

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NO CUIDADO DA
SAÚDE BUCAL**

TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS

2011

CLÁUDIA NOLA BORGES

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NO CUIDADO DA
SAÚDE BUCAL**

TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLÁUDIA NOLA BORGES

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NO CUIDADO DA
SAÚDE BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Mara Vasconcelos

TEÓFILO OTONI/MINAS GERAIS

2011

CLÁUDIA NOLA BORGES

**ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NO CUIDADO DA
SAÚDE BUCAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Mara Vasconcelos

Banca Examinadora

Prof. Dra. Mara Vasconcelos - Orientadora

Prof. Andréia Maria Duarte Vargas - Examinadora

Aprovada em Belo Horizonte, 02 de julho de 2011.

Agradeço à Professora orientadora Dra. Mara Vasconcelos, pela competência com que me fez
conduzir este trabalho.

À tutora Sibeles Guimarões de Barros, pelo carinho e conhecimento transmitido.

À comunidade de Concórdia, por ser fonte de inspiração deste estudo.

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado, mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado”

ALBERT EINSTEIN

Resumo

Este trabalho investiga a relação entre as condições de saúde bucal e os determinantes sociais de saúde. O objetivo foi buscar uma relação entre a cárie dentária e os seus determinantes mais gerais, a fim de conhecer os fatores preditivos da doença e implantar medidas de promoção em saúde bucal. Realizou-se uma revisão narrativa com artigos publicados no período de 1990 a 2010. Os resultados mostraram que a polarização da cárie ocorreu nos grupos de maior privação socioeconômica. Há uma correlação negativa entre o alto índice de cárie com a renda, educação, índice de desenvolvimento humano, local de moradia (zona rural), estudar em escolas públicas. Esses dados demonstraram a necessidade de ações sobre os determinantes sociais de saúde para o controle da cárie dentária nas regiões mais carentes.

Palavras-chave: determinantes de saúde, saúde bucal, cárie dentária.

Abstract

This paper investigates the relationship between oral health conditions and social determinants of health. We aimed to find a relationship between dental caries and their determinants more generally, to ascertain the predictors of the disease and implement measures to promote oral health. We conducted a narrative review of articles published between 1990 to 2010. The results showed that the polarization of caries occurred in groups with higher socioeconomic deprivation. There is a negative correlation between the high prevalence with income, education, human development index, place of residence (rural), study in public schools. These data demonstrated the need for action on social determinants of health for the control of dental caries in the neediest regions.

Key words: determinants of health, oral health, dental caries.

SUMÁRIO

| | |
|--------------------------------------------------|----|
| 1 Introdução..... | 09 |
| 1.1 O Contexto..... | 09 |
| 1.2 Justificativa..... | 10 |
| 1.3 Objetivos..... | 11 |
| 1.3.1 Objetivo Geral | 11 |
| 1.3.2 Objetivos Específicos | 11 |
| 1.4 Metodologia | 11 |
| 2 Desenvolvimento | 13 |
| 2.1 Estratificação socioeconômica..... | 15 |
| 2.1.1IDH | 15 |
| 2.1.2 Renda | 15 |
| 2.1.3Educação | 16 |
| 2.2 Condições de vida, ambiente e trabalho | 18 |
| 2.2.1 Acesso a serviços de saúde | 18 |
| 2.2.2 Território..... | 19 |
| 2.2.3 Dieta | 20 |
| 2.2.4 Condições de emprego e trabalho | 20 |
| 2.2.5 Acesso à informação | 21 |
| 2.3 Redes Sociais..... | 21 |
| 2.4 Estratégia Saúde da Família | 21 |
| 2.5 Ações e Medidas | 22 |
| 3 Considerações Finais | 25 |
| 4 Referências | 26 |

1 Introdução

De acordo com Junqueira *et al.* (2004), a cárie dentária constitui ainda um dos principais problemas de saúde bucal no mundo e mesmo com a descoberta de métodos de prevenção, a multifatorialidade da doença e todo o contexto social atribuído ao campo da saúde dificulta seu controle.

No levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal realizado em 2003 em diversos municípios do Brasil, observou-se que quase 27% das crianças de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie dentária, sendo que a proporção chega a quase 60% das crianças de 5 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Já a população adulta apresentou o componente dente cariado, perdido e obturado (CPO-D) médio de 20,1 (faixa etária de 35 a 44 anos) e 27,8 (65 a 74 anos). Esse estudo ressaltou a diferença do CPO-D entre as macrorregiões do país e a “tendência de crescimento na prevalência em função da idade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.21).

Segundo Vargas *et al.* (2009, p. 9), “apesar do declínio da cárie dentária, ainda existe no Brasil, uma forte iniquidade em saúde bucal, com a doença se manifestando diferentemente, de acordo com o grupo econômico-social de inserção do indivíduo”.

Na Linha Guia de Saúde Bucal (MINAS GERAIS, 2009), o controle da cárie é possível através de ações sobre os fatores determinantes, os quais variam entre os indivíduos e entre as diferentes realidades locais. Para tornar os indivíduos mais saudáveis, é preciso intervir na sociedade, pois não é possível reduzir o número de indivíduos chamados de alto risco, sem que todos tenham sua exposição ao risco reduzida. Sabe-se que a Atenção Primária à Saúde “considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; VARGAS, 2009).

A Saúde da Família é uma estratégia importante para a mudança do processo de trabalho obtida pela aproximação da realidade sociocultural da população e deve ter como foco a família e a comunidade (PERES *et al.*, 2003a).

1.1 O Contexto

O município de Ladainha localiza-se no Vale do Mucuri e dista 515 Km de Belo Horizonte, possuindo uma população de 15.178 habitantes. Sua economia é composta pela agropecuária (principalmente cana de açúcar), extração vegetal, pesca, indústria e serviços. Atualmente, a população sobrevive com os empregos da prefeitura, das escolas estaduais, da aposentadoria por invalidez ou idade, das pequenas lojas e armazéns.

O Programa Saúde da Família (PSF) Jardim localiza-se em Concórdia, distrito rural pertencente à Ladainha, sendo composto por dois territórios sanitários, atendendo cada um 2598 usuários. A equipe de saúde é composta por 01 cirurgião-dentista, 01 auxiliar em saúde bucal (ASB), 02 médicos, 02 enfermeiras e 02 técnicos de enfermagem. As ações de saúde são demasiadamente curativas, em detrimento às ações de promoção e prevenção em saúde. Estas se baseiam em grupos operativos realizados com hipertensos, gestantes e escolares.

O sistema público de saúde de Ladainha apresenta-se pouco eficaz e eficiente para a resolução da doença cárie, resultando num serviço de baixa efetividade. É caracterizado por apresentar baixa resolutibilidade para a saúde da população: atendimento geralmente uma vez ao ano (predominando as extrações), não sendo feitas medidas de prevenção e promoção de saúde e sempre necessitando de tratamento restaurador. É realizada nas escolas rurais, com o apoio dos professores, uma orientação aos alunos sobre saúde bucal, além da escovação dental supervisionada e, ocasionalmente, bochecho fluorado. A equipe de saúde bucal (ESB) disponibiliza *kits* com escova dental e pasta de dente para os usuários do PSF Jardim.

A condição bucal dos indivíduos das comunidades de Concórdia é precária, e muitos têm um acesso dificultado ao serviço de saúde devido às condições inerentes à região, como estrada de terra e transporte gratuito somente no período escolar (transporte pago é muito oneroso para essas famílias). Buscando a relação entre a cárie dentária e os seus determinantes mais gerais, como os diferentes aspectos da vida dos indivíduos, conhecer-se-ão fatores preditivos da doença, contribuindo assim, para implantar medidas de promoção de saúde bucal, buscando melhorar a qualidade de vida da comunidade (PERES *et al.*, 2000).

1.2 Justificativa

De acordo com o relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (ATLAS, 2003), Ladainha apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,608. Segundo Moysés (2000, p.10), “os fatores determinantes da qualidade de vida refletidos no IDH mostraram-se estatisticamente correlacionados com a prevalência de cárie dental nos estados brasileiros”. Assim, para melhorar a condição de saúde bucal da população de Concórdia, não bastam somente intensificar as ações curativas, mas planejar ações sustentáveis e coordenadas a fim de agir nos determinantes sociais de saúde.

Moreira *et al.* (2007, p.1388) afirmaram que “a dentição reflete a capacidade/opportunidade que a pessoa tem ou não em superar suas dificuldades sociais”.

A prática de atividades educativas em saúde de cunho problematizador, e que consigam fazer um elo entre o trabalho de cuidar e os aspectos sociais, pode ser um caminho para a solução de questões relacionadas à saúde (ABREU *et al.*, 2002; PAULETO *et al.*, 2004).

Este estudo, através de uma análise dos determinantes sociais de saúde, auxiliará no planejamento de ações de promoção e prevenção em saúde bucal para a população de Concórdia.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Levantar na literatura qual a influência dos determinantes sociais no cuidado da saúde bucal.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Estabelecer um paralelo entre a cárie dental e os determinantes de saúde.
- b) Implantar medidas de promoção e prevenção de saúde que possam reduzir as iniquidades sociais.

1.4 Metodologia

Este estudo realizou uma revisão narrativa, que segundo Rother (2007, p.5) é composta pela análise de artigos de “publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual”.

Foram acessados os bancos de dados do Ministério da Saúde, *MEDLINE*, *LILACS* e *Scielo* que abordavam o tema “Influência dos determinantes sociais no cuidado da saúde bucal”, no período de 1990 a 2010, nos idiomas português e inglês. Foram utilizadas na busca as seguintes palavras-chave: saúde bucal, determinantes sociais, iniquidades sociais.

Após selecionar os textos que respondiam à questão norteadora do tema proposto, foi realizada uma leitura atenta e criteriosa dos mesmos e os resultados dos dados analisados são apresentados na discussão, na forma descritiva.

2 Desenvolvimento

Concomitantemente à melhora nos índices globais de cárie dentária nos últimos anos, ocorre a polarização da cárie na parcela populacional com maior privação socioeconômica (ANTUNES *et al.*, 2006; KITAMURA e LEITE, 2009; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Segundo KITAMURA e LEITE (2009), isto poderia estar expressando o fenômeno da iniquidade. Maltz e Silva (2001) afirmam que esse fenômeno também ocorre nos escolares da rede pública.

De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde e isto se deve às desigualdades sociais existentes na população brasileira. No relatório do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2005), o Brasil foi considerado o sexto país mais desigual dentre quinze países da América Latina.

Bardal *et al.* (2006, p.162) afirmam que a noção sobre os determinantes sociais que tomam parte do processo saúde/doença poderia contribuir para “alterar situações mórbidas que estão intimamente associadas a comportamentos sociais”.

Para se compreender a influência dos determinantes sociais na geração das iniquidades em saúde, Dahlgren e Whitehead (1991) elaboraram um modelo de referência, que inclui os “determinantes sociais de saúde (DSS) dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes” (CNDSS, 2008, p. 22), representado na figura abaixo:



Fonte: CNDSS (2008).

Figura 1: Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead

Os indivíduos estão na base do modelo e são influenciados por fatores como idade, sexo e genética. Entre os fatores individuais e os DSS está o estilo de vida dos indivíduos, que depende do livre arbítrio das pessoas e dos determinantes, como acesso a informações, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A próxima camada (Redes sociais e comunitárias) expressa o nível de coesão social e é sucedida pela camada 'Condições de Vida e Trabalho', que mostra que as condições habitacionais inadequadas ou perigosas e a exposição a condições de trabalho estressantes podem trazer às pessoas desvantagem social com diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. E por último estão os macrodeterminantes, que além de influenciarem as outras camadas, relacionam-se às condições econômicas, culturais e ambientais (CNDSS, 2008).

A crítica à ênfase em estilo de vida individual como uma causa e solução aos problemas de saúde é particularmente pertinente à odontologia, tendo em vista que muitos formuladores de política bucal culpam as pessoas pelas doenças que elas desenvolvem. Não apenas existem problemas sérios para modificar comportamentos individuais, ou para efetuar mudanças em estilos de vida, mas em muitas instâncias mudanças socioeconômicas maiores e mais profundas são pré-condicionantes para mudança destes comportamentos (MOYSÉS, 2000, p. 13-14).

Isso é endossado por Moreira *et al.* (2007), ao afirmarem que a odontologia é incapaz de solucionar os problemas em saúde bucal por considerar os fatores causais como determinantes independentes.

2.1 Estratificação Socioeconômica e saúde

2.1.1 IDH

O IDH é um indicador sintético que varia de 0 a 1, sendo composto pelas dimensões longevidade, educação e renda (PNUD, 2005). Com o intuito de “empregar o índice nas análises sobre os municípios”, foi criado o IDH municipal (IDH-M), que considera a renda familiar per capita e a taxa bruta de frequência à escola, nos três níveis de ensino (PNUD, 2005, p.57). O IDH de Ladainha cresceu 26,04%, passando de 0,483 em 1991 para 0,608 em 2000 (ATLAS, 2003). Segundo a classificação do PNUD, o município está entre as regiões consideradas de médio desenvolvimento humano.

O trabalho empreendido por Frias *et al.* (2007) mostra que aqueles estados que apresentam municípios com piores valores de IDH-M tem menor número de domicílios com ligação de água tratada e com flúor em suas águas de abastecimento, e maior prevalência de cárie não tratada entre os adolescentes.

Fernandes e Peres (2005, p. 934) concluíram que o “IDH municipal apresentou valores menores nos municípios com maior proporção de exodontias executadas”.

Moysés (2000) elaborou um estudo que correlacionou o Índice Dentes cariados, obturados e perdidos (CPOD) aos 12 anos com o IDH dos estados brasileiros. Ele concluiu que há uma relação entre a prevalência da cárie dentária nos estados e os determinantes sociais refletidos no IDH.

Kitamura e Leite (2009) investigaram a relação do IDH com a cárie dentária nos municípios mineiros, através dos IDH municipais e da análise do relatório do Levantamento Epidemiológico em saúde bucal realizado nos municípios. Elas concluíram que há uma correlação negativa significativa entre esses indicadores (municípios com menor IDH possuem CPOD mais alto) e que as diferenças encontradas entre as mesorregiões expressam a necessidade por ações apropriadas para cada realidade. Esse achado corrobora outros estudos (ANTUNES *et al.*, 2006; PERES *et al.*, 2003b).

2.1.2 Renda

A CNDSS (2008, p. 54) afirma que “a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos”.

“Quanto mais desfavorável a situação socioeconômica, maior o número de dentes afetados pela cárie e maior a sua severidade” (PERES *et al.*, 2000, p. 407). “Embora todos os municípios estejam oferecendo algum acesso aos serviços de saúde bucal, aqueles com piores condições socioeconômicas ainda oferecem serviços com características mutiladoras” (FERNANDES e PERES, 2005, p. 935).

Cidades com maior prevalência de cárie dentária possuem renda per capita e familiar mais baixa (BALDANI *et al.*, 2004; PERES *et al.*, 2000; PERES *et al.*, 2003b). De acordo com Bardal *et al.* (2006), nas famílias pobres as interações entre pais e filhos visam à resolução de problemas e não à prevenção destes.

De acordo com Barbato *et al.* (2007), a forma e utilização dos serviços odontológicos são influenciadas pela condições socioeconômicas, como a renda e educação. Em seu estudo ele procurou correlacionar a perda dentária com as condições demográficas, socioeconômicas e com a utilização de serviços odontológicos. Ele percebeu que as perdas dentárias foram estatisticamente maiores para os moradores da zona rural, os que apresentaram renda de até meio salário mínimo, os que possuíam escolaridade de até quatro anos, aqueles com três anos ou mais desde a última consulta odontológica e os que referiram ter utilizado serviços odontológicos da rede pública.

Há associação negativa entre indivíduos de baixa renda com o consumo elevado de carboidratos (doce) ou medicamentos açucarados, com uso limitado de dentifrício e tratamento odontológico inadequado (PERES *et al.*, 2003b).

Segundo Tomita *et al.* (2000, p. 173), “determinantes socioeconômicos afirmam-se como variáveis causais em relação aos hábitos bucais”. Seu estudo afirma que há uma compensação emocional por parte das mães que trabalham fora que se reflete em uma maior tendência de seus filhos a adquirirem o hábito de sucção de chupeta após a idade de três anos.

2.1.3 Educação

O percentual de analfabetos no Brasil caiu de 56% para 13,6% no ano de 2000, apesar de haver diferenças inter-regionais e no interior das regiões, variando de acordo com a cor da pele, sexo e local de moradia (CNDSS, 2008).

Estas diferenças tendem a se reproduzir, pois de acordo com o relatório do Unicef de 2006 sobre a situação da infância brasileira, os filhos de mulheres brasileiras com até um ano de escolaridade têm uma probabilidade 23 vezes maior de chegarem

analfabetos à adolescência se comparados com os filhos de mulheres com 11 anos ou mais de estudo (CNDSS, 2008, p. 39).

A taxa de analfabetismo foi associada significativamente com o CPOD mais elevado (PERES *et al.*, 2003b). E alguns autores constataram que os indivíduos com baixa escolaridade apresentaram maiores chances de haver consultado o dentista há 3 anos ou mais e que essa condição seria uma barreira para a utilização do serviço odontológico (BALDANI *et al.*, 2010; MOREIRA *et al.*, 2007).

Segundo a CNDSS (2008, p.55), a escolaridade está significativamente associada a resultados de saúde e os níveis de instrução dos indivíduos se manifestam em diversas maneiras, como “na percepção dos problemas de saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos procedimentos terapêuticos”.

O grau de instrução elevado está relacionado às oportunidades de acesso à informação de saúde e conseqüentemente sujeito a hábitos e condutas de saúde bucal mais saudável (PERES *et al.*, 2000) e geralmente são “preditores de melhores postos de trabalho, melhores condições de moradia e melhor posição socioeconômica” (PERES *et al.*, 2003a, p. 304).

Há uma forte associação entre a escolaridade da mãe e ocorrência de cárie em crianças. As crianças que tiveram mães que estudaram 8 anos ou menos têm maior risco para cárie dentária (BARDAL *et al.*, 2006; DOMINGUES *et al.*, 2008; PERES *et al.*, 2000; PERES *et al.*, 2003a). E o grau de instrução elevado dos pais está relacionado ao uso do fio dental e número de escovações dentárias diárias (PERES *et al.*, 2003a).

De acordo com a CNDSS (2008), há diferenciais em escolaridade de acordo com a renda familiar e também com a cor da pele. “A desigualdade entre grupos étnicos quanto ao risco de cárie tem sido atribuída à pior condição socioeconômica de negros e pardos em relação aos brancos na sociedade brasileira” (FRIAS *et al.*, 2007, p. 283).

Em seu trabalho, Antunes *et al.* (2006) verificaram que os fatores associados com a prevalência da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua foram a cor (negro ou pardo), estudar na zona rural e em pré-escola pública. Esses determinantes individuais explicam a chance mais elevada de uma criança apresentar um ou mais dentes decíduos com cárie não tratada aos cinco anos.

No estudo empreendido por Frias *et al.* (2007), as características preditoras para que um adolescente tenha cárie em dentes permanentes são: ser negro ou pardo, residir em área rural e não estar matriculado em escolas. O fato de estar em uma escola foi considerado uma proteção para a cárie dentária, não importando o tipo de escola, particular ou pública (FRIAS *et al.*, 2007; PERES *et al.*, 2003a). “O ambiente e a socialização da pré-escola [poderiam levar] as crianças a terem comportamentos mais favoráveis à saúde bucal” (PERES *et al.*, 2003a, p. 304).

A CNDSS ressalta que apesar do aumento da porcentagem da população de determinada faixa etária matriculada no nível adequado (de 14,3% em 1980 para 33,3% em 2000), o nível fundamental apresenta uma cobertura quase universal entre 7 e 14 anos e o nível médio apresenta uma taxa de frequência líquida entre 15 e 17 anos muito baixa.

Em seu trabalho, Maltz e Silva (2001) procuraram relacionar a cárie, gengivite e fluorose com o nível socioeconômico em escolares de Porto Alegre. Elas concluíram que os alunos da rede escolar privada possuíam menor número de superfícies dentárias livres de cárie (27,5%) em relação aos da rede pública (47,5%), assim como menor prevalência de cárie e sangramento gengival, mas maior frequência de fluorose.

Há uma relação inversamente proporcional entre as variáveis escolaridade/renda e o atendimento pelo SUS. No estudo empreendido por Ribeiro *et al.* (2006), um indivíduo com até 3 anos de estudo tem 4 vezes mais chance de usar o serviço público do que aqueles que possuem 11 anos ou mais de estudo; e os indivíduos pertencentes às classes sociais de menor renda, a chance é 19 vezes maior.

2.2 Condições de vida, ambiente e trabalho

2.2.1 Acesso a serviços de saúde

A Lei Orgânica da saúde reconhece que a saúde é um direito de todo cidadão e que o Estado deve prover as condições para seu exercício, além de estabelecer as bases do Sistema Único de Saúde (SUS). Os princípios constitucionais do SUS garantem ao cidadão a universalização da assistência, a integralidade da atenção e o acesso a serviços e bens segundo a necessidade (BRASIL, 1988). Infelizmente, “ainda se observam importantes desigualdades na oferta de recursos e serviços, assim como uma forte influência da posição social dos indivíduos no acesso, utilização e qualidade dos serviços de saúde” (CNDSS, 2008, p. 74).

Os serviços de saúde têm a capacidade de diminuir a exposição e vulnerabilidade aos fatores de risco, assim como as consequências dessa exposição (CNDSS, 2008).

Baldani *et al.* (2004) elaboraram um estudo que procurou identificar os fatores individuais associados à utilização de serviços odontológicos por parte de adultos e idosos de baixa renda residentes na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) no interior do Paraná. Essa utilização seria uma somatória da predisposição do indivíduo (conhecimento e expectativas quanto à saúde bucal e o sistema de saúde); da necessidade percebida (percepção e severidade da condição de saúde bucal, limitação de atividade), e da presença de fatores que facilitem a sua utilização, como a renda e o acesso ao sistema de saúde.

Já a CNDSS (2008) afirma que os determinantes da utilização de serviços de saúde estão relacionados às necessidades de saúde, aos usuários, aos prestadores de serviços, à organização da oferta e à política do sistema de saúde.

2.2.2 Território

Moreira *et al.* (2007) afirmam que o território pode influenciar de forma negativa a vida da população, uma vez que ele pode ser considerado um reflexo das condições socioeconômicas dos indivíduos e estar sujeito às iniquidades sociais.

“A localização no meio rural condiciona menores níveis de escolaridade e renda em comparação ao meio urbano. Da mesma forma os serviços de saúde são limitados, tanto em oferta quanto em relação às possibilidades de acesso” (BARBATO *et al.*, 2007, p. 1805). A moradia em localização rural é um fator significativo para a ocorrência de cárie não tratada em adolescentes (FRIAS *et al.*, 2007).

Segundo Moreira *et al.* (2007), alguns aspectos geográficos podem estar relacionados com as condições de saúde bucal dos habitantes, como a localização e acesso aos serviços odontológicos, escolas, centros de lazer; “infraestrutura local como provedora de condições mínimas de bem-estar para a população (saneamento básico, energia elétrica, moradias adequadas e segurança pública) e toda a rede de suporte social” (MOREIRA *et al.*, 2007, p.279).

Estudos comprovam que há uma maior prevalência de cárie em cidades em que não há fluoretação da água (ANTUNES *et al.*, 2006; BALDANI *et al.*, 2004; FERNANDES e

PERES, 2005; FRIAS *et al.*, 2007; PERES *et al.*, 2003b). “Em média, as cidades sem água fluoretada apresentaram um excesso de 127 dentes decíduos acometidos por cárie para cada 100 crianças com idades entre 5 ou 6 anos”, mas mesmo em cidades em que não há fluoretação, a prevalência de cárie é menor quanto maior for o número de domicílios ligados à rede de abastecimento de água (PERES *et al.*, 2003b, p. 154).

A fluoretação das águas de abastecimento público “influi significativamente e em maior intensidade na variação do CPO-D naqueles municípios com piores indicadores de desigualdade social” (BALDANI *et al.*, 2010, p. 150).

2.2.3 Dieta

Um dos mais significativos determinantes sociais da saúde é a alimentação, “cujo acesso e qualidade são claramente influenciados por fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais” (CNDSS, 2008, p. 61).

O padrão de consumo alimentar é influenciado pela renda, escolaridade e região da moradia (zona urbana e rural). O consumo de frutas e verduras é mais alto na zona urbana e nos grupos de maior renda e escolaridade (CNDSS, 2008).

Segundo o CNDSS (2008), o Brasil está em uma transição nutricional, substituindo um padrão alimentar saudável (cereais, feijão, tubérculos) por um rico em gordura e açúcares. Essa mudança propicia, além do sobrepeso e obesidade, o aumento de doenças crônicas.

A frequência no consumo de doces é um fator de risco para a alta severidade de cárie (PERES *et al.*, 2000; PERES *et al.*, 2003a).

2.2.4 Condições de emprego e trabalho

De acordo com o CNDSS (2008, p. 65) “os problemas de saúde dos trabalhadores estão intimamente relacionados com o grau de desenvolvimento alcançado por um país ou região”.

“O desemprego, o trabalho informal, e a exclusão do mercado de trabalho estão associados a uma pior condição de saúde entre adultos brasileiros, independentemente de características sociodemográficas, como escolaridade, renda e região de residência” (CNDSS, 2008, p. 66).

2.2.5 Acesso à informação de saúde

O acesso a fontes de informação em saúde possibilita conhecimento e capacidade de ação, e conseqüentemente a adoção de atitudes saudáveis e a mobilização popular. Mas as iniquidades de informação reforçam a exclusão, geram e intensificam os diferenciais em saúde. Peres *et al.* (2000, p. 407) ressaltam que o “grau de instrução elevado vem acompanhado de mais oportunidades de acesso à informação sobre saúde. Crianças que convivem com adultos, nessa condição, estão sujeitas a hábitos e condutas de saúde bucal mais saudáveis”.

Além disso, o acesso à informação em saúde exerce grande influência sobre o processo saúde-doença, uma vez que (CNDSS, 2008):

- incide sobre outros determinantes de saúde (relações sociais, processo culturais e bem estar físico, mental e social);
- redefine o conceito de comunidade para além dos limites geográficos;
- amplia o acesso à informação, transformando os indivíduos em atores sociais.

2.3 Redes sociais, comunitárias e saúde

Redes sociais e comunitárias representam “o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos” (CNDSS, 2008, p. 86), cujas diferentes formas de participação popular (sindicatos, clubes, movimentos religiosos) possibilitam vínculos sociais. Esse processo de interação social, ou empoderamento, “permite que pessoas aumentem suas habilidades individuais e coletivas, além de desempenharem maior controle sobre suas vidas” (CNDSS, 2008, p.89).

No estudo realizado por Pattussi *et al.* (2006), em que procuraram investigar a associação entre o empoderamento da comunidade e cárie dentária em adolescentes, as taxas altas no índice CPOD foram significativamente menores nas áreas em que havia maiores níveis de empoderamento. A CNDSS (2008) corrobora ao ressaltar que as sociedades mais igualitárias e com alta coesão social possuem melhores níveis de saúde.

2.4 Estratégia Saúde da Família

A ESF objetiva “potencializar a construção do modelo proposto pelo SUS”, assumindo “um conceito ampliado de saúde que visa à compreensão do processo saúde-doença ‘na sociedade’ e não apenas ‘no corpo’ das pessoas” (FARIA *et al.*, 2008, p.40).

No estudo realizado por Domingues *et al.* (2008), as mães usuárias da unidade de saúde da família associam o papel do dentista às atividades curativas em detrimento às preventivas, contradizendo a estratégia proposta pela ESF.

A perda dentária é considerada uma marca da desigualdade social e é decorrente, dentre outros, da “acessibilidade e utilização de serviços odontológicos, da modalidade de financiamento do sistema de saúde e da forma de prestação de cuidados odontológicos” (BARBATO *et al.*, 2007, p. 1803). Segundo Fernandes e Peres (2005), quanto maior o número de dentistas cadastrados no SUS, menor é a proporção de extrações dentárias realizadas e maior é a tendência para a realização de procedimentos conservadores.

2.5 Ações e Medidas

As ações para combater as iniquidades em saúde devem contemplar as evidências científicas, a mobilização e participação popular. O planejamento em saúde bucal deve ser construído com a participação popular (ABREU *et al.*, 2002).

“A possibilidade de intervenção sobre a cárie dentária deve ser direcionada, além da melhoria das condições de vida, para a esfera dos serviços de saúde, cujo uso adequado vai além da possibilidade de acesso da população. Há necessidade, também, de se implementar medidas e políticas compensatórias para amenizar os efeitos danosos das desigualdades sociais, uma vez que estas se tornam mais graves se estratégias preventivas não são capazes de prover ao menos benefícios equivalentes para grupos de baixo nível socioeconômico” (BALDANI *et al.*, 2004, p. 151).

Para acabar com as iniquidades em saúde é necessário uma “intervenção sobre os mecanismos de estratificação social”, criando políticas públicas que amenizem as diferenças sociais relacionadas à educação, renda e habitação; a redução dos “diferenciais de exposição a riscos”, por exemplo, em grupos que vivem em regiões em que não há água fluoretada; o “combate aos diferenciais de vulnerabilidade”, cujas ações se baseiam no fortalecimento da educação dos pais, diminuindo assim a própria vulnerabilidade e a de seus filhos; e a “intervenção no sistema de saúde”, buscando diminuir os diferenciais de exposição e vulnerabilidade, através de ações preventivas e curativas (CNDSS, 2008, p. 55).

“As desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde estão, em grande medida, relacionadas com a estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde, o que

faz com que tais desigualdades sejam bastantes permeáveis às políticas setoriais” (CNDSS, 2008, p. 77). Diversos autores enfatizam a importância das ações intersetoriais que criem condições dignas de vida e trabalho, e que conduzam ao bem estar físico, social e mental (ABREU *et al.*, 2002).

A ação sobre os DSS, além da competência do setor saúde, é obrigação de outros setores governamentais. É sabido que há diversas maneiras de intervenções políticas que a literatura científica ajudar a delimitar, mas é importante que haja diversos atores, com distintos interesses, trabalhando e negociando politicamente. Para tal, é necessário intensificar esse processo e fortalecer os atores sociais, principalmente os que estão presentes nas comunidades, dando-lhes “acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes que ajudem a fundamentar a defesa de seus interesses” (CNDSS, 2008, p.21).

É imprescindível não só uma mudança nos fatores sociais e materiais (melhorias nas condições de vida e no sistema de saúde), mas também nos fatores culturais (mudança de atitudes e comportamentos individuais) (MOYSÉS, 2000).

“O planejamento de ações/estratégias para a promoção de saúde e a prevenção de doenças deve incluir os responsáveis pela criança em seu contexto histórico, seu meio social e suas relações com as crianças e os espaços sociais que as abrigam” (BARDAL *et al.*, 2006, p. 166). A realidade da vida da população é de grande importância na determinação de seus hábitos de saúde e das ações do sistema de saúde.

Deve-se ressaltar a importância de políticas públicas orientadas à redução do consumo de produtos cariogênicos, por meio de orientação sobre a importância do controle de açúcares para a manutenção da saúde bucal (PERES *et al.*, 2000). Mas atividades educativas tradicionais (transmissão vertical) são insuficientes para a mudança de comportamento e hábitos (ABREU *et al.*, 2002).

“Só pode ser alcançado adequado e duradouro controle da cárie dental com políticas sociais de largo espectro” (MOYSÉS, 2000, p. 13). E isso poderá incluir as escolas, que possuem grande credibilidade com a comunidade rural, sendo um lugar propício para a discussão sobre alimentação e saúde (ABREU *et al.*, 2002).

O incentivo à educação propicia a melhoria na qualidade de vida nas crianças e adolescentes, uma vez que contribui para uma qualificação melhor, ampliar suas chances de

ascensão econômica e de inserção no mercado de trabalho e de permitir condição bucal mais favorável (FRIAS *et al.*, 2007).

É necessário haver empoderamento comunitário, “através do desenvolvimento de habilidades e atitudes que levem à aquisição de poder técnico e político em prol da saúde” (ABREU *et al.*, 2002, p. 256).

Através da adição de flúor á água de abastecimento público ou o aumento do número de domicílios ligados à rede de água, reduzir-se-ia a prevalência de cárie nas áreas rurais (ANTUNES *et al.*, 2006; BALDANI *et al.*, 2004; FRIAS *et al.*, 2007), e conseqüentemente os efeitos das desigualdades socioeconômicas na experiência da carie.

3 Considerações Finais

A partir da revisão da literatura e da análise do documento da CNDSS observou-se que existe uma correlação negativa entre o Índice CPOD com a renda, a educação, o IDH, a moradia em localização rural e os municípios que não recebem fluoretação das águas de abastecimento.

Em relação ao tema desse estudo pode-se concluir que o controle da cárie é possível através de ações sobre os fatores determinantes sociais, os quais variam entre os indivíduos e entre as diferentes realidades locais. É preciso intervir na sociedade para tornar os indivíduos mais saudáveis.

Na Estratégia de Saúde da Família é possível atuar para melhorar a qualidade de vida dos usuários utilizando todos os recursos disponíveis na comunidade, atuando juntamente com as redes sociais, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e iniciativas de instituições filantrópicas e privadas em uma perspectiva intersetorial.

4 Referências

ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de; PORDEUS, Isabela Almeida; MODENA, Celina Maria. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005 . Disponível em: <http://homolog.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100031&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 07 jun. 2010.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; PERES, Marco Aurélio; MELLO, Tatiana Ribeiro de Campos. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100015&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 09 ago. 2010.

ATLAS do Desenvolvimento Humano no Brasil. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), 2003. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/atlas/>> Acesso em: 24 jan. 2011.

BALDANI, Márcia Helena; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Associação do índice CPO-D com indicadores sócio-econômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, Feb. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2010.

BALDANI, Márcia Helena et al . Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. **Revista Brasileira de Epidemiologia.**, São Paulo, v. 13, n. 1, Mar. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-90X2010000100014&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 09 ago. 2010.

BARBATO, Paulo Roberto *et al* . Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Aug. 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 09 ago. 2010.

BARDAL, Priscila Ariede Petinuci et al . Cárie dentária em crianças como fenômeno natural ou patológico: ênfase na abordagem qualitativa. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, mar. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100024&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 29 set 2010.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm> Acesso em: 27 abr. 2011.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/legislacao_sus/> Acesso em: 25 abr. 2011.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://determinantes.saude.bvs.br/docs/relatorio_cndss.pdf> Acesso em: 24 jan. 2011.

DOMINGUES, Sidney Marcel; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de; NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 18, n. 1, abr. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000100009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 29 set. 2010.

FARIA, H.P. *et al.* Modelo Assistencial e atenção básica à saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010. 68 p.

FERNANDES, Liliane Simara; PERES, Marco Aurélio. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600010&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 30 set. 2010.

FRIAS, Antônio Carlos *et al.* Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 22, n. 4, Oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000900008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 04 out. 2010.

JUNQUEIRA, Simone Rennó; FRIAS, Antônio Carlos; ZILBOVICIUS, Celso. Saúde Bucal Coletiva: quadros social, epidemiológico e político. In: RODE, S.M.; NUNES, S.G. **Atualização clínica em odontologia**. São Paulo: Artes Médicas, p. 591 a 604. 2004.

KITAMURA, E., LEITE, I. Correlação entre índice de desenvolvimento humano e cárie dentária em uma amostra de municípios mineiros: implicações para a inclusão da odontologia na estratégia saúde da família. **Revista de APS**, América do Norte, 12, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/426/196>> Acesso em: 25 jan. 2011.

MALTZ, Marisa; SILVA, Berenice Barbachan. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, Apr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000200011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02 set. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 289 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais**. 1. ed. Brasília, DF, 2005. 67 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica nº17. 1 ed. Brasília, 2008. 91 p.

MOREIRA, Thiago Pelúcio; NATIONS, Marilyn Kay; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07 jun. 2010.

MOYSÉS, S. J. Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza. *Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v.1, n.1, p.7-17, 2000.

PATTUSSI, M. P.; HARDY, R.; SHEIHAM, A. The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 34: 344–350, 2006. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00283.x

PAULETO, Adriana Regina Colombo; PEREIRA, Maria Lucia Toralles; CYRINO, Eliana Goldfarb. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 jun. 2010.

PERES, Karen Glazer de Anselmo; BASTOS, José Roberto de Magalhães; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, Aug. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000400014&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07 jun. 2010.

PERES, Marco Aurélio et al. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no Sul do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 6, n. 4, Dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08 jun. 2010.

PERES, Marco Aurélio *et al*. The association between socioeconomic development at the town level and the distribution of dental caries in Brazilian children. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 14, n. 3, Sept. 2003b. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000800001&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 26 jan. 2011.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Brasília: Relatório de Desenvolvimento Humano: Racismo, pobreza e violência, 2005. Disponível em: < <http://www.pnud.org.br/rdh/>> Acesso em 24 jan. 2011.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400022&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 04 mar. 2011.

ROTHER, Edna Terezinha. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, June 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 09 ago. 2010.

TOMITA, Nilce Emy *et al* . Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, São Paulo, v. 14, n. 2, June 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-74912000000200013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 09 ago. 2010.

VARGAS, Andréa Maria Duarte; VASCONCELOS, Mara; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. Saúde Bucal - Atenção ao Idoso. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2009. 50p.