo 1) na população do estudo fez parte da etapa seguinte. O questionário DIDL, elaborado por Leão (1995), é composto por 36 perguntas e abrange cinco dimensões, sendo: aparência, dor, conforto, performance geral e restrição alimentar. O entrevistado foi orientado a responder o

que achasse mais conveniente sob o seu ponto de vista, de modo a ficar claro não existir resposta certa ou errada. Cada pergunta recebeu uma pontuação final, cujo impacto foi positivo (+1), neutro (0) ou negativo (-1). Os itens e dimensões a seguir correspondem às dimensões tratadas no questionário DIDL:

Dimensão aparência: satisfação com os dentes, satisfação com a aparência dos dentes, satisfação com a cor dos dentes e satisfação com a posição dos dentes.

Dimensão dor: dor espontânea, dor ao comer / quente ou frio, troca de alimentos por causa da dor e dor na ATM (Articulação Têmporo Mandibular).

Dimensão conforto: preocupação com os dentes, dentadura prótese parcial ou total, impactação de alimentos (alimentos presos entre os dentes), mau hálito, dentes soltos, satisfação com as gengivas, sangramento das gengivas e sensibilidade ao calor ou frio por causa da recessão gengival.

Desempenho geral: capacidade de trabalho afetada pela aparência dos dentes, capacidade de trabalho afetada ao comer, falar; contato com as pessoas afetado pela aparência dos dentes; contato com as pessoas afetado ao comer, falar; contato com as pessoas afetado pela dor; romance afetado pela dor; romance afetado ao comer, falar; autoconfiança afetada pelos dentes; constrangimento causado pelos dentes; romance afetado pela aparência dos dentes; evita mostrar os dentes ao sorrir; satisfação com o sorriso; capacidade de trabalho afetado pela dor; estresse por causa da dor e sono ruim por causa da dor.

Restrição alimentar: capacidade para mastigar, satisfação com a mastigação, capacidade de morder, satisfação com a oclusão, mudar a maneira de preparar a comida, troca do tipo de alimentos por causa dos dentes.

O índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) foi identificado para cada um dos entrevistados através de exame clínico de acordo com as recomendações da OMS (1997), com ficha clínica devidamente arquivada na Clínica Odontológica do Serviço Público do município de Vitorino. Os critérios diagnósticos para a doença cárie dentária e a necessidade de tratamento foram os mesmos utilizados pelo projeto SBBrasil 2010 (BRASIL, 2009, p.7-8), que se basearam nas recomendações da OMS, do Oral Health Surveys: basic methods (OMS, 1997). Após a identificação dos índices e dos questionários, se procedeu a análise dos dados encontrados.

A análise de conteúdo utilizada para procurar extrair “estruturas traduzíveis em modelos” (BARDIN, 2011, p.15), serviu de instrumento para apreciação das respostas e dos

discursos dos entrevistados. O contraponto entre “o rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade” (BARDIN, 2011, p. 15) foi o propósito a ser alcançado para investigar o que se encontra oculto e em comum entre os entrevistados. As representações de saúde bucal, que “não são criadas por um indivíduo isoladamente” (MOSCOVICI, 2010, p.41) foram pesquisadas na referida população, portanto, através das entrevistas e da análise de conteúdo. Como procedimento de análise de conteúdo foram consideradas as “características associadas ao tema central” (BARDIN, 2011, p.100), desse modo, as palavras que se repetiram com maior frequência foram agrupadas e calculadas suas frequências. Assim, foi realizada uma análise quantitativa ao ser medida a frequência com que se repetiram as palavras, mas também foram realizadas análises qualitativas e considerados o significado e a ênfase com que se expressaram em seus discursos.

Como ferramentas para organização dos dados e análise estatística, foram utilizados os programas Microsoft Office Excel ® e Statistical Package for the Social Sciences ® (SPSS) versão 20. A confiabilidade dos domínios foi verificada através do Coeficiente Alfa de Cronbach, que verificou a consistência interna das respostas ao questionário DIDL. Hora, Monteiro e Arica (2010, p.88) afirmam que o Alfa “mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes”, com o objetivo de medir quanto os valores encontrados se aproximam dos valores verdadeiros e deve ser utilizado em questionários validados. A validade, segundo os autores, refere-se à verificação da capacidade de o instrumento medir aquilo ao qual foi proposto, ou, “o quanto o resultado se aproxima do que se pretende medir” (HORA: MONTEIRO, ARICA, 2010, p. 89).

### 3.2 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UTFPR, atendendo as exigências da resolução n°196 de 10 de outubro de 1996, através da Plataforma Brasil, registro CAAE 02680012.3.0000.5547.

Todos os usuários do serviço público de saúde de Vitorino que constituíam o universo da população do estudo e que se apresentaram para agendar tratamento odontológico na Clínica Odontológica por um período de dois meses (amostra temporal) foram convidados a

participar da pesquisa. A cada um daqueles que concordou em participar da pesquisa foi explicado o objetivo do estudo e os procedimentos pelos quais seria submetido.

A participação dos pesquisados foi voluntária, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados, que foi restrito ao conhecimento do pesquisador e dos seus orientadores. Não houve custas aos sujeitos da pesquisa, que foram esclarecidos a este respeito.

O termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A) foi assinado por todos os participantes após as devidas explicações e orientações quanto aos riscos e benefícios do estudo. Em relação à recusa em participar da pesquisa, foi reservado o direito em qualquer etapa do estudo, sem nenhuma forma de retaliação.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 USUÁRIOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO

Participaram da pesquisa 40 usuários adultos da faixa etária de 35 a 44 anos, sendo que 20 do sexo feminino e 20 do sexo masculino concordaram e realizaram todas as etapas. Apenas um usuário dos 41 que procuraram o serviço de odontologia durante o período da pesquisa se recusou a participar de todas as etapas. Residiam no município, de acordo com o censo de 2010 (IBGE, 2012), 472 adultos do sexo masculino para esta faixa etária, destes, 59 procuraram o serviço público de saúde bucal no período de janeiro a dezembro de 2011. A população feminina na faixa etária de 35 a 44 anos correspondia 475 mulheres e, destas, 69 receberam atendimento odontológico no ano de 2011 (tabela1).

Tabela 1 – Distribuição da população de Vitorino, de usuários do serviço público de saúde bucal e de participantes da pesquisa, de acordo com o sexo.

Categorias	População Total	Residentes na zona urbana	Residentes na zona rural	Adultos da faixa etária de 35 a 44 anos	Usuários que utilizaram o serviço de saúde bucal em 2011	Usuários que participaram da pesquisa
Sexo feminino	3230	2053	1230	475	69	20
Sexo masculino	3283	1935	1295	472	54	20
Total	6513	3988	2525	947	123	40

Fonte: IBGE (2012); pesquisa de campo, 2012

Os usuários dos serviços públicos de saúde de Vitorino que participaram desta pesquisa apresentaram renda média familiar de 2,40 salários mínimos (tabela 2), variando de 0,5 a 8 salários; escolaridade com média de 6,88 anos de estudo, com um mínimo de zero e máximo de 11 anos (tabela 2). Com relação à ocupação, 55% das entrevistadas afirmaram ser donas de casa, 15% agricultoras. Entre os entrevistados do sexo masculino, 35% eram agricultores e 30% motoristas, conforme tabela 3. A ocupação dos pesquisados favorece uma flexibilidade de horário, o que permite que possam realizar o tratamento durante o horário comercial.

Tabela 2 – Distribuição do número absoluto (n) de indivíduos participantes da pesquisa, de acordo com o sexo, escolaridade, segundo o percentual de indivíduos em cada faixa, e pela média de anos de estudo; e, renda familiar, segundo o percentual em cada faixa e pela média em salários mínimos.

Sexo	Indivíduos n	Escolaridade (anos de estudo)						Renda familiar (salários mínimos)					
		Percentual de acordo com a faixa				IC * (95%)		Percentual de acordo com a faixa			IC* (95%)		
		0 a 4	5 a 8	9 a 11	média	LI*	LS*	0 a 2,9	3,0 a 5,9	≥ 6	média	LI*	LS*
Feminino	20	50%	15%	35%	6,25	4,35	8,15	85%	10%	5%	1,85	1,18	2,52
Masculino	20	30%	35%	35%	7,50	6,14	8,86	45%	50%	5%	2,95	2,23	3,67
Total	40	40%	25%	35%	6,88	5,74	8,01	65%	30%	5%	2,40	1,90	2,90

Fonte – pesquisa de campo, 2012

\* IC – Intervalo de confiança, LI – Limite inferior, LS – Limite superior.

Tabela 3 – Número absoluto (n) e proporção (%) dos usuários do serviço público de saúde bucal de Vitorino, da faixa etária de 35 a 44 anos participantes da pesquisa de acordo com a ocupação, segundo o sexo.

	Indivíduos		Ocupação	Total	
	n	%		n	%
Sexo feminino	11	55	donas de casa	11	27,5
	3	15	agricultora	3	7,5
	2	10	auxiliar de serviço geral	2	5,0
	1	5	costureira	1	2,5
	1	5	diarista	1	2,5
	1	5	empresária	1	2,5
	1	5	repositora	1	2,5
Sexo masculino	7	35	agricultores	7	17,5
	6	30	motoristas	6	15,0
	1	5	auxiliar de fundição	1	2,5
	1	5	auxiliar de produção	1	2,5
	1	5	autônomo em reciclagem	1	2,5
	1	5	centrador de torno	1	2,5
	1	5	pedreiro	1	2,5
	1	5	vigilante	1	2,5
	1	5	servidor público	1	2,5
			40	100	

Fonte – pesquisa de campo, 2012.

Nascidos em Vitorino (50%) ou em municípios de pequeno porte (40%) da região sudoeste do Paraná ou oeste catarinense, não tiveram acesso à água fluoretada na infância, pois somente a partir de agosto de 1989 (SANEPAR, 2012) o benefício foi concedido à população do município. Com relação à saúde bucal dos pesquisados, do ponto de vista técnico ou “normativo”, a experiência de cárie, expressa pelo elevado índice CPOD (20,50), aponta para um quadro de iniquidade em saúde mesmo com uma melhora em relação ao ano

de 2001, quando o CPOD correspondia a 25,09. O contexto dos pesquisados na infância pode ter sido desencadeante do processo de deterioração da saúde bucal. Nas décadas de 1970 e 1980, o acesso ao tratamento odontológico era restrito, por existirem poucos profissionais atuando na região, além do fato de que a odontologia da época se caracterizava por ter o foco na doença e no tratamento curativo, chegando a ser mutiladora ao realizar muitas exodontias (extrações de dentes).

O quadro de iniquidade social em saúde, que de acordo com Whitehead e Dahlgren (2007, p.2) são “direta ou indiretamente geradas por fatores sociais, econômicos ou ambientais e estruturalmente influenciadas pelo estilo de vida”, fica caracterizado quando se analisam os dados referentes ao ataque da doença cárie dentária associados ao contexto de vida dos pesquisados. O índice CPOD médio, ou seja, a média de dentes cariados, perdidos e obturados, corresponde a 20,50, sendo 21,25 para o sexo feminino e de 19,75 para o sexo masculino, valor considerado elevado para esta faixa etária (tabela 5). Verificou-se a necessidade de tratamento (existência de menos um dente cariado ou com extração indicada), em 22 (55%) dos usuários entrevistados, sendo 10 (50%) do sexo feminino e 12 (60%) do sexo masculino. O componente O (dentes obturados), cuja média é de 10,45, indica que os pesquisados não estão desassistidos e que o atendimento odontológico não está restrito às extrações de dentes.

Observou-se que para os usuários do sexo masculino, o índice CPOD é inferior ao das usuárias, sendo que, ao analisar os componentes do índice, constatou-se que as pesquisadas tiveram um tratamento mais mutilador, com uma média de 9,90 dentes extraídos em comparação com a média de 6,95 dentes extraídos dos pesquisados. O componente O, que corresponde à média de dentes obturados, demonstrou que os usuários do sexo masculino tiveram 10,95 dentes obturados (ou restaurados) e as usuárias tiveram 9,90 dentes obturados. Em relação à média de dentes hígidos, observou-se que os pesquisados do sexo masculino tiveram uma média de 11,75 e as pesquisadas 9,20 dentes sem experiência de cárie. Ou seja, as usuárias do serviço público de saúde de Vitorino tiveram maior experiência de cárie, com maior média de dentes perdidos e menor média de dentes obturados, em relação aos usuários do sexo masculino.

A precariedade nas condições de saúde bucal retrata a distância entre a qualidade de vida desejada para os brasileiros e os avanços alcançados pelos SUS e, de acordo com Souza:

Nos últimos 20 anos, é inegável que a história da Saúde Bucal no SUS retrata uma trajetória marcada por inúmeros avanços. Todavia, ainda estamos longe de atingir um modelo de atenção que garanta a universalidade, como pressupõe o ideal do

SUS, ou seja, que assegure o acesso irrestrito de todos os cidadãos às ações de Saúde Bucal. Ressentimo-nos do desenvolvimento de estratégias que construam prioridades sem se afastar do princípio da equidade da atenção e da operacionalização de amplas medidas de caráter coletivo e individual que propiciem melhoria da qualidade de vida. No Brasil, milhões de brasileiros vivem em precárias condições de saúde bucal. A boca desdentada é a imagem típica da pobreza e da exclusão social (SOUZA, 2008, P.37).

A boca desdentada parece ser o destino de muitos dos usuários dos serviços de saúde de Vitorino a menos que algumas medidas sejam tomadas com o intuito de promover a saúde bucal deste grupo social. Condição encontrada com frequência maior para as mulheres do grupo, que sofreram maiores perdas e queixam-se com menos ênfase de sua situação de saúde bucal encontrada.

Além das diferenças de gênero, ao longo da vida e dos ciclos de vida das pessoas os determinantes sociais podem atuar de modo diferenciado. Peres e Peres (2008), ao avaliar o impacto de eventos precocemente experimentados na família sobre a saúde bucal, apresentam alguns trabalhos que demonstram uma forte influência de acontecimentos na infância e adolescência que implica na ocorrência de doenças na fase adulta. Doenças crônicas seriam decorrentes de um acúmulo de acontecimentos de risco ao longo da vida e que alguns destes efeitos podem ser transmitidos às gerações futuras.

#### 4.2 O ÍNDICE CPOD, A PERSPECTIVA NORMATIVA DO ODONTÓLOGO

A experiência da doença cárie na população constitui-se no principal parâmetro utilizado pelos odontólogos para avaliar a condição de saúde bucal. Os exames dos dentes dos usuários do serviço público de Vitorino da pesquisa são apresentados a seguir:

Tabela 4 – Número de pesquisados (n) e média de dentes cariados, obturados e perdidos e do índice CPOD dos usuários do serviço público de saúde bucal de Vitorino, da faixa etária de 35 a 44 anos, e a proporção dos componentes em relação ao CPOD total, de acordo com o sexo.

Sexo	n	Cariado		Obturado		Perdido		CPOD	
		média	%	média	%	média	%	média	IC** (95%) LI*    LS*
Feminino	20	1,45	6,82	9,90	46,59	9,90	46,59	<b>21,25</b>	20,19    22,11
Masculino	20	1,85	9,37	10,95	55,44	6,95	35,19	<b>19,75</b>	18,61    20,89
Total	40	1,65	8,05	10,43	50,88	8,42	41,07	<b>20,50</b>	19,76    21,24

Fonte – pesquisa de campo, 2012

\* IC – Intervalo de confiança, LI – Limite inferior, LS – Limite superior

Os gráficos 1 e 2 apresentam as distribuições de frequência de dentes hígidos por usuários do sexo feminino e do sexo masculino, demonstrando que para o sexo masculino, há um maior número de sujeitos(14) com 10 ou mais dentes hígidos em comparação às do sexo feminino, em que apenas seis tem 10 ou mais dentes hígidos, reforçando a desigualdade na experiência de cárie das usuárias. Em princípio, ao analisarmos o número de dentes hígidos, parece óbvio que sejam encontrados valores decrescentes à medida que o índice CPOD aumente, ou seja, que mais dentes tenham sofrido experiência de cárie. Entretanto, é importante salientar que alguns destes dentes hígidos poderão ser os poucos dentes que restarão para algumas destas pessoas e que algumas delas preferirão extraí-los para colocar uma prótese total, como a experiência clínica nesta localidade tem demonstrado. Quanto menor o número de dentes hígidos, maior a probabilidade de virem a fazer parte do universo de desdentados. Assim, se apenas seis das usuárias (sexo feminino) possuem 10 ou mais dentes hígidos, a observação clínica aponta para um maior risco de virem a perder mais dentes ao longo dos anos.

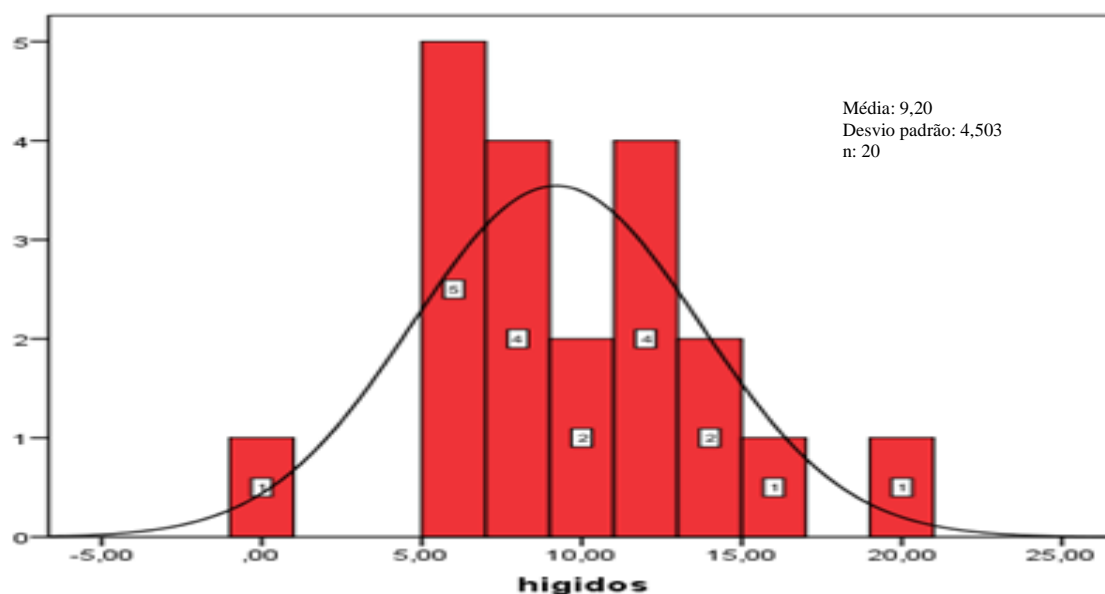


Gráfico 1 – Distribuição de frequência de dentes hígidos em usuárias do serviço público de saúde de Vitorino participantes da pesquisa, da faixa etária de 35 a 44anos, do sexo feminino.

Fonte – pesquisa de campo, 2012

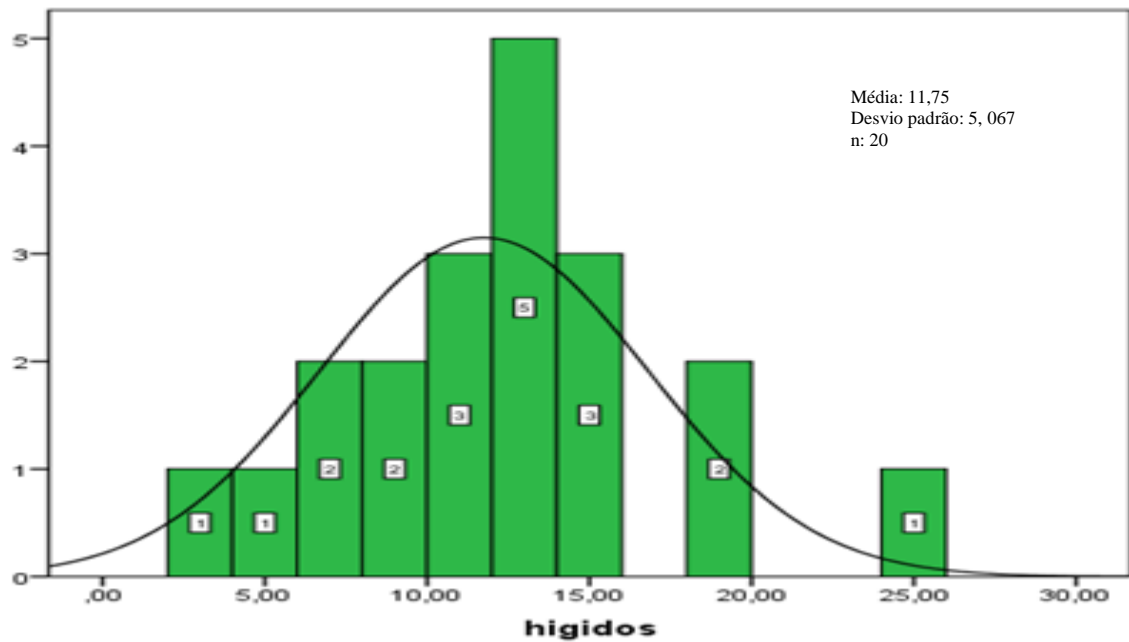


Gráfico 2 – Distribuição de frequência de dentes hígidos em usuários do serviço público de saúde de Vitorino, participantes da pesquisa, da faixa etária de 35 a 44anos, do sexo masculino.  
Fonte – pesquisa de campo, 2012.

Os gráficos 3 e 4 ilustram as diferenças no componente P, dentes perdidos, em que as pesquisadas sofreram maior perda de elementos dentários, sendo que 30% (6) delas tiveram mais de 15 dentes perdidos e apenas 10% dos pesquisados do sexo masculino tiveram perdas equivalentes. O valor médio de dentes perdidos demonstra que as perdas foram superiores para o sexo feminino e a distribuição de frequências apenas reforça as diferenças de gênero em relação à saúde bucal. O modelo curativista e a maior procura das mulheres pelos serviços de saúde contribuem para reforçar a diferença, com maiores perdas de elementos dentários em relação aos usuários do serviço público do sexo masculino. Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p.571) afirmam que dentre as explicações para a menor procura dos homens aos serviços de saúde, parte refere-se ao “modelo hegemônico de masculinidade” em que a procura para a prevenção representaria uma fraqueza, tornando-os vulneráveis. Outro fator seria a organização dos serviços de saúde, que dificultaria o acesso em virtude dos horários de atendimento, coincidentes com o horário de trabalho da maioria deles.

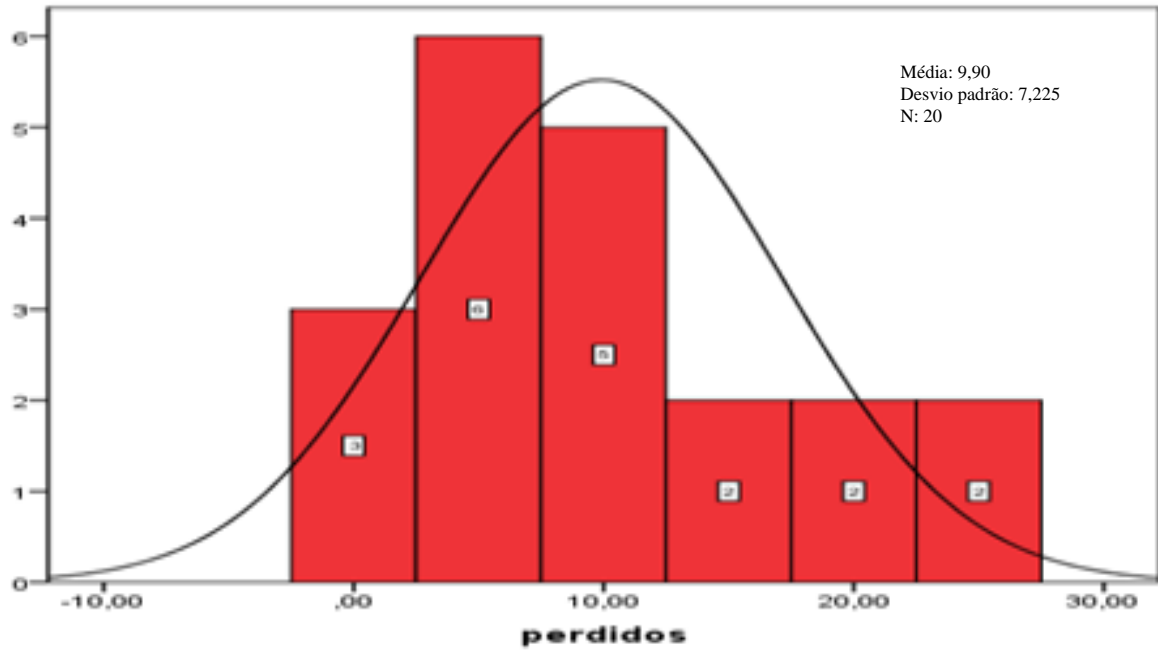


Gráfico 3 – Distribuição de frequência de dentes perdidos em usuárias do serviço público de Vitorino participantes da pesquisa, da faixa etária de 35 a 44 anos, do sexo feminino.

Fonte – pesquisa de campo, 2012.

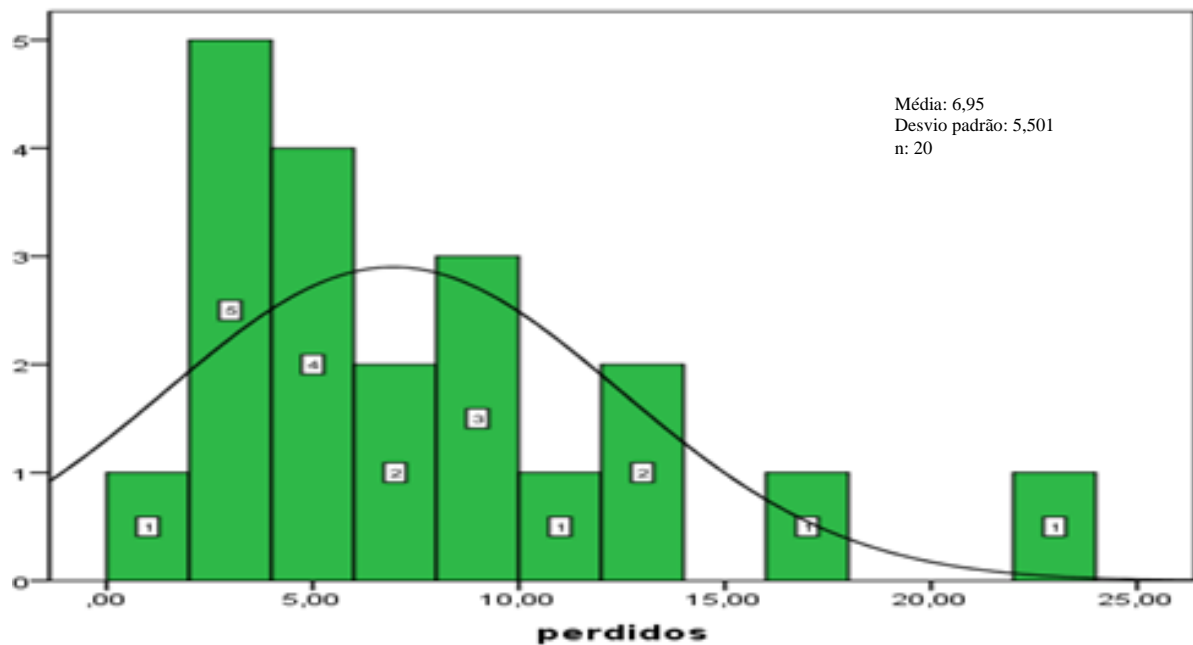


Gráfico 4 – Distribuição de frequência de dentes perdidos em usuários do serviço público de Vitorino participantes da pesquisa, da faixa etária de 35 a 44 anos, do sexo masculino.

Fonte – pesquisa de campo, 2012.

O gráfico 5 apresenta os componentes percentuais do índice CPOD dos pesquisados, e os números absolutos de cada um destes componentes. Assim, observou-se que 10% do total necessitavam tratamento odontológico, sendo 16 (2%) dentes com extração indicada e 66 (8%) dentes cariados. A necessidade de tratamento, ou seja, 82 dentes a serem tratados, não representa uma grande quantidade de trabalho ao odontólogo, mas podem significar uma necessidade de procedimentos com um maior grau de complexidade e de maior custo, nem sempre oferecidos nos serviços públicos de saúde. A dificuldade de acesso a serviços especializados seja por não existirem ou, seja por serem morosos, induz a um aumento no número de extrações indicadas. Os componentes dentes extraídos e dentes obturados correspondiam a 39% (321) e 51% (417) respectivamente, evidenciando o acesso que os pesquisados tiveram ao tratamento odontológico em algum período da vida, possivelmente à procura de resolução para o problema da dor. O percentual de dentes tratados e extraídos é característica da prática curativa. O modelo incremental, adotado até 1995 em Vitorino e em outros municípios do Paraná, segundo Oliveira et al, foi:

[...] estabelecido a partir do paradigma curativo-reparador, com clara dicotomia curativo-preventivo, o que provocou na melhor das hipóteses, um aumento no número de dentes restaurados mas sem nenhum impacto sobre os níveis de saúde bucal. (OLIVEIRA et al, 1999, p.9).

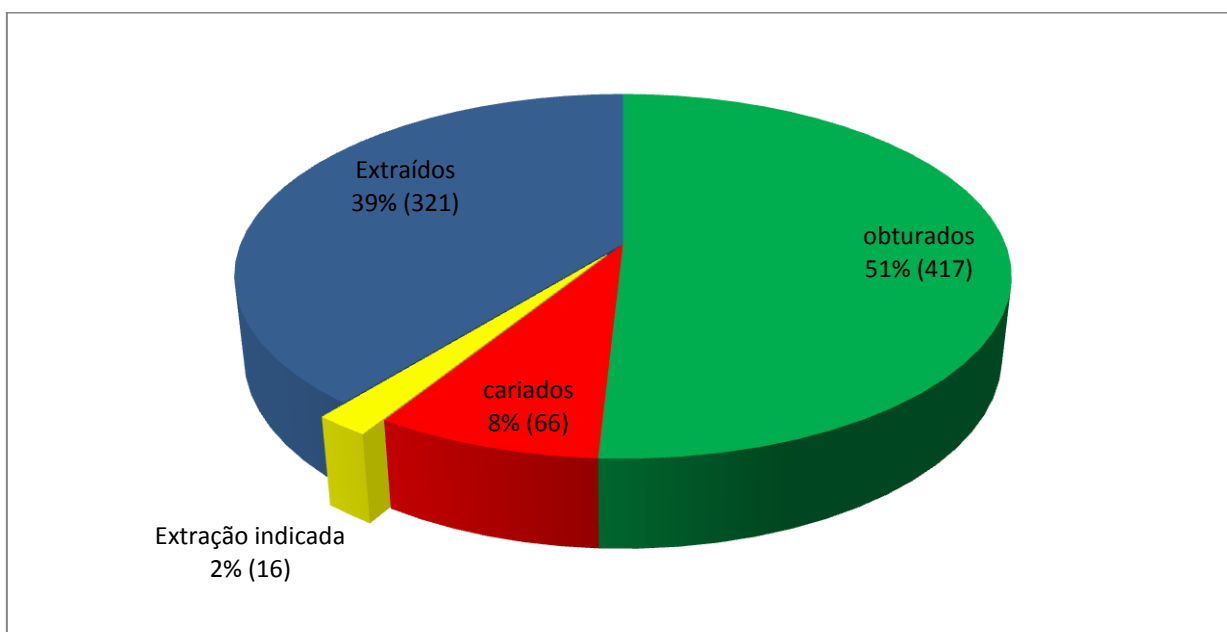


Gráfico 5 – Número absoluto e percentual de dentes cariados, perdidos e obturados dos usuários do serviço público de Vitorino participantes da pesquisa, da faixa etária de 35 a 44 anos.

Fonte – pesquisa de campo, 2012.



O modelo incremental excludente, que propiciava o acesso preferencialmente aos estudantes, manteve a hegemonia no Brasil por mais de 40 anos. O restante da população procurava os serviços odontológicos da rede privada ou, de outras entidades públicas e filantrópicas que dessem assistência. O nível de saúde bucal em que se encontram os usuários do sistema público de saúde de Vitorino se deve, em grande parte, pelas características deste modelo.

O gráfico 6 exibe o índice CPOD médio e a composição dos índices encontrados nos levantamentos realizados pelo SBBrasil 2003 (BRASIL, 2004) e SBBrasil 2010 (BRASIL, 2011) e da pesquisa realizada no município de Vitorino em 2012, com usuários adultos do serviço público de saúde. É possível observar que as médias encontradas nos usuários dos serviços públicos de Vitorino são ligeiramente superiores às encontradas no SBBrasil 2010 e, mais próximas daquelas observadas no levantamento realizado em 2003.

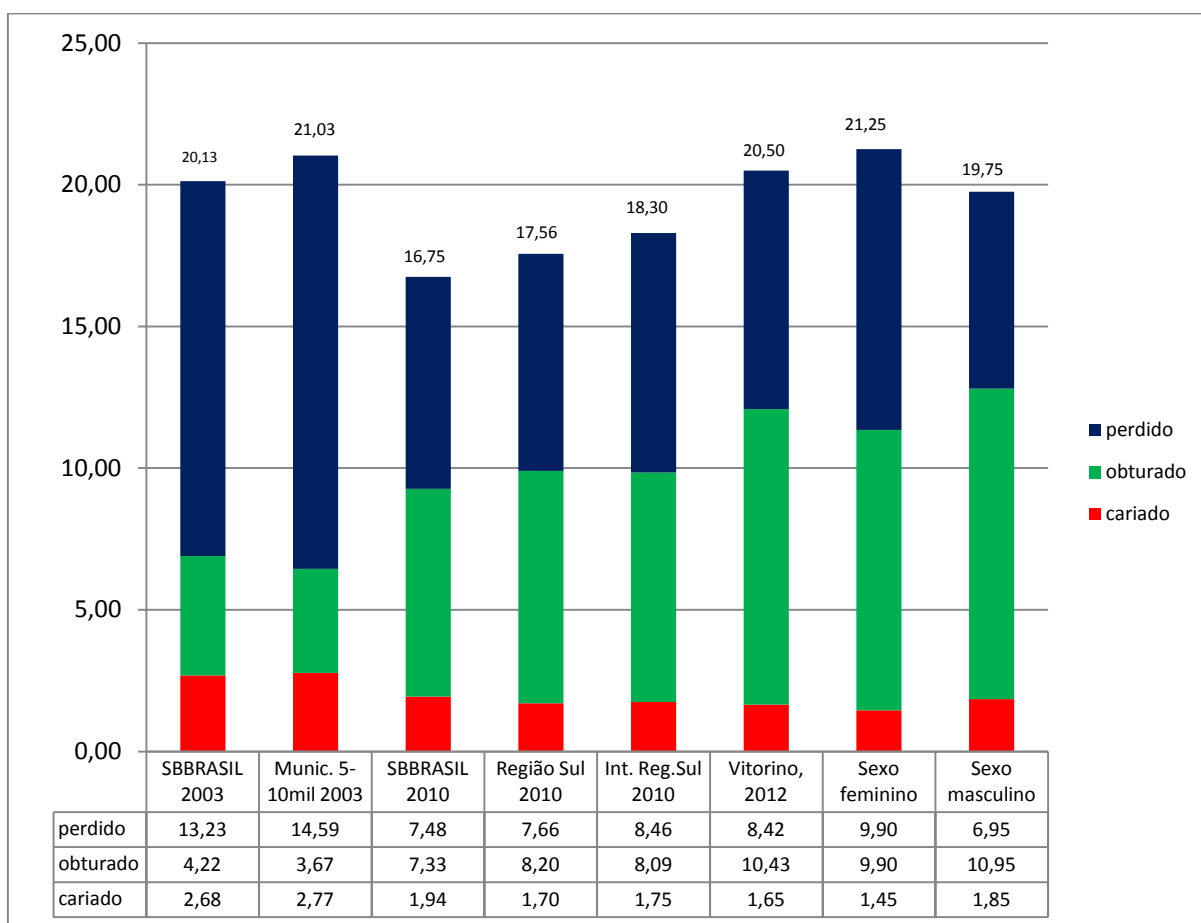


Gráfico 6 – Comparativo entre o índice CPOD médio dos pesquisados e de acordo com o sexo com as pesquisas SBBrasil 2003 e SBBRASIL 2010

Fonte - SBBrasil 2003 (BRASIL, 2004); SBBRASIL 2010 (BRASIL, 2011); pesquisa de campo, 2012.

O CPOD médio em 2003 para o Brasil correspondia a 20,13, e para a região Sul a 20,61 dentes, próximo à média de 20,50 encontrada em Vitorino. Diferenças entre os componentes perdidos e obturados podem ser observadas, enquanto no SBBrasil 2003 encontrou-se uma média de 13,23 dentes perdidos e 4,22 dentes obturados, em Vitorino foram 8,42 e 10,43 dentes respectivamente. Constatou-se que em 2003 mais dentes foram extraídos e um menor número de dentes restaurados. Os dados obtidos no levantamento epidemiológico de 2003 apontam para uma média ligeiramente superior para os municípios com população entre cinco e 10mil habitantes, faixa na qual se encontra o município de Vitorino, cuja população era de 6513 em 2010 (IBGE, 2012). O levantamento epidemiológico SBBrasil 2010 aponta para uma melhora na saúde bucal dos brasileiros em relação ao levantamento realizado em 2003. Constatou-se que nos municípios do interior da região Sul os índices foram mais elevados, com um CPOD médio de 18,30, acima da média de 16,75 encontrada para o Brasil.

As diferenças regionais podem ser observadas em relação à saúde bucal, tanto entre as regiões do país como entre municípios de diferentes portes populacionais, evidenciando a importância de se conhecer os fatores sociais, ambientais e culturais envolvidos no processo saúde-doença. Baldani (2008) ao avaliar a experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná, com relação à saúde bucal, constatou que a inclusão de equipes de saúde bucal dentro das ESF (Estratégia Saúde da Família) foi um passo importante para romper com o modelo tradicional curativo-reparador. Os municípios menores e mais pobres, que apresentaram uma intersecção em sua pesquisa, se beneficiaram com a Estratégia Saúde da Família por dependerem, basicamente, de recursos federais e por apresentarem limitada capacidade técnica para o planejamento e a organização de uma adequada estrutura de serviços. De acordo com Baldani (2008, p.158),

Localizado na Região Sul do Brasil, o Paraná é um dos estados de maior importância econômica do país. No entanto, apresenta os piores índices de pobreza e exclusão social desta região, além de intensas desigualdades socioeconômicas entre os municípios [...] Semelhante ao que ocorre em nível nacional, a grande maioria dos municípios do Paraná é de pequeno porte demográfico, onde vivem cerca de 40% de sua população total.

O município de Vitorino, de pequeno porte, com uma grande parte da população ocupada com atividade agropecuária e renda per capita menor que a média do Estado, apresenta características que predispõem às desigualdades. Desigualdades socioeconômicas

que se refletem na saúde, retratando um quadro de iniquidade em saúde. Os níveis elevados de prevalência da doença cárie, as muitas perdas de elementos dentários, representam uma condição de saúde bucal precária se comparada com outros países do mundo.

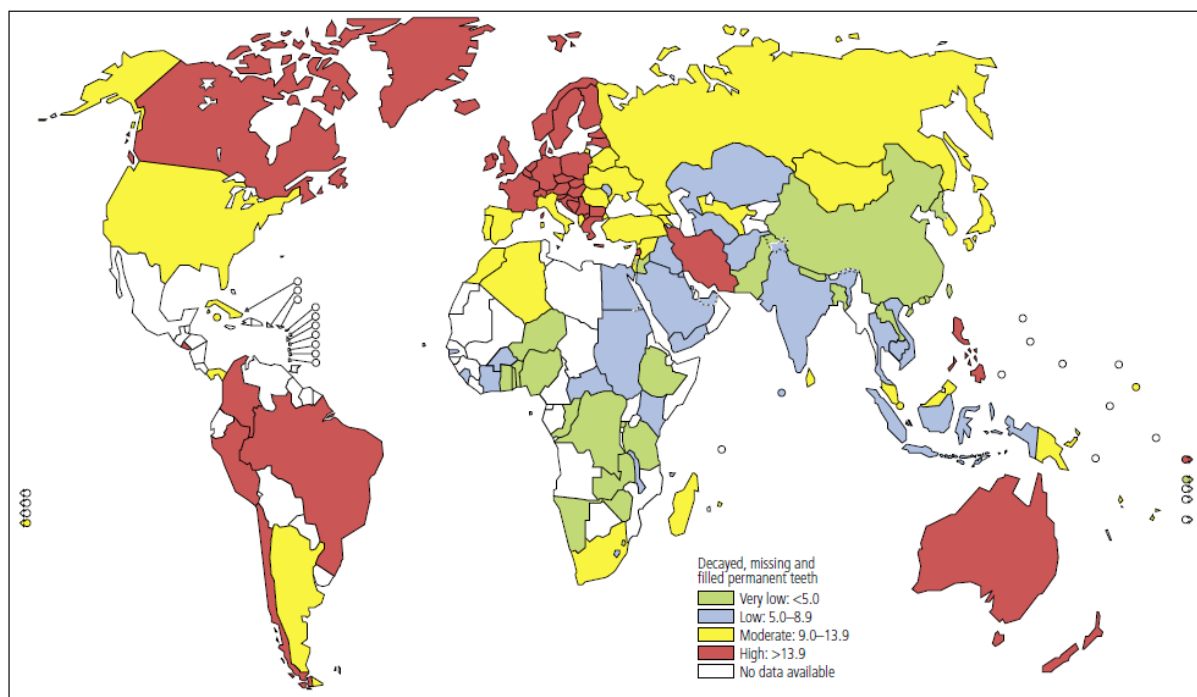


Figura 4 – Nível da doença cárie (Índice CPOD – dentes cariados, perdidos e obturados) da faixa etária de 35 a 44 anos no mundo<sup>5</sup>. Dezembro, 2004.

Fonte – PETERSEN *et al* ( 2005, p.664).

Na figura 4 podem ser observados os países em que a média de dentes afetados pela doença cárie dentária foi considerada elevada em 2004, entre eles encontra-se o Brasil. Conforme classificação da Organização Mundial da Saúde, um CPOD acima de 13,9 é considerado elevado para a faixa etária de 35 a 44 anos. De acordo com esta classificação, o Brasil em 2010, com CPOD equivalente a 16,75, continua entre os países com elevada prevalência da doença cárie dentária. Assim, os usuários do serviço público de saúde de Vitorino têm contribuído para que os valores continuem elevados para esta faixa etária. Os pesquisados apresentam um CPOD médio de 20,50, destes, apenas 10% tem um índice menor que 13,9. Encontrar 90% dos pesquisados com CPOD elevado causa preocupação em relação às condições de saúde bucal encontradas, e reforçam a característica da iniquidade em saúde. Os números retratam condições que merecem atenção em relação à saúde, mas não

<sup>5</sup> Segundo o autor, existe uma tendência de elevação na prevalência da doença cárie em alguns países em desenvolvimento, em que os índices encontram-se baixos, devido ao aumento no consumo de açúcar e à inadequada utilização de fluoretos. Na África a proporção de dentistas/habitantes correspondia a 1:150.000 enquanto nos países industrializados equivalia a 1:2.000 (PETERSEN *et al*, 2005, p.664).

pode ser desconsiderado o fato de tratar-se de pessoas. Uma ação conjunta entre sujeitos envolvidos, e não somente uma ação impositiva, é uma prática a ser incorporada e prevista dentro das normas das atuais políticas públicas. Portanto, dar voz àqueles que representam os números, necessita da utilização de estratégias e técnicas que confirmem confiabilidade. As opções na presente pesquisa foram pelos instrumentos DIDL (Impactos dentais na vida diária), proposto por Leão (1995) e as representações sociais, introduzido por Moscovici em 1961 (MOSCOVICI, 2010, p.9).

#### 4.3 O INSTRUMENTO DIDL E O GRAU DE SATISFAÇÃO DOS PESQUISADOS

O instrumento DIDL possibilitou o reconhecimento do grau de satisfação dos usuários do SUS examinados. As 36 respostas de cada um dos 40 questionários do DIDL aplicados foram analisadas pelo teste de confiabilidade alfa de Cronbach, cujo coeficiente foi de 0,909, resultando em alto grau de confiabilidade. Os resultados encontrados nos questionários com relação às cinco dimensões (aparência, dor, restrição alimentar, conforto, desempenho) da saúde bucal indicam como satisfatória para 17,5% dos pesquisados, relativamente satisfatória para 60% e insatisfatória para 22,5%, de acordo com a tabela 5.

Tabela 5 – Percentual de impactos subjetivos das cinco dimensões para os usuários do serviço público de saúde bucal entre os grupos de Satisfeitos, Relativamente satisfeitos e Insatisfeitos, da faixa etária de 35 a 44 anos, de acordo com o sexo (F, M) e para o total de usuários.

Dimensões	Satisfeitos (%)			Relativamente satisfeitos (%)			Insatisfeitos (%)		
	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Aparência	15	15	15,0	65	50	57,5	20	35	27,5
Dor	35	40	37,5	45	30	37,5	20	30	25,0
Conforto	15	15	15,0	70	60	65,0	15	25	20,0
Restrição alimentar	40	45	42,5	40	40	40,0	20	15	17,5
Desempenho	5	0	2,5	90	85	87,5	5	15	10,0
Pontuação total	20	15	17,5	60	60	60,0	20	25	22,5

Fonte – pesquisa de campo, 2012.

A tabela 5 apresenta também as diferenças no grau de satisfação nas cinco dimensões do instrumento DIDL de acordo com o gênero. Pode-se observar que nas dimensões aparência e dor, 35% e 30% dos usuários do sexo masculino encontram-se insatisfeitos, em relação aos 20% e 20%, respectivamente, do sexo feminino. Apesar de apresentar diferença percentual

não significativa do ponto de vista estatístico, as diferenças observadas ocorreram no âmbito de seus discursos. Os pesquisados do sexo masculino foram mais enfáticos e se mostraram mais descontentes ao relatarem experiências de dor e de perdas precoces de elementos dentários. As pesquisadas apresentam CPOD 21,25, menos dentes hígidos e mais dentes extraídos em relação aos pesquisados do sexo masculino, no entanto, aceitam com resignação esta condição. Com relação à dimensão desempenho, tanto os usuários do sexo masculino (85%) quanto do sexo feminino (90%), encontram-se relativamente satisfeitos.

O fato de 87,5% dos usuários pesquisados se encontrarem relativamente satisfeitos em relação à dimensão desempenho parece estar ligado ao modo como a condição é aceita. Ao avaliarem o desempenho de seus dentes, os pesquisados justificavam que, de modo geral, apesar das perdas e de dores sentidas, seus dentes não interferiam no convívio social, no trabalho, e desempenhavam de forma satisfatória a função de mastigação. As pessoas foram se “acostumando” a sentir dores e conseqüentemente perder seus dentes.

A perda de dentes como parte de um processo natural parece ser culturalmente aceita dentro deste grupo social, aliada a algumas crenças, como a de que para cada gravidez se perde um dente. Codato et al (2005, p.1079), em sua pesquisa sobre a percepção das mães sobre atenção odontológica concluíram que “existem mitos e restrições fortemente arraigados sobre atendimento odontológico clínico durante a gravidez, relacionados a preocupações com possibilidade de sequelas à saúde do bebê”. Alguns destes mitos, como o de que “os dentes ficam mais fracos” ou que não se podem realizar alguns procedimentos neste período, podem propiciar deterioração da saúde bucal.

Estas crenças de que os dentes ficam “mais fracos”, associadas a um modelo de atenção “dentista-centrado e uma clínica baseada na técnica cirúrgica-mutiladora e em procedimentos reparadores do dente” (SOUZA, 2005, p.3), induziram a uma aceitação de que as perdas dentárias fazem parte de um processo natural e, que com a idade as pessoas perdem “naturalmente seus dentes”. A institucionalização de uma boca “des-humanizada”, pelo modelo de atenção em saúde e pelas práticas profissionais, em que o ser humano e seus aspectos psicológicos, sociais, culturais, foram ignorados, contribuiu para uma “naturalização da perda dentária”. De acordo com Souza:

A violência da naturalização da perda dentária pode ser retratada na figura do banguela, símbolo da exclusão social dos muitos brasileiros que ao expor suas perdas dentárias estão, também, expondo suas perdas culturais, sociais, econômicas, afetivas, políticas, entre outras – que na verdade representam, como já anotei em outro lugar, as oportunidades perdidas de abocanhar a vida e o mundo! (SOUZA, 2005, p.3)

A aceitação da perda dos dentes para o grupo de usuários satisfeitos (S) e parte dos relativamente satisfeitos (RS) ocorre de modo indiferente, como um fato comum e natural para as pessoas do convívio social. Oportunidades de “abocanhar a vida e o mundo” podem de fato ser perdidas, ao imprimirem insegurança e vergonha ao enfrentarem o desafio de procurar pessoas pertencentes a diferentes grupos sociais, como pode ser observado no cotidiano dos serviços públicos de saúde através de suas queixas. Entretanto, para o grupo de insatisfeitos (I) e de parte dos relativamente satisfeitos (RS), a queixa de que na infância e na adolescência as práticas odontológicas, o conhecimento dos pais sobre saúde e as políticas públicas de saúde eram insatisfatórias se torna evidente em algumas falas:

*Quando era pequena estragou tudo de cima. Vivia com dor de dente direto. O pai mandava tirar. (S-15<sup>6</sup>, I, CPOD 25, prótese total superior),*

*A saúde dos dentes está mais ou menos. Quando a gente era criança não tinha tratamento e ia no dentista só quando doía. (S-22, Insatisfeito, CPOD 22)*

*A gente não tinha dentista, era pobre. Andava cinco quilômetros para ir na escola. Hoje tem tudo as mordomia [...] (S-13, Relativamente Satisfeito, CPOD 26, prótese total superior).*

*[...] antigamente os pais deixavam ‘jogado’, hoje os pais cuida. Hoje está mais fácil, se a pessoa tem vontade [...] na gravidez não deu para tratar, o dentista disse para esperar [...] (S-18, Relativamente Satisfeito, CPOD 21).*

A dimensão dor pode ser considerada fator determinante na opção pela extração de dentes. Conforme os entrevistados afirmam:

*[...] é melhor arrancar quando dói um dente, assim não incomoda mais [...] (S-14, Relativamente Satisfeito, CPOD 28, prótese total superior).*

---

<sup>6</sup> S -1 a S-20 corresponde às usuárias entrevistadas, sexo feminino; S-21 a S-40 corresponde aos usuários entrevistados, sexo masculino.

*[...] quando era criança morava no interior e quase não vinha pra cidade. Não tinha dentista que nem as crianças de hoje. Então a gente só vinha quando doía e tirava [...]* (S-25, Insatisfeito, CPOD 16).

Em saúde bucal, sofrer a perda de 10 ou mais elementos dentários representa, muitas vezes, ter sofrido dores e ter deficiências em algumas das funções da boca, como mastigação, fonação, estética. Dores e perdas não é, para a maioria das pessoas, uma escolha. A situação de saúde bucal encontrada, conforme relato dos próprios entrevistados, não foi uma opção, mas consequência das condições em que viviam. Reflexos de uma infância que denotam a importância em se conhecer o contexto de vida destas pessoas.

De acordo com Peres e Peres (2008, p. 195), o meio social tem destaque na produção de iniquidades em saúde, em um dos modelos explicativos, o da produção social. A gênese de doenças, de acordo com este modelo, poderia estar relacionada a determinantes econômicos e políticos, que estão aquém do controle dos indivíduos afetados. Conhecer as diferenças destes determinantes socioeconômicos dentro de um mesmo grupo, aparentemente homogêneo, poderia levar à compreensão do motivo que induz às diferenças no grau de satisfação destas pessoas em relação a sua saúde bucal, entendendo que tais determinantes podem estar relacionados à gênese de algumas doenças.

Assim, a tabela 6 apresenta alguns dados sociodemográficos e de queixas de dor dos usuários do serviço público de saúde de Vitorino, de acordo com o grau de satisfação em relação à saúde bucal. Pode-se observar que à medida que aumenta a insatisfação dos pesquisados ocorre um aumento da média de idade, de 36,83 para 41,78 anos, que analisado com o teste t (entre o grupo de satisfeitos e de insatisfeitos) demonstra a significância desta diferença, para o valor de  $p < 0,000$ . Ou seja, à medida que aumenta a idade dos pesquisados, aumenta o grau de insatisfação em relação à saúde bucal, sendo estatisticamente significativa a diferença.

A queixa de dor recente esteve presente nos relatos de sete dos nove indivíduos insatisfeitos; em nove dos 25 relativamente satisfeitos; e esteve ausente nas falas dos sujeitos satisfeitos. A diferença foi estatisticamente significativa para a queixa de dor entre os grupos de usuários (teste t, tabela 6), sendo que os mais insatisfeitos foram os que mais se queixaram de dor.

O conjunto de pesquisados insatisfeitos apresenta escolaridade média de 5,44 anos de estudo, renda familiar média de 1,67 salários mínimos, ambas variáveis inferiores aos dos

demais sujeitos. O índice CPOD e a necessidade de tratamento do grupo dos insatisfeitos foram superiores em relação aos demais grupos, sem denotar diferença significativa pela aplicação do teste t de Student.

Tabela 6 - Média de idade, escolaridade, renda familiar, índice CPOD, necessidade de tratamento e queixas de dor para os usuários da faixa etária de 35 a 44 anos em 2012, de acordo com o grau de satisfação calculado pelo instrumento DIDL.

Variáveis	Satisfeitos			Relativamente satisfeitos			Insatisfeitos			Total	Teste t** p	
	Média	IC* (95%)		Média	IC* (95%)		Média	IC* (95%)				Média
		LI*	LS*		LI*	LS*		LI*	LS*			
Idade	36,83	36,23	37,43	40,08	39,50	40,66	41,78	41,16	42,40	39,98	0,000	
Escolaridade (anos de estudo)	6,83	5,15	8,51	7,40	5,83	8,97	5,44	2,67	8,22	6,88	0,396	
Renda familiar (Salários mínimos)	2,33	1,30	3,37	2,68	1,92	3,44	1,67	1,12	2,21	2,40	0,149	
CPOD médio	17,17	11,97	22,37	20,96	18,94	22,98	21,44	19,13	23,75	20,50	0,056	
Necessidade de tratamento (dentes)	1,83	-2,88	6,55	1,64	0,50	2,78	2,78	0,83	4,73	1,93	0,610	
Queixa de dor (sim/indivíduos)	0	0	0	0,36	1,16	0,78	0,78	0,44	1,12	0,40	0,001	

Fonte: pesquisa de campo, 2012

\* IC – Intervalo de confiança, LI – Limite inferior, LS – Limite superior

\*\* Comparação de médias analisada pelo teste t de Student de amostras independentes, entre o grupo de usuários satisfeitos e insatisfeitos.

As diferenças sociodemográficas apresentadas entre os grupos de satisfeitos e insatisfeitos possibilitaram averiguar que apesar do grupo social como um todo apresentar características comuns que os levou a ter saúde bucal de quem vive em condição de iniquidade em saúde, o grupo de insatisfeitos tem motivos que os leva a serem mais incisivos nas queixas sobre a condição em que vivem. Os mais insatisfeitos apresentaram idade média de 41,78 anos, renda familiar média de 1,67 salários mínimos, escolaridade média de 5,44 anos de estudo, índice CPOD médio de 21,44, ou seja, foi o grupo com maior média de idade, menor renda familiar, menor grau de escolaridade, e, o maior CPOD entre os três grupos, além de apresentar o maior número de queixas de dor. O retrato da saúde bucal dos usuários pesquisados parece ser parcialmente explicado pelo modelo da produção social, sendo que algumas das características do meio, de fato, influenciam e determinam a condição de saúde. Características do contexto de vida dos pesquisados, como: a dificuldade de acesso a serviços de saúde, ora por ser distante da moradia, ora pelo custo elevado; escassos programas públicos de atenção odontológica e raros os de promoção de saúde; podem ter sido alguns destes determinantes. Assim, as evidências das condições de saúde apontam para deficiências no cuidado com a saúde, cuidado que necessita da interação da comunidade, dos profissionais



de saúde e de políticas públicas que objetivem promover saúde. Esse processo implica em corrigir falhas e em ouvir as pessoas. Procurar compreender o porquê da aceitação da “naturalização das perdas dentárias”, apesar do reconhecimento da importância de seus dentes em sua boca, e em sua saúde. Dar voz e procurar compreender a perspectiva do usuário será o próximo passo da presente pesquisa.

#### 4.4 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE BUCAL DOS USUÁRIOS ADULTOS DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE DE VITORINO

Os discursos dos pesquisados trouxeram um pouco da realidade à qual estão sujeitos. As formas de expressão e seus significados são importantes elementos que possibilitam, através da análise do conteúdo, extrair as representações sociais de saúde bucal para este grupo social, o dos usuários do serviço público pesquisados. Assim, ao serem questionados sobre a saúde bucal, os usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino definiram-na por adjetivos como boa ou ruim, diretamente associadas à experiência vivida pelos sujeitos em relação às dimensões dor, aparência, restrição alimentar. A queixa de dor se fez presente nos discursos de 27 pesquisados, 67,5% do total, tanto para experiência passada quanto presente, conforme os relatos:

*Dor de dente incomoda demais [...] (S-26, relativamente satisfeito, CPOD 16)*

*Quero cuidar[...] tem dente que dói [...] (S-8, insatisfeito, CPOD 23)*

*Quando era pequena estragou tudo de cima. Vivia com dor de dente direto [...] (S-15, insatisfeito, CPOD 25);*

*Preciso de tratamento de canal, já vim duas vezes por causa da dor [...] (S-21, insatisfeito, CPOD 20).*

O fato de não ter experimentado dores de dente também se fez presente nas falas:

*Não me queixo de nada. Bem saudável. Nunca senti dor de dente [...] (S-28, satisfeito, CPOD 17).*

*Com 16 anos perdi uns dentes, quando morava no Matogrosso, mas não doía. (S-32, relativamente satisfeito, CPOD 16).*

Em 62,5% (25 sujeitos) dos relatos, as palavras arrancar, tirar, extrair, apareceram em suas falas:

*[...] quando dói, a vontade é de arrancar os dentes. (S-27, relativamente satisfeito, CPOD 23).*

*Podia estar melhor. Arranquei os dentes e me arrependi [...] (S-34, insatisfeito, CPOD 21).*

*Quando era pequeno não tinha tratamento (odontológico) [...] era pouco e mais caro antigamente [...] tirei dente com 18 anos. (S-40, relativamente satisfeito, CPOD 25).*

As palavras tratamento, conserto, aparecerem em 32,5% das falas e, em 22,5%, a palavra dentista:

*[...] estou satisfeito com meus dentes, (porque) sempre fui no dentista. (S-37, relativamente satisfeito, CPOD 21).*

*Quando a gente era criança, não tinha tratamento e ia no dentista só quando doía. (S-22, insatisfeito, CPOD 22)*

*A gente não tinha dentista, era pobre. (S-13, relativamente satisfeito, CPOD 26).*

Saúde bucal, para os usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino na faixa etária de 35 a 44 anos, está fortemente associada à dimensão dor e às possíveis restrições que podem decorrer da falta de dentes. O processo de “classificar e dar nome a alguma coisa” (MOSCOVICI, 2010, p.61), conhecido como ancoragem das representações sociais, sintetiza o conjunto de características comuns do grupo social. Características como: o elevado CPOD para a faixa etária, com muitas perdas de elementos dentários, muitos dentes restaurados e a necessidade de tratamento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde na infância e adolescência e, principalmente, as experiências de dores de dente no cotidiano, formam o conjunto comum aos usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino. A doença cárie dentária esteve tão presente em suas histórias que contribuiu para a construção de uma representação social de saúde bucal cujo significado seria “não sentir dor”.

Saúde bucal para os usuários adultos do sistema público de saúde de Vitorino é representada por “não sentir dor”, construída ao longo de anos em que sofreram ou conheceram alguém que sofreu dores de dente. Dor, pelo processo de objetivação, que “une a ideia de não familiaridade com a de realidade”, representa “a verdadeira essência da realidade” (MOSCOVICI, 2010, p.71). Em outras palavras, a objetivação, torna concreto, domesticado, o que foi classificado e nomeado pela ancoragem. Dor de dente sistematicamente presente nas vidas deste grupo social leva a crer que “não sentir dor”, apenas, seria sinônimo de saúde bucal.

Herzlich (1973) em seu estudo de representações sociais de saúde e de doença, afirma que limitar saúde à ausência de doença, ou no caso, ausência do sintoma dor, leva em consideração apenas um mínimo necessário, porém insuficiente para boa condição de saúde. Nesse caso, a saúde não poderia ser considerada como algo positivo, mas apenas como não estar doente. Em saúde bucal, apenas “não sentir dor”, de fato restringe a condição à fase aguda e situações de agudização da doença, desconsiderando o fato de que a doença cárie deixa sequelas para sempre, desde restaurações (obturações) a próteses, e perdas de dentes. O dente, que não se regenera, recebe um tratamento restaurador que pode afetar várias funções da boca, a saúde do indivíduo, e não se manifestar em forma de dor. Herzlich (1973) afirma que ausência de doença ou dos sintomas da doença reduz a saúde a um mínimo insuficiente. Por isso, compreender a aceitação e resignação com todas as perdas de elementos dentários sofridas merece uma reflexão por parte dos profissionais de saúde sobre a representação social de saúde bucal do grupo.

A perda dos dentes parece ser culturalmente aceita pelos pesquisados, como se a doença cárie fatalmente fosse capaz de afetar a todos, considerando a forte influência dos “mitos e restrições” (CODATO et al, 2008, p.1079) ao tratamento odontológico. Faz parte do cotidiano da equipe de saúde frases como: “meus dentes são fracos, sempre tive cárie”, “meu filho tomou muito antibiótico, por isso estragou tudo (os dentes)”, “agora que tenho 18 anos, já posso tirar os dentes”, “eu prefiro tirar tudo e pôr chapa. Se vocês não tiram ‘os bons’ (os dentes), eu pago particular e eles tiram”. Aceitar a perda dos dentes não implica em afirmar que as pessoas pensem que os dentes não sejam importantes para elas, mas que talvez fiquem em um plano secundário frente aos seus outros problemas. E, que a opção pela extração dos dentes seja o caminho mais fácil e rápido para eliminar as dores. O fato de terem tido dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal durante a infância e adolescência foi considerado, pelo grupo, determinante para as condições de saúde bucal, com perdas significativas de dentes. Perdas que, para alguns, fez a diferença no cuidado de seus filhos, como pais preocupados com a saúde dos filhos e querendo evitar as experiências da infância:

*Eu digo aos filhos: cuide porque não é fácil (usar prótese total). (S-5, relativamente satisfeito, CPOD 22),*

E, para outros ainda continua a ser uma alternativa para cessar a dor. Há aqueles que preferem trocar seus dentes naturais por próteses totais, que não doem e são esteticamente aceitáveis:

*Se pudesse mudar por um dente novo [...] mas eles não arrancam para trocar [...] (S-12, relativamente satisfeito, CPOD 14),*

*[...] é melhor arrancar quando dói um dente, assim não incomoda mais. (S-14, relativamente satisfeito, CPOD 28).*

Há, também, aqueles que se arrependeram e se pudessem, desejaria ter seus dentes de volta:

*Podia ter os dentes de cima. Tirei com 13 anos. Precisava dar uma ajeitada [...] (S-15, insatisfeito, CPOD 25).*

*Se pudesse mudar [...] Arranquei dentes sem ter necessidade [...] (S-25, insatisfeito, CPOD 16).*

Perder dentes, para alguns, seria a opção para eliminar as dores; outros, não sabem a razão de tê-los perdido. Em comum, o grupo acumula elevado número de perdas sofridas principalmente durante a infância e adolescência, por dificuldade de acesso, por práticas iatrogênicas<sup>7</sup>, pelo modelo curativo-reparador da época. Confirmando a hipótese “a” da pesquisa: O usuário perde seus dentes por falta de atendimento e/ou dificuldade de acesso ao sistema público de saúde bucal, assim como pelos reflexos do modelo de atenção à saúde excludente e curativista. A hipótese “b”, o usuário perde seus dentes por não reconhecer a importância destes elementos para a manutenção de sua saúde, neste caso, é refutada e merece uma explicação. Aparentemente, a percepção de que os dentes não tem importância decorre do fato de que a doença cárie dentária, que é uma doença que pode ser evitada e tratada precocemente, antes do aparecimento das lesões cavidadas, atingiu de forma severa os pesquisados, e estes não souberam ou não tiveram oportunidade de prevenir a doença. O acesso à informação, de como prevenir doenças bucais, pode ter sido insuficiente na infância e adolescência dos pesquisados, época em que a odontologia tinha o foco na doença e no tratamento curativo.

O modelo de atenção à saúde no período correspondente à infância dos adultos da pesquisa era baseado na assistência e não no cuidado e na promoção da saúde. Modelo excludente que não contemplava o princípio da universalidade e dirigia a atenção apenas para alguns grupos sociais. Modelo curativo-reparador que refletia a conduta profissional de odontólogos formados para “curar” e remediar a doença. Práticas de cuidado e vigilância à saúde não eram preconizadas. O modelo de saúde que se dedica ao cuidado é um modelo voltado ao ser humano, que além da estrutura física equipada e adequada, tem profissionais que respeitam os princípios da integralidade e equidade, e compreendem as dimensões sociais, culturais. É importante o vínculo, a atenção humanizada, a participação social. Não seria justo delegar a culpa à vítima pelo fato dela adoecer. Desse modo, pode parecer que os usuários não considerem a importância dos seus dentes no seu dia a dia ao afirmarem que:

*[...] é melhor arrancar. (S-14),*

---

<sup>7</sup> Práticas iatrogênicas – práticas realizadas de maneira equivocada pelos odontólogos e que podem resultar em doenças ou agravos nas doenças.

*[...] achava melhor pôr prótese. (S-5).*

Entretanto, ao afirmarem que:

*Se pudesse mudar [...] (S-25),*

*Eu digo aos filhos [...] (S-5),*

torna-se evidente a falta de opção que tiveram na infância e adolescência. Talvez a dificuldade de acesso e/ou a falta de conhecimento sobre mecanismos de promoção de saúde tenham condenado o grupo social a esta condição, mas ao se propor uma alternativa de mudança, muitos afirmaram que teriam “feito diferente”, que teriam cuidado mais e, por isso procuram cuidar e manter a saúde de seus filhos.

Assim, saúde bucal, ou simplesmente saúde, é importante para o grupo, mas conforme relato de S-21, o árduo cotidiano, por vezes, impossibilita que se dê a atenção que sabe e deseja destinar à saúde:

*Quando lembro tomo cuidado. Tive câncer no intestino, devia cuidar mais da saúde, mas a gente chega em casa cansado, deita no sofá e esquece[...] (S-21, insatisfeito, CPOD 20).*

Viver bem é prioridade, mas saúde bucal, ou dentes, podem passar despercebidos por algum tempo:

*Dente, a gente só vê que precisa quando dói. (S-23, insatisfeito, CPOD 24);*

*Tenho dentadura desde os 14 anos, e agora eu cuido dos (dentes) de baixo. (S-5, relativamente satisfeito, CPOD 22);*

*Tirei dentes quando era mais novo e ficou torto... esperava doer para ir arrancar... depois eu cuidei com mais capricho... (S-33, satisfeito, CPOD 12).*

A percepção destes pais, quanto à necessidade de cuidar da saúde de seus filhos ou quanto à consciência da falta dos dentes perdidos por doença, parece estar relacionada à forma como a doença é assimilada pelos pesquisados. Segundo Herzlich (1973, p.119), a doença pode ser vista como uma ocupação, no sentido de que o indivíduo deve lutar contra a doença, devendo estar preparado física e psicologicamente para isso. Trata-se de uma situação em que o sujeito deve recorrer a um atendimento profissional e deve ter um cuidado especial consigo. A doença, neste caso, não é encarada como destrutiva, o indivíduo teme e não nega sua existência, mas sempre aceita. Ao se sentir obrigado a aceitar a doença, surge uma força que nasce da própria necessidade em aceitá-la e enfrentá-la, acreditando que nenhuma doença ou dor seja insuportável. A situação dos pesquisados é coerente com esta concepção de doença, que necessita de um profissional – odontólogo – para o atendimento, há necessidade de autocuidado, não é aparentemente letal, as dores podem ser intensas, mas cessam.

O caráter destrutivo das representações sociais da doença não se encontra completamente descartado, considerando que a doença cárie pode afetar determinados grupos sociais de modo direto. Pessoas que têm estampado em seu sorriso os efeitos deletérios da doença cárie, com lesões enegrecidas ou cavitações e/ou ausência de elementos dentários, podem sentir-se excluídas no mercado de trabalho e em diferentes grupos sociais. Ao destruir a autoestima e a possibilidade de inserção na sociedade, a doença cárie tem efeito destrutivo. Para o grupo social do estudo, dentro dos limites onde vive esta população, a dimensão destrutiva da doença cárie não se apresentou de modo tão evidente, que aceita a condição como “natural”.

Bedos *et al*, (2005) encontraram situação semelhante ao constatar que apesar de dores insuportáveis, os pesquisados preferiram evitar o tratamento, mesmo cientes da possibilidade de perder seus dentes. Em relação aos brasileiros, Sheiham (2005) encontrou 33% de adolescentes com dores de dente, sendo 9% com dores torturantes, o que vai de encontro aos relatos dos usuários adultos de Vitorino, que relataram terem tido experiência de dor na infância e na adolescência, que levaram a perda de muitos elementos dentários e protagonizam uma condição de iniquidade em saúde.

Iniquidade em saúde bucal, ou simplesmente saúde, é a condição em que se encontram os usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino. Condição socialmente determinada, que por ser sistemática, injusta e evitável, deve ser contemplada pelas políticas públicas de saúde, uma vez que a “promoção da equidade em saúde é fundamental ao

desenvolvimento sustentável e à melhoria da qualidade de vida e bem-estar para todos, o que, por sua vez, contribui para a paz e a segurança” (FIOCRUZ, 2012, p.44).

O desenvolvimento sustentável e a melhoria da qualidade de vida e bem-estar de um povo dependem de mudanças que façam com que os indivíduos sejam capazes de “obter maior controle sobre o meio, sobre seu destino político” (UTFPR, 2012). Esse processo em que se propõe a “transformação da realidade natural e social”, as pessoas devem ser capazes de ter controle sobre o meio e a si próprio, e praticar o exercício da cidadania. Assim, além do poder de optar por aquilo que considere melhor para si, a possibilidade de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, poderia induzir ao desenvolvimento com a participação destas pessoas.

O processo que leva à transformação da realidade de vida da comunidade necessita de indivíduos capazes de promover mudanças, que para isso devem estar aptos, ter recursos e condições para sua concretização. Vitorinenses ou quaisquer cidadãos que almejem o desenvolvimento e mudanças imbuídas de justiça, ética, respeito, necessitam de condições para isso. Segundo Amartya Sen (1993), mudanças sociais podem ocorrer em decorrência de atividades ou desempenho de funções. Capacitar pessoas, de acordo com Sen, seria reflexo da combinação destas efetivações ou conquistas, representando as liberdades pessoais de escolha entre os diversos modos de vida. As escolhas e a liberdade de poder escolher podem refletir o que a pessoa pode vir a ser ou vir a fazer. Evitar a mortalidade e morbidade precoce, “desenvolver o autorrespeito, tomar parte da vida da comunidade e apresentar-se ao público sem se envergonhar” (SEN, 1993, p.316), fazem parte destas efetivações. Assim, o desafio de promover a saúde, evitar que a autoestima seja diminuída pela vergonha de se encontrar desdentado, fazem do odontólogo e profissional de saúde corresponsável na capacitação de cidadãos com liberdade de escolha e de participar da construção de uma realidade mais justa e sustentável.

A sustentabilidade deve se refletir também nas atividades de promoção de saúde. A promoção de saúde a partir do conhecimento da realidade local, do respeito ao conhecimento do senso comum, dos meios de prevenção de doença, da manutenção da saúde, da participação daqueles que estão sujeitos a adoecer, deveria ser uma escolha consciente e ser efetivamente realizada pela população envolvida. A busca pela saúde do Vitorinense através da promoção de sua saúde deve também partir dela.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da presente pesquisa indicam que o modelo de atenção à saúde excludente e curativo-reparador foi determinante na condição da saúde bucal do grupo social composto por usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino. Saúde bucal mensurada tanto pelos instrumentos quantitativos do índice CPOD e do questionário DIDL quanto qualitativos das representações sociais de saúde bucal dos pesquisados. A condição de iniquidade em saúde, injusta e evitável, é retratada pela elevada experiência de cárie dentária e pelas queixas dos pesquisados. Iniquidade em saúde capaz de determinar limitações no potencial do desenvolvimento humano e social e de trazer consequências como limitações na capacidade de desenvolvimento de uma região, em especial em municípios de pequeno porte como o município de Vitorino.

A falta de opção foi decisiva na vida dos pesquisados e comprova a hipótese de que os usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino perderam seus dentes por falta e dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, reforçado pelo foco curativista do modelo de atenção. Fato que induziu a percepção dos pesquisados de que as perdas dentárias ocorrem de forma natural.

O modelo de gestão e de atenção adotados, que focam na doença e na quantificação de tratamentos e de procedimentos restauradores realizados agravam as condições de saúde bucal da população e continuam a produzir uma geração de desdentados. Aliado a este modelo excludente, a formação do profissional de saúde, do odontólogo, dos gestores, contribuem para a manutenção do modelo de atenção. O odontólogo, em geral, concebe saúde bucal do ponto de vista biologicista, como uma condição idealizada, com dentes hígidos, em alinhamento e estética aceitáveis, em boa oclusão e todas as estruturas de suporte e tecidos moles livres de doenças. Sob esta ótica funcionalista, espera de seu “paciente” a mesma expectativa ideal de saúde bucal. Os usuários adultos do serviço público de saúde de Vitorino, por sua vez, relataram estar satisfeitos com a saúde bucal em função da “não-dor”. O fato de terem perdido dentes e utilizarem próteses ou permanecerem sem dentes não interferiu no grau de satisfação de modo significativo.

As representações sociais de saúde bucal dos pesquisados estão muito relacionadas ao fato de terem sentido dor no presente ou passado próximo e definido por palavras como: *ruim*, *péssimo*, *podia estar melhor*; ou, *bom*, *nunca senti dor*, quando se sentiram satisfeitos. “Não sentir dor” representa saúde bucal para os usuários adultos do serviço público de saúde de

Vitorino. Saúde quando associada à ausência de doença não contempla o mínimo necessário à condição, servindo de alerta aos profissionais de saúde no sentido de promover a saúde da população ao compreender a percepção dos sujeitos envolvidos. A concepção de saúde bucal está diretamente relacionada à doença, concebida como “ocupação”, em que não é destrutiva, é temida pela dor causada, mas é sempre aceita e será tratada pelo especialista.

Saúde bucal, que não existe desconectada do ser humano, deveria ser um direito pelo qual não fosse necessário lutar para se obter, mas o direito social garantido a todos para o exercício da cidadania com dignidade, pela construção de uma realidade mais justa.

## REFERÊNCIAS

ACSELRAD, Henri, MELLO, Cecília C.A., BEZERRA, Gustavo N. **O que é justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

BALDANI, Márcia H. A experiência em cidades de médio e pequeno porte do Paraná. In: MOYSÉS, Simone; KRIGER, Léo, MOYSÉS, Samuel J. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.154-169.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BEDOS, Christophe. BRODEUR, Jean-Marc, LEVINE, Alissa, RICHARD, Lucie, BOUCHERON, Laurence, MEREUS, Witnisse. Perception of Dental Illness Among Persons Receiving Public Assistance in Montreal. **American Journal of Public Health**. v.95. n.8. Aug. 2005. p.1340-1344.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF. 1988. Cap.II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm) Acesso em: 19 set. 2012.

BRASIL. **SUS: Princípios e Conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2000. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 19 set. 2012.

BRASIL. **Projeto SB Brasil 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 6-16.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 92p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf). Acesso em: 19 set. 2012.

BRASIL. **Projeto SBBrasil 2010**. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Projeto Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 27p.

BRASIL. **Projeto SBBrasil 2010**: Nota para a imprensa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2010. Disponível em: [http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL--NotaParaImprensa-28dez2010%20\(2\).pdf](http://www.idisa.org.br/img/File/SAUDE%20BUCAL--NotaParaImprensa-28dez2010%20(2).pdf). Acesso em 15 mai. 2011.

BRASIL. **Projeto SBBrasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Resultados Principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto\\_sb2010\\_relatorio\\_final.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf) Acesso em 19 set. 2011.

CALNAN, Michael. **Health and illness: the lay perspective**. New York: Tavistock Publications, 1987.

CODATO, Lucimar A.B.; NAKAMA, Luiza; MELCHIOR, Regina. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.3, p.1075-1080, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/30.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

CRIVELLO JUNIOR, Oswaldo. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. 441p.

FARR, Robert M. Foreword. In: FLICK, Ulrich. **The Psychology of the Social**. United Kingdom: Cambridge University Press, 1998.

FARR, Robert M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. (org). **Textos em representações sociais**. 10. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 31-62.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. **Saúde no Brasil em 2030**: Diretrizes para a prospecção estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/ Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Disponível em: [http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude\\_Brasil\\_2030.pdf](http://www.fiocruz.br/editora/media/Saude_Brasil_2030.pdf). Acesso em 20 set. 2012.

FLICK, Ulrich. **The Psychology of the Social**. United Kingdom: Cambridge University Press, 1998.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 600p.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine F.; ARAÚJO, Fábio C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar.2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>. Acesso em 19 dez. 2012.

GROISMAN, Sonia; MEDEIROS, Urubatam. Cariologia e Clínica. In: KRIGER, Léo. **ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal**. 3ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

HANNIGAN, John. **Sociologia Ambiental**. 1ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2000.

HERZLICH, Claudine. **Health and Illness: A Social Psychological Analysis**. London and New York: Academic Press, 1973.

HORA, Henrique R.M.da; MONTEIRO, Gina T.R.; ARICA, Jose. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto e Produção**. Porto Alegre, v.11, n.2, p.85-103, jun. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Mapa do Paraná** com localização do município de Vitorino. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=412870>. Acesso em: 19 set. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do censo demográfico de 2010 do município de Vitorino, Paraná. Disponível em: (<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.) Acesso em 31 jul. 2012.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - IPARDES. Índice IPARDES de Desempenho Municipal: Comentários sobre o IPDM. Curitiba, 2010<sup>a</sup>

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - IPARDES. **Índice IPARDES de Desempenho Municipal: Metodologia**. Curitiba, 2010b.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - IPARDES. **Relação de municípios do sudoeste do Paraná**. Disponível em: [http://www.ipardes.gov.br/pdf/mapas/base\\_fisica/relacao\\_mun\\_micros\\_mesos\\_parana.pdf](http://www.ipardes.gov.br/pdf/mapas/base_fisica/relacao_mun_micros_mesos_parana.pdf). Acesso em 23 out. 2012.

LEÃO, Anna T.; SHEIHAM, Aubrey. Relation between Clinical Dental Status and Subjective Impacts on Daily Living. **Journal of Dental Research**. v.74, n. 7, p. 1408-1413, jul.1995.

LEÃO, Anna T.; SHEIHAM, Aubrey. The dental impact on daily living. In: SLADE, G.D. **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapell Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997. p.121-134.

LIMA, Jandir F.; EBERHARDT, Paulo H.C.; GENTILINI, Daiana C.; HECK, Augusto L. Mudanças estruturais da ocupação da mão-de- obra na economia regional do sudoeste paranaense no início do século XXI. *Revista Brasileira de Gestão Urbana*. Curitiba, v.1, n.2, p.137-150, jul./dez. 2009.

LISPECTOR, Clarice. **A paixão segundo G.H.** Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1964.

LOCKER, David. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: SLADE, Gary D. **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. p.11-24.

MINAYO, Maria Cecília. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH. (Orgs). **Textos em representações sociais**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 89-111.

MOYSÉS, Samuel J. **Dizeres da Boca em Curitiba**. Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) / Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2002.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005. 120p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**. Investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Angelo G.R.da C.; ARCIERI, Rogério M.; UNFER, Beatriz; COSTA, Iris do C.C.; MORAES, Elisabete; SALIBA, Nemre A. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: Tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. v.II, n.1, jan./mar. 1999. Disponível em: <ftp://164.41.147.200/emffluor/politicas/Modelos.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Oral health surveillance**. Disponível em: [http://www.who.int/oral\\_health/action/information/surveillance/en/](http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/). Acesso em 19 set. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Determinantes Sociais da Saúde. [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/). Acesso em 15 de maio de 2011a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Oral Health Surveys: Basic Methods**. Genebra, 1997. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH\\_st\\_Esurv.pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OH_st_Esurv.pdf). Acesso em 28 jul. 2011.

PERES, Marco A.; PERES, Karen G. O impacto de eventos precocemente experimentados na família sobre a saúde bucal. In: MOYSÉS, Simone; KRIGER, Léo, MOYSÉS, Samuel J.

**Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências.** São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.195-206.

PERONDI, Miguel A. **Diversificação dos meios de vida e mercantilização da agricultura familiar.** 2007. 237f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural). Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11009/000602634.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 set. 2012.

PETERSEN, Poul E.; BOURGEOIS, Denis; OGAWA, Hiroshi; ESTUPINAN-DAY, Saskia, NDIAYE, Charlotte. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization.* v.83, n.9, sept. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/661.pdf>. Acesso em: 20 set. 2012.

PORTO, Marcelo F.; ALIER, Joan M. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.503-512, 2007.

RAYNAUT, Claude. Meio ambiente e desenvolvimento: construindo um novo campo do saber a partir da perspectiva interdisciplinar. **Desenvolvimento e Meio Ambiente**, n. 10, p. 21-32, jul./dez. Curitiba: Editora UFPR, 2004.

SÁ, Celso P. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane (org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 2004. p.19-45.

RODRIGUES, Maisa P.; LIMA, Kenio C.; RONCALLI, Angelo G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.71 – 82, 2008.

SANEPAR (Companhia de Saneamento do Paraná). Análise da qualidade da água em Vitorino. Disponível em: <http://www.sanepar.com.br/sanepar/usav/resultados.nsf/Analises?OpenAgent&Cod=288>. Acesso em: 27 de ago. 2012a.

SANEPAR (Companhia de Saneamento do Paraná). Fluoretação da água de abastecimento no município de Vitorino, Paraná. Comunicação pessoal com o técnico João Carlos Martinello em agosto de 2012b.

SAVIANI, Demerval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação.** Campinas, v.12, n.34, p.152-165, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v12n34/a12v1234.pdf>. Acesso em: 19 set. 2012.

SCHWARTZMAN, Simon. **As causas da pobreza**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2004.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 set. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SECCHI, Kenny; CAMARGO, Brígido V.; BERTOLDO, Raquel B. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v.25, n.2, p.229 – 236, 2009.

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). Comunicação pessoal com o atual Coordenador de Saúde Bucal e na gestão 1996/2000, Prof. Léo Kriger, em 20 jul. 2011.

SEN, Amartya. O desenvolvimento como expansão de capacidades. **Lua Nova**, São Paulo, n. 28-29, p. 313-334, abr. 1993. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451993000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451993000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 dez. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64451993000100016>.

SHEIHAM, Aubrey. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of World Health Organization**. v. 83. n. 9. set. 2005. Disponível em: [www.who.int/bulletin/volumes/83/9/644.pdf](http://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/644.pdf). Acesso em: 30 out. 2012.

SOLAR, Orielle; IRWIN, Alec. **Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde**. Rio de Janeiro: Comissão de Determinantes Sociais da Saúde, 2005. Disponível em: [http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2\\_CSDH\\_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf](http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf). Acesso em 28 jul. 2012.

SOUZA, Djalmo S. A participação da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: a experiência do Rio Grande do Sul. In: MOYSÉS, Simone; KRIGER, Léo, MOYSÉS, Samuel J. **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p.21-38.

TEIXEIRA, Edival S.; ALGERI, Fernanda L. Representações de meio ambiente e educação ambiental: um estudo com docentes de casas familiares rurais. **Práxis Educativa**. Ponta Grossa, v.6, n.2, p.193-205, jul.-dez. 2011. Disponível em: <http://www.periodicos.uepg.br> Acesso em: 19 set. 2012.



TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2005, v.39, n.3, p. 507-514. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em 28 jul. 2012.

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ. **Objetivos do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional**. Disponível em: <http://www.utfpr.edu.br/patobranco/estrutura-universitaria/diretorias/dirppg/pos-graduacao/mestrados/ppgdr2/conheca-o-ppgdr/objetivos-1>. Acesso em: 18 dez. 2012.

VIANA, Solon M.; NUNES, André; SANTOS, James R.S.; BARATA, Rita B. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001. Disponível em: <http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude2/SaudePublica/Acervo/MedDesigSa%C3%BA dBR.pdf>. Acesso em 19 set. 2012.

VISTA AÉREA do município de Vitorino, Paraná. Disponível em: <http://www.ferias.tur.br/fotos/6832/vitorino-pr.html>. Acesso em: 19 set. 2012.

WHITEHEAD, Margaret; DAHLGREN, Göran. Determinantes sociais da saúde (figura). Tradução da CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2012a. Disponível em: [http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada\\_home.htm](http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm). Acesso em: 19 set. 2012.

WHITEHEAD, Margaret; DAHLGREN, Göran. **Concepts and principles for tackling social inequities in health**: leveling up part 1. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2007.

WOOLCOCK, Michael. Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy. **Theory and Society**. v.7. n.2. Springer, 1998. p.151-208.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa, intitulada “Representação Social de Saúde Bucal em usuários adultos do Sistema Único de Saúde do município de Vitorino, Pr.”, e gostaríamos que participasse da mesma. O objetivo desta pesquisa é identificar as representações sociais de saúde bucal em usuários adultos do Sistema Único de Saúde.

Caso aceite participar deste projeto de pesquisa gostaríamos que soubesse que:

A) Será aplicado um questionário (DIDL – Dental Impact on Dental Living) sobre a saúde bucal do usuário;

B) Realizado um exame bucal simplificado, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997);

C) Entrevista com o adulto usuário. Fica assegurada ao participante a **não identificação do mesmo**.

A Representação Social de Saúde Bucal é o que você entende por saúde bucal, da forma como você a compreende, com suas próprias palavras. Não se trata de um conceito formado, muito menos de uma avaliação de seu conhecimento. É muito importante ouvir o que você sente e entende por saúde bucal para podermos, com sua participação e contribuição, promover melhoras na saúde bucal dos usuários do sistema público de saúde de Vitorino. O exame bucal será o mesmo que você realizará para o atendimento odontológico ao qual veio agendar e ficará arquivado em sua ficha clínica de atendimento no posto de saúde. A entrevista será realizada juntamente com a aplicação do questionário e você poderá dizer com suas palavras como é sua saúde bucal hoje e como foi no passado. O questionário é de múltipla escolha, sendo as respostas relacionadas à sua satisfação com a saúde de sua boca, ou seja, se está satisfeito ou não com a aparência, dor, conforto, mastigação-alimentação e desempenho de seus dentes.

Não há riscos na identificação da Representação Social de Saúde Bucal. O exame clínico bucal para identificação do índice CPO-D é um procedimento “não invasivo”, ou seja, é apenas observado o estado de saúde de seus dentes com um espelho e sonda de uso odontológico, devidamente esterilizados. O exame bucal fará parte do seu tratamento a que veio agendar e ficará anotado na ficha clínica para o tratamento odontológico.

Os benefícios serão voltados a todos os usuários do sistema público de saúde de Vitorino, não haverá um benefício direto individual no momento além do tratamento

odontológico que agendou, mas será por meio de sua participação que poderão ser identificados os problemas e promovidas melhoras nos programas de atendimento odontológico.

É importante lembrar que não haverá custos, nem despesas de nenhuma natureza para sua participação na pesquisa. Da mesma forma, não haverá pagamento de honorários.

Eu, \_\_\_\_\_ portador do RG \_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa intitulada **Representação Social de Saúde Bucal em usuários adultos do Sistema Único de Saúde do município de Vitorino, Pr.**

Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a referida pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento. Declaro ainda estar ciente de que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Certos de poder contar com sua autorização, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos através do telefone (46) 3227-1326 ou (46) 9124-6024, falar com Raquel T.T. Yamada.

---

Raquel T.T.Yamada

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional

UTFPR – câmpus Pato Branco

Confirmo minha participação na data de: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

Assinatura

APÊNDICE B - ENTREVISTA

Nome:.....

Data de nascimento: .....

Local de nascimento:.....

Profissão:.....

Renda (SM).....

Escolaridade (anos de estudo): .....

Endereço: (ficha clínica, arquivada no NIS Vitorino)

Telefone:.....

A família recebe tratamento odontológico no NIS Vitorino:.....

Há quanto tempo faz tratamento odontológico no NIS Vitorino:.....

Realiza ou já realizou tratamento odontológico na rede privada:.....

Realiza ou realizou tratamento especializado no CEO (Centro de Especialidades

Odontológicas): ( ) Não ( ) Sim.

Qual.....

Cuidados com saúde.....

.....

.....

Doenças sistêmicas.....

Participa de programas de atenção à saúde .....

Usa medicamento controlado.....

Usa medicamento de uso contínuo.....

Informações complementares.....

.....

.....

.....

Sobre Saúde Bucal.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## **ANEXOS**

## ANEXO A - ROTEIRO DIDL

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 1. Você está satisfeito com seus dentes como um todo, nos últimos 3 meses?  | <input type="checkbox"/> muito satisfeito<br><input type="checkbox"/> satisfeito<br><input type="checkbox"/> mais ou menos | <input type="checkbox"/> insatisfeito<br><input type="checkbox"/> muito insatisfeito |
| 2. Você se preocupou com qual-quer problema dentário nos últimos 3 meses?   | <input type="checkbox"/> sempre<br><input type="checkbox"/> frequentemente<br><input type="checkbox"/> algumas vezes       | <input type="checkbox"/> raramente<br><input type="checkbox"/> nunca                 |
| 3. Você tem estado satisfeito com a aparência de seus dentes nos últimos 3 meses?   | <input type="checkbox"/> muito satisfeito<br><input type="checkbox"/> satisfeito<br><input type="checkbox"/> mais ou menos | <input type="checkbox"/> insatisfeito<br><input type="checkbox"/> muito insatisfeito |
| 4. Você tem estado satisfeito com a cor de seus dentes nos últimos 3 meses?   | <input type="checkbox"/> muito satisfeito<br><input type="checkbox"/> satisfeito<br><input type="checkbox"/> mais ou menos | <input type="checkbox"/> insatisfeito<br><input type="checkbox"/> muito insatisfeito |
| 5. Você tem estado satisfeito com a posição dos seus dentes nos últimos 3 meses?  | <input type="checkbox"/> muito satisfeito<br><input type="checkbox"/> satisfeito<br><input type="checkbox"/> mais ou menos | <input type="checkbox"/> insatisfeito<br><input type="checkbox"/> muito insatisfeito |
| 6. Algumas pessoas quando não estão satisfeitas com seus dentes, evitam sorrir para não mostrá-los. Você tentou evitar sorrir para não mostrar seus dentes nos últimos 3 meses? | <input type="checkbox"/> sempre evita<br><input type="checkbox"/> frequentemente<br><input type="checkbox"/> algumas vezes | <input type="checkbox"/> raramente<br><input type="checkbox"/> nunca evita           |
| 7. Você tem ficado satisfeito em mostrar seus dentes quando sorrir nos últimos 3 meses?   | <input type="checkbox"/> muito satisfeito<br><input type="checkbox"/> satisfeito<br><input type="checkbox"/> mais ou menos | <input type="checkbox"/> insatisfeito<br><input type="checkbox"/> muito insatisfeito |
| 8. Algumas vezes, quando as pessoas comem, elas ficam com a comida grudada nos dentes. Você teve esse problema nos últimos 3 meses?   | <input type="checkbox"/> sempre<br><input type="checkbox"/> frequentemente<br><input type="checkbox"/> algumas vezes       | <input type="checkbox"/> raramente<br><input type="checkbox"/> nunca                 |
| 9. Algumas vezes as pessoas tem mau-hálito. Você teve esse problema causado por algum problema na boca nos últimos 3 meses?   | <input type="checkbox"/> sempre<br><input type="checkbox"/> frequentemente<br><input type="checkbox"/> algumas vezes       | <input type="checkbox"/> raramente<br><input type="checkbox"/> nunca                 |
| 10. Você já teve que mudar sua alimentação (por um período maior de 3 meses) por problemas com os dentes?   | <input type="checkbox"/> sim<br><input type="checkbox"/> não   |  |
| 11. Você já teve que mudar o modo de preparar sua alimentação (por um período maior de 3 meses) por problema com os dentes?   | <input type="checkbox"/> sim<br><input type="checkbox"/> não   |  |

12. Como tem sido a sua capacidade de mastigar sua comida, sem ter nenhuma dificuldade causada pelo dentes nos últimos 3 meses? (restrição alimentar)
- muito boa                       mal  
 boa                                 muito mal  
 mais ou menos
13. Você está satisfeito com sua mastigação?
- muito satisfeito                       insatisfeito  
 satisfeito                                 muito insatisfeito  
 mais ou menos
14. Como você tem sido capaz de morder sua comida, sem ter qualquer dificuldade causada por seus dentes nos últimos 3 meses?
- muito boa                       mal  
 boa                                         muito mal  
 mais ou menos
15. Você está satisfeito com sua mordida?
- muito satisfeito                       insatisfeito  
 satisfeito                                 muito insatisfeito  
 mais ou menos
16. Você teve alguma perda de dente nos últimos 3 meses?
- sim  
 não
17. Você teve alguma dor espontânea( sem nenhuma causa específica) nos últimos 3 meses?
- sim  
 não
18. Você sentiu alguma dor de dente na hora de comer ou beber algo quente/ frio nos últimos 3 meses?
- sim  
 não
19. Você teve que mudar sua alimentação desde que sua dor começou?
- sempre                                       raramente  
 frequentemente                       nunca  
 algumas vezes
20. Você teve alguma dor na articulação do maxilar nos últimos 3 meses?
- todo dia                                       apenas em alguns  
 1 vez por semana                      movimentos  
 menos que 1 vez                       nunca  
por semana
21. Quanto a aparência dos seus dentes afetou sua capacidade de trabalho durante os 3 últimos meses? (desempenho)
- ajudou muito                               incomodou  
 ajudou                                         incomodou muito  
 foi indiferente
22. Se você teve alguma dor de dente ou alguma dor nas articulações, o quanto esta dor afetou sua capacidade de trabalho?
- extremamente                               pouco  
 muito                                         nada  
 moderadamente
23. O quanto a função dos seus dentes (comer, conversar) afeta sua capacidade de trabalhar durante os 3 últimos meses?
- ajudou muito                               incomodou  
 ajudou                                         incomodou muito  
 foi indiferente



24. O quanto a aparência dos seus dentes afetou seu contato com outras pessoas (por exemplo: sair com os amigos) durante os últimos 3 meses?
- ajudou muito                       incomodou  
 ajudou                                       incomodou muito  
 foi indiferente
25. Se você teve dor de dente ou alguma dor na articulação do maxilar, o quanto esta dor afetou seu contato com outras pessoas (por exemplo: sair com os amigos) durante os 3 últimos meses?
- extremamente                       pouco  
 muito                                       nada  
 moderadamente
26. O quanto a função dos seus dentes (como comer, falar), afetou seu contato como as pessoas (por exemplo: sair com os amigos) nos últimos 3 meses?
- ajudou muito                       incomodou  
 ajudou                                       incomodou muito  
 foi indiferente
27. O quanto a aparência dos seus dentes afetou sua vida sentimental nos 3 meses?
- ajudou muito                       incomodou  
 ajudou                                       incomodou muito  
 foi indiferente
28. Se você teve dor de dente ou qualquer dor nas articulações, o quanto esta dor afetou sua vida sentimental nos 3 últimos meses?
- extremamente                       pouco  
 muito                                       nenhuma  
 moderadamente
29. O quanto a função dos seus dentes (como: comer, falar) afetou sua vida sentimental nos últimos 3 meses?
- ajudou muito                       incomodou  
 ajudou                                       incomodou muito  
 foi indiferente
30. Se você teve alguma dor de dente ou qualquer dor nas articulações do maxilar nos últimos 3 meses, o quanto esta dor afetou seu sono?
- extremamente                       pouco  
 muito                                       nenhuma  
 moderadamente
31. Se você teve alguma dor de dente ou qualquer dor nas articulações nos últimos 3 meses, o quanto de estresse esta dor causou em você?
- extremamente                       pouco  
 muito                                       nenhuma  
 moderadamente
32. Seus dentes lhe ajudaram a se sentir confiante nos últimos 3 meses?
- ajudou muito                       perturbou/ afetou  
 ajudou                                       perturbou/ afetou  
 foi indiferente                      muito
33. Seus dentes lhe causaram algum embaraço nos últimos 3 meses?
- extremamente                       pouco  
 muito                                       nenhuma  
 moderadamente

34. Você tem estado satisfeito com suas gengivas nos últimos 3 meses?

muito satisfeito  
 satisfeito  
 mais ou menos

insatisfeito  
 muito insatisfeito

35. Suas gengivas sangraram nos últimos 3 meses?

sim  
 não

36. Você sentiu alguma sensibilidade ao comer ou beber alguma coisa fria ou ácida nos últimos 3 meses?

sim  
 não

ANEXO B - ESCALA PARA O DESEMPENHO DIÁRIO PARA O IMPACTO DENTAL

APARÊNCIA DOS DENTES	NÃO SENTIR DOR DE DENTE	CONFORTO	NENHUMA RESTRIÇÃO ALIMENTAR	DESEMPENHO
10	10	10	10	10
9	9	9	9	9
8	8	8	8	8
7	7	7	7	7
6	6	6	6	6
5	5	5	5	5
4	4	4	4	4
3	3	3	3	3
2	2	2	2	2
1	1	1	1	1
0	0	0	0	0