

---

## **DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA ODONTOLÓGICA: UMA APROPRIAÇÃO NECESSÁRIA**

Suélem Maria Santana Pinheiro Ferreira<sup>1</sup>  
Rejane Pereira Marques<sup>2</sup>  
Thalles da Costa Lobê Pereira<sup>3</sup>  
Tatiane Santos Couto de Almeida<sup>4</sup>

### **RESUMO**

Os novos paradigmas em saúde, consubstanciados com a reforma sanitária e expressos na criação do Sistema Único de Saúde, permanecem como um campo aberto, que necessita ser mais explorado pela Odontologia. Buscou-se construir uma reflexão acerca da apropriação da abordagem da determinação social das doenças no âmbito da Odontologia, a partir de aspectos históricos, epidemiológicos e voltados para fundamentação das práticas. Para tanto, realizou-se revisão de literatura sobre a temática, utilizado como referência bases de dados Scielo, Pubmed e Lilacs, bem como livros que apresentassem discussão substancial sobre a temática. Apesar dos traços de desigualdade e iniquidade, que permeiam as condições de saúde bucal, evidenciados nos estudos populacionais brasileiros, a prática odontológica ainda encontra-se arraigada em paradigmas ultrapassados, que se centram em ações herdadas do modelo biomédico, as quais não comungam com o ideal de determinação social das condições de saúde. A Odontologia de mercado ainda é uma prática recorrente nos espaços públicos de saúde, trazendo como consequência uma assistência fragmentada e pouco comprometida com a integralidade dos usuários. Nesse sentido, verifica-se necessidade de maior apropriação do arcabouço teórico, conceitual e prático inaugurado pela Saúde Coletiva, como forma de transformar a Odontologia em seu processo de trabalho cotidiano, relações estabelecidas na micropolítica dos espaços de atuação e abordagens investigativas, visando dirimir as iniquidades desse campo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde coletiva. Saúde bucal. Determinantes epidemiológicos.

---

<sup>1</sup> Departamento de Odontologia – Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR).

<sup>2</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

<sup>3</sup> Departamento de Enfermagem – Faculdade Maria Milza (FAMAM).

<sup>4</sup> Departamento de Enfermagem – Faculdade Maria Milza (FAMAM).

---

## INTRODUÇÃO

Os contextos nacionais e internacionais, que permearam a década de 80, no qual foi arvorada a luta pela redemocratização brasileira e as discussões sobre saúde e direitos humanos, atreladas às condições precárias de vida desta população, contribuíram para a construção da atual proposta inovadora de produção de saúde. O Sistema Único de Saúde (SUS) nasceu na perspectiva de materializar o que reza a constituição federal vigente, que traz a saúde enquanto direito de cidadania e um dever do Estado, a ser garantido por meio de ações específicas e políticas sociais de alimentação, educação, moradia, emprego, saneamento, entre outras.

Especificamente na Odontologia, o ritmo das transformações não foi o mesmo das evidenciadas em outras áreas do setor saúde. Isso pode ser verificado no atraso em criar uma política específica com diretrizes para a saúde bucal, que ocorreu apenas no ano de 2004. Apesar da criação de tal política e dos avanços nas discussões teóricas dentro do campo da Saúde Bucal Coletiva, a prática dos serviços de saúde é, em muitas situações, desarticulada do referencial da saúde coletiva e pauta-se essencialmente no modelo flexneriano.

Ao que parece, a despeito das diversas faces que a Odontologia assumiu desde o século XX – passando pela Odontologia sanitária, Odontologia Social e Preventiva e até mesmo o referencial teórico atual da Odontologia em Saúde Coletiva – são desafiadas pela força paradigmática da Odontologia de Mercado. Assim, para Narvai (2006) neste início do século XXI, a maioria dos serviços públicos odontológicos brasileiros reproduz, mecânica e acriticamente, os elementos nucleares do modelo de prática odontológica no setor privado de prestação de serviços.

A análise feita por Figueiredo, Brito e Botazzo (2003) aponta para a evidenciação do fetichismo odontológico, num contexto onde os produtos da Odontologia, por serem desejos e necessidades humanas frutos do trabalho privado, se convertem em mercadorias e são personificados. Enquanto isso, o sujeito que irá receber o tratamento sofre o processo de “coisificação”, e perde a importância no processo de trabalho do cirurgião-dentista. Essa perspectiva da Odontologia de Mercado, impregnada pelo ideal capitalista, é ineficiente em produzir melhorias na

condição de saúde, pois reduz a Saúde Bucal à um grupo de serviços e procedimentos, a serem consumidos por aqueles que podem pagar pelo mesmo.

Para Lyda (1998), ao distanciar-se do contexto social nos quais os indivíduos estão inseridos e valorizar uma prática essencialmente técnica, ocupando-se apenas das lesões orais e elementos dentários, a Odontologia cria uma falsa ideia de Saúde Coletiva, que não tem o potencial de reduzir as iniquidades verificadas na saúde bucal.

Nesse sentido, o estudo das desigualdades em saúde bucal e da influência de fatores ambientais, sociais, econômicos e culturais no estado de saúde bucal das coletividades precisa ser incentivado, e tal conhecimento necessita ser incorporado na programação de ações em saúde, de forma a levar em consideração as diferentes condições e estilos de vida. Apesar disso, o destaque necessário às desigualdades em saúde bucal e o estudo da determinação social do adoecimento bucal ainda se encontram nos estágios iniciais e, muitas vezes, pautam-se em metodologias que não apresentam a robustez necessária para o desvelamento desses fenômenos.

A Epidemiologia Social, a partir de suas discussões, identifica uma estreita relação entre as desigualdades existentes na saúde das populações e as desigualdades sociais. As disparidades econômicas, políticas e sociais tem sido apontadas como fatores determinantes de agravos à saúde, sobretudo ante a exclusão social, que potencializa os riscos à saúde global da população (TRAVASSOS, 1997).

Diante do exposto, o objetivo deste ensaio é trazer uma reflexão acerca da apropriação da abordagem da determinação social das doenças no âmbito da Odontologia, a partir de aspectos históricos, epidemiológicos e voltados para fundamentação das práticas.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se uma revisão crítica da literatura, a partir da busca de artigos científicos nas bases de dados Scielo, Pubmed, Lilacs, bem como em livros com discussões substanciais, que possibilitassem a construção de uma ideia em torno da

incorporação da determinação social do processo saúde-doença nas práticas da Odontologia.

A partir das evidências localizadas, optou-se por construir um texto crítico dividido em seções que refletissem: a discussão histórica dos modelos que regem os “fazer” da Odontologia; o retrato da saúde bucal brasileira a partir dos últimos levantamentos epidemiológicos nacionais e o reflexo das iniquidades sociais; evidências que apontam para a formação de um conhecimento em relação à relação entre doenças bucais e variáveis sociais; e propostas teórico-metodológicas para orientar práticas de saúde bucal, centradas na promoção da saúde.

## **REVISÃO DA LITERATURA**

### **Resgate Histórico da Odontologia Brasileira: a Insistência da odontologia de mercado ante as novas perspectivas da saúde bucal**

A Odontologia de Mercado exerceu desde o passado uma forte influência sobre o processo de trabalho do cirurgião-dentista, sendo antes da década de 50, o único modelo reconhecido no Brasil. Esse paradigma é totalmente influenciado pelo modo de produção capitalista, e como reflexo a sua prática pauta-se na assistência a doentes, fragmentada, individual e biologicista.

Devido a mudanças sociais no cenário pós Segunda Guerra, que privou a maiorias dos indivíduos do acesso ao consultório privado, aflora uma nova perspectiva de atenção odontológica, agora sob responsabilidade do Estado. Essa nova abordagem, conhecida como Odontologia Sanitária, apesar de não substituir o mercantilismo da Odontologia, criou uma nova possibilidade de atenção odontológica (NARVAI, 1994).

A odontologia sanitária, segundo Chaves (1960), tem em sua essência a organização de um trabalho da comunidade, na comunidade e para comunidade. Essa modalidade de ação odontológica inspirou-se e utilizou o aparato do Sistema Incremental, para desenvolvimento das suas ações, tendo como principal agente de atuação a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, na década de 50. Apesar de essencialmente o Sistema Incremental ser “método de trabalho que visa o completo atendimento dental de uma população dada, eliminando suas necessidades acumuladas e posteriormente mantendo-a sob controle, segundo

---

critérios de prioridades quanto a idades e problemas”, conforme assinala Pinto (1989), no Brasil, tornou-se ação focalizada em escolares e com enfoque curativo, com tênues ações de prevenção, desarticuladas dos reais riscos que a população estava exposta.

Com o declínio da odontologia sanitária, na década de 80, estabelece-se o marco teórico da “Odontologia Social e Preventiva”, que definiu as sistematizações para planejamento e programação das ações de saúde bucal (PINTO, 1989; KRIGER, 1997). Nesse cenário, novas tecnologias passam a ser utilizadas como modelos assistenciais. Dentre as principais tendências visualizadas nesse período observou-se o “Programa de Inversão da Atenção”, surgido nos fins da década de 80 e início da década de 90, que tinha como essência a mudança do enfoque curativo da cárie para o enfoque preventivo (LOUREIRO; OLIVEIRA, 1995).

Também se destacou nesse período a Atenção Precoce em Odontologia, que resgatava uma população excluída das programações nos anos anteriores – as crianças menores de 6 anos – e elucidava a importância da consciência e ação preventiva tanto para usuários como profissionais (WALTER; GARBERLINI; GUTIERREZ, 1991). Essas novas tendências, apesar de demonstrarem avanços teóricos em direção a um enfoque preventivo, na prática perderam parte desse contorno, e foram, em muitos locais, implantados de forma acrítica, desvinculados das reais necessidades de saúde da população, além de enfatizarem sobremaneira a doença cárie.

Com a criação do SUS, na década de 90 e, posteriormente do Programa Saúde na Família (PSF), em 1994, novos princípios são levantados para as ações em saúde, pautadas na integralidade do cuidado, na universalidade e equidade do acesso. Essas novas ações em saúde tomaram o sentido de transformar a realidade de saúde brasileira, que há anos vivia imersa numa precarização. Diante da efervescência dessas novas diretrizes, muitos municípios brasileiros carentes de uma matriz programática em saúde bucal, passaram a pensar suas próprias estratégias de ações odontológicas. Como exemplo, a cidade de Curitiba, que passou a integrar essas ações no PSF, quer pela atuação do próprio cirurgião-dentista, quer pela capacitação de Agentes Comunitários de Saúde, para realização de instrução de higiene oral (RONCALLI et al., 1999).

Muitos municípios brasileiros passaram a organizar seus sistemas de saúde à luz dos princípios do SUS, destacando assistência mais integrada e universal; aumento da capacidade do sistema; introdução da equipe de saúde bucal e heterocontrole do flúor; priorização de ações coletivas pautadas na epidemiologia e avaliação de ações (RONCALLI et al., 1999). Nesse momento, mesmo não aprofundando a discussão em relação aos determinantes sociais do adoecimento bucal, as ações odontológicas de alguns municípios brasileiros buscaram estabelecer um elo com ferramentas epidemiológicas, que elucidavam necessidades populacionais, e, assim, conseguiram resultados positivos quanto à situação de saúde bucal.

Finalmente, em 2001, a atuação da equipe de saúde bucal junto à equipe de saúde da família foi referendada pela Portaria 1.444, de 28 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2001). Divulgada posteriormente, em 2004, as Diretrizes Nacionais da Política de Saúde Bucal apontam para reorganização da atenção odontológica no setor público, assumindo como pressupostos os princípios de universalidade, integralidade, equidade, gestão participativa, ética, acesso, acolhimento, vínculo e responsabilidade profissional. Essa política pautava-se na ampliação e qualificação da assistência odontológica em todos os seus níveis de complexidade (BRASIL, 2004a). Nesse sentido, além da atuação da Equipe de Saúde Bucal junto à Equipe de Saúde da Família, a implantação de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) como frente de atuação do Brasil Sorridente, seria responsável pela continuidade das ações realizadas na atenção básica, abarcando serviços de maior complexidade e que requeressem a atuação de especialistas (BRASIL, 2006).

Nesse cenário, o marco teórico da “Odontologia em Saúde Coletiva” também já assumia maior visibilidade, quer pela maior frequência desse termo nas publicações científicas, quer pela criação, em 1998, da Associação Brasileira de Saúde Bucal Coletiva (ABRABUSCO) (NARVAI, 2001).

A despeito das diversas faces que a Odontologia pública brasileira assumiu durante esses anos, a hegemonia da vertente capitalista, com suas práticas pautadas nas leis de mercado subsiste até os dias atuais, disseminando seus componentes elementares desconexos das necessidades de saúde da população brasileira. Mesmo a prática desenvolvida nos espaços públicos de atuação reproduz a prática inerente ao serviço privado. Como a Odontologia de Mercado não tem

pretensões de criar melhores condições de saúde bucal e reduzir as iniquidades de risco e adoecimento bucal, ainda é comum o arrefecimento da ação às práticas restauradoras e mutiladoras, baseadas na queixa-conduta.

Nesse contexto, importância ainda pequena é dispensada para o estudo das relações que se estabelecem entre os fatores e processos sociais e a saúde bucal, a fim de elucidar como e em que circunstâncias a associação entre essas variáveis se estabelecem. Por conseguinte, as ações de saúde bucal, ante a escassez de construto científico que evidenciem essas relações, tornam-se impotentes perante a complexidade que o processo saúde-doença apresenta.

### **Evolução da Saúde Bucal Brasileira entre 2003 e 2010 e Desigualdades Inter-Regionais: Traços dos Vários Matizes Sociais?**

A Epidemiologia Social aponta estreita relação entre desigualdades na saúde das populações e as iniquidades econômicas, políticas e sociais, a que estas são submetidas. Na Odontologia, dados de estudos nacionais de saúde bucal, realizados em 2003 e 2010 permitem refletir sobre as relações entre esta e fatores sociais. Os resultados do levantamento nacional de saúde bucal, realizado em 2010, demonstraram uma evolução considerável nos indicadores de saúde bucal brasileiros, entretanto, apontam que a desigualdade inter-regional ainda é um problema a ser dirimido (BRASIL, 2011).

Entre 2003 e 2010, houve uma considerável redução da prevalência de cárie dentária, com frequência de 19% aos 12 e 35-44 anos, e 39% entre 15-19 anos. A média de dentes acometidos em crianças reduziu 25%, refletindo o sucesso de ações preventivas, como o uso do flúor. Em adultos, o componente perdido vem sendo substituído pelo restaurado. Isso pode ter refletido na redução da necessidade de prótese dentária, que alcançou 52% e 70% entre adolescentes e adultos, respectivamente (BRASIL, 2011).

Apesar desses avanços obtidos de maneira geral no Brasil, as piores médias de ataque de cárie foram registradas no Nordeste, Centro-Oeste e Norte, o qual revelou uma diferença de 90% do Sudeste. Além disso, o Nordeste ainda sustenta menor frequência de restaurações que o Sudeste (BRASIL, 2011).

Assim como em outros países americanos, observou-se no Brasil uma tendência de diminuição da prevalência de cárie nas últimas décadas do século XX e início do século XXI. Este declínio é mensurado pela queda nas médias nacionais de CPO-D, porém a distribuição da doença dentro das regiões do país dá-se de maneira desigual. A polarização da cárie leva à diminuição do índice, porém reflete a concentração da prevalência e severidade da doença em uma parcela mínima da população. Para Narvai et al (2006), a polarização decorre de um quadro de iniquidade, no qual indivíduos com melhores condições socioeconômicas deixam de ser acometidos, enquanto que regiões com indicadores sociais negativos passam a concentrar maiores números de casos da doença. Em 2010, a cidade de Porto Velho (RO) na região Norte apresentou CPO-D médio de 4,15 para crianças de 12 anos e, em contrapartida, na cidade de Florianópolis (SC) na região Sul a média foi de 0,77, menor valor médio de CPOD para essa faixa etária. Os dados deixam claro o caráter iníquo da distribuição da morbidade bucal.

Os percentuais de indivíduos livres de qualquer problema periodontal nas idades de 15-19, 35-44, 65-74 passaram, respectivamente, de 51%, 17% e 1,8% para 46,2%, 21,9% e 7,9%, demonstrando aumento entre adultos (4,9%) e idosos (6,1%) e redução em adolescentes (6,2%) (BRASIL, 2011).

Entretanto, a análise por regiões evidenciou que o percentual de adolescentes sem problemas gengivais variou de 31% no Norte a 57% no Sudeste (BRASIL, 2011). Quanto à condição periodontal, os indivíduos de 15-19 e 35-44 anos da região Norte e Nordeste apresentaram tendência de menores proporções de dentes saudáveis, quando comparados às demais regiões brasileiras em 2003 (BRASIL, 2004b).

Quanto à frequência de dor dentária, houve redução de 10,36%, denotando melhorias nas condições bucais. A odontalgia, nas regiões brasileiras, apresenta prevalência próxima da nacional, exceto no Sul onde houve valor mais baixo (20%) (BRASIL, 2011).

As regiões historicamente com maior potencial de acumulação de riqueza e desenvolvimento apresentaram os melhores indicadores de saúde bucal, enquanto às regiões brasileiras portadoras das maiores lesões sociais ainda mantêm níveis mais críticos de morbidades bucais. Ao mesmo tempo, o quadro apontado reitera a necessidade de melhor compreender e articular o processo saúde-doença na



Odontologia aos determinantes sociais. Dessa forma, entende-se que reduzir desigualdades em saúde bucal, no Brasil, depende de ações abrangentes, que atenuem as iniquidades sociais inter-regionais, melhorando as condições de vida em todo país.

De forma mais sistemática, com base nos dados do SB Brasil 2010 isso foi verificado por Bueno e outros (2014) que ao realizar uma abordagem ecológica para estudar a correlação entre o índice Determinantes Sociais de Saúde Bucal (DSSB) e os desfechos em saúde bucal de adultos nas capitais brasileiras, verificaram que o componente equidade social correlaciona-se significativamente com a perda dentária, dentes restaurados e Índice de Cuidados Odontológicos (ICO). Os resultados obtidos vão ao encontro de diversos estudos que demonstraram melhores indicadores de saúde bucal entre os municípios com melhor performance dos determinantes sociais, resgatando o conceito de equidade como uma variável importante em análises dessa natureza. Os autores concluem que políticas equitativas devem priorizar ações direcionadas aos determinantes sociais de saúde bucal, tais como: ampliação da cobertura de saneamento e de água fluoretada de abastecimento e redução da pobreza e das iniquidades regionais.

### **Estudo dos Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença na Odontologia**

Para Laurell (1982), o estudo dos processos de adoecimento e morte, que ocorrem nas coletividades humanas, pode evidenciar a natureza histórica e social da doença, e não o estudo em nível individual. Nesse sentido, a autora afirma que o adoecimento se processa através de diferentes relações nas diferentes sociedades e nas diferentes classes sociais dentro de uma mesma sociedade. Assim, as formas de inserção dos diversos grupos populacionais no processo de produção e as relações que tais grupos estabelecem entre si, caracteriza a articulação entre o social e o processo saúde-doença.

Várias são as formas de classificação dos determinantes sociais das doenças. A classificação proposta por Lalonde (1981) tem sido utilizada pelo Ministério da Saúde e reconhece a existência de quatro determinantes: biologia humana, ambiente (incluindo características naturais e sociais), estilo de vida e serviços de saúde.

---

Na Odontologia embora haja um interesse crescente nos estudos que relacionem aspectos sociais e saúde bucal, encontram-se evidências relativamente iniciais nesse sentido. Diversos autores tem buscado verificar como fatores ambientais, sociais, econômicos, políticos e culturais, que determinam o acesso à renda, condições e estilos de vida das coletividades, contribuem para elevar o risco de adoecimento das mesmas (BALDANI; NARVAI; ANTUNES, 1996; DIEHNELT; KIYAK, 2001; GESSER; PERES; MARCENES, 2001; MALTZ; SILVA, 2001; HARATA et al., 2005).

O declínio da cárie dentária tem sido verificado em todo Brasil, entre os anos de 1980 e 2003, numa extensão de 61,7%. Entretanto, a iniquidade na distribuição da doença tem sido evidente, o que pode estar relacionado à ausência de melhorias no padrão de assistência odontológica e à manutenção da relação dos componentes do CPO-D, que sustenta a predominância do componente cariado em determinadas regiões. Isso sugere a necessidade de identificar os grupos sociais vulneráveis, a fim de implementar medidas sociais e econômicas que combatam a iniquidade na distribuição dessa doença (NARVAI et al., 2006).

Em outro estudo com abordagem ecológica para estudar a associação da cárie dentária com variáveis socioeconômicas no estado de São Paulo, verificou-se que a renda familiar, moradia, escolaridade e classe social propriamente dita mostraram associação positiva com esta doença, enquanto, a fluorose dentária apresentou associação somente com o grau de estudo das mães (MENEHIM et al, 2007). No estado do Paraná, a associação bruta entre número de dentistas e cárie dentária demonstrou uma associação positiva, sugerindo a baixa participação dos serviços odontológicos no controle da doença cárie, entretanto, ao ser ajustada por variáveis socioeconômicas e fluoretação das águas de abastecimento, essa associação não demonstrou significância estatística (BALDANI; NARVAI; ANTUNES, 2002).

É oportuno acrescentar que em outras sociedades e momentos históricos a cárie dentária estava mais presente nos indivíduos das classes socioeconômicas mais ricas, entretanto, essa inversão não exime a contribuição da posição social no aparecimento dessa doença (SHEIHAM, 1984). Essa associação se estabelece à medida que a posição socioeconômica possibilita a exposição a fatores que

---

condicionam a saúde bucal como, dieta, maior instrução sobre importância e realização de higiene oral e acesso a serviços odontológicos.

Para Diehnelt & Kiyak (2001) em países com alto e médio nível de desenvolvimento, as crianças tiveram maior prevalência de cárie dentária. Esse fato está relacionado a mais intensa urbanização, que possibilita o acesso à alimentação industrializada, rica em açúcar e, em consequência, com alto potencial cariogênico. Isso demonstra que este fator contribui para a inversão no padrão de adoecimento por cárie dentária e para a construção de desigualdades no desenvolvimento dessa morbidade.

A influência dos determinantes sociais no desenvolvimento da doença periodontal também tem sido investigada, e no Brasil é possível estabelecer relação entre fatores sociodemográficos contextuais e esta morbidade em adultos entre 35 e 44 anos. A prevalência da doença periodontal apresentou-se em proporção inversa ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) das diferentes regiões do país, demonstrando sua relação com a iniquidade social (VETTORE et al, 2013). Entretanto, é válido expor que esses estudos sobre o desfecho doença periodontal demonstram variabilidade em resultados, sobretudo pela própria dificuldade e multiplicidade de critério diagnóstico dificultam a realização de estudos e a comparação de dados (CELESTE, 2009). Ao que parece, em segmentos sociais mais ricos o controle de placa é mais eficiente, quer pelo acesso a instrução e dispositivos de higiene oral ou maior frequência de visitas ao dentista para controle do biofilme bacteriano.

Ao associar alterações oclusais com fatores socioeconômicos, Frazão e Narvai (2006), por meio de um estudo com alunos de escolas públicas e privadas no estado de São Paulo, concluíram que adolescentes que vivem em cidades grandes, com água fluoretada, e alto nível socioeconômico apresentaram menor probabilidade de apresentar oclusopatias. O levantamento do Ministério da Saúde, realizado em 2010, revelou que, aos 12 anos, os indivíduos com cor de pele preta apresentam maiores chances de possuírem oclusopatias, frente aos indivíduos brancos. Considerando-se que a renda de brasileiros pretos e pardos é inferior a da população branca, os dados do SBBrasil possivelmente revelam relação entre distúrbios oclusais e iniquidade social (PERES et al, 2013) Entretanto, relacionar esses dois eventos também se constitui um desafio na odontologia, pois muitos

---

estudos não tem sido exitosos na elucidação dessas relações (TOMITA et al., 2000; PERES, 2002).

Antunes et al. (2001) investigaram a distribuição da mortalidade por câncer oral no estado de São Paulo, entre 1980 e 1998. Seus achados mostraram que as áreas com maior mortalidade por essa doença demonstraram alta iniquidade na distribuição de renda, alto nível de desemprego, aglomeração domiciliar, analfabetismo, baixa renda e baixo nível de instrução.

### **Ações de Promoção em Saúde Bucal e Abordagens dos Serviços de Saúde à luz das Teorias das Determinações Sociais**

A elaboração dos programas de promoção em saúde e prevenção de doenças se basearam, durante muitos anos, na criação de espaços para a implementação de estratégias de educação e sensibilização em saúde, que priorizavam mudanças no estilo de vida e nos comportamentos deletérios, principalmente aqueles de alto risco individual. As abordagens desses programas destinavam-se, na maioria das vezes, a uma pequena parcela da população, tinham foco no adoecimento e desconsideravam o contexto social e econômico dos indivíduos, contribuindo pouco para alterações nos indicadores de saúde (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

Os programas de promoção da saúde bucal, influenciados pelos aspectos mercantilista, reducionistas e individualistas da odontologia de mercado, e nos tradicionais programas de “promoção em saúde”, apresentam limitações importantes (WATT, 2002; FIGUEIREDO et al, 2003;).

A partir das mudanças advindas da saúde pública e do fortalecimento das políticas de promoção em saúde, como meio de reduzir as desigualdades nas distribuições das doenças, observa-se o surgimento de teorias sobre promoção da saúde bucal, que consideram aspectos ambientais e a necessidade de abordagens holísticas em saúde (WATT, 2002). Tais teorias criticam a abordagem tradicional, pautada na teoria psicológica, que defende a ideia reducionista de mudanças de comportamentos atrelados meramente à noção de “perigo”, imposta por profissionais de saúde, por conseguinte apresentando pouca influência nas motivações, crenças, atitudes e comportamentos da população. Em contraposição a abordagem

---

tradicional, três correntes de pensamento de promoção da saúde, também incorporados às discussões em Saúde Bucal Coletiva, surgiram como propostas teóricas para substituir o modelo ainda hegemônico, entre as quais, estão a análise do ciclo de vida, o modelo salutogênico e o capital social (WATT, 2002).

A Análise do Ciclo de Vida considera que os riscos biológicos interagem com fatores socioeconômicos e psicossociais de forma complexa para resultar em adoecimento, assim como, baseia-se no princípio de que o corpo é capaz de “recordar”, por meio de agravos à saúde, as exposições as quais foram submetidos no passado. Essa teoria considera que há períodos críticos para o surgimento de doenças, e que as estratégias de promoção da saúde devem basear-se nas suscetibilidades específicas em cada período ou ciclo de vida (WATT, 2002).

O Modelo Salutogênico é baseado numa proposta da abordagem de fatores responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da saúde, os quais seriam diferentes daqueles que produzem doenças. Essa teoria considera que o estresse é algo inerente à humanidade e, portanto, lidar com fontes de estresse a partir da “criatividade” ou “senso de coerência” seria uma tentativa de manter a saúde a despeito das adversidades. Assim, o foco de atuação desse modelo é capacidade de gerar saúde, a partir da identificação e compreensão de situações adversas, bem como na utilização de recursos disponíveis para encontrar a situação de saúde (SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008).

Finalmente, a Teoria do Capital Social considera que a população deve ser co-responsável pelo desenvolvimento e manutenção da saúde a nível individual e coletiva, por meio do empoderamento e da participação social, atuando de forma efetiva nos debates que visam à redução da pobreza e desigualdades sociais em saúde (WATT, 2002).

No entanto, a implementação de tais estratégias requer aprofundamento das produções científicas em saúde bucal, sobretudo, em relação ao conhecimento do processo saúde-doença bucal, considerando a totalidade dos contextos sociais, econômicos, comportamentais e de gênero envolvidos. Além disso, outras variáveis corriqueiramente desconsideradas, como condições de trabalho, coesão e privações sociais, devem ser vislumbradas em investigações científicas (NEWTON; BOWER, 2005).

---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A fragilidade da Odontologia, no contexto da Saúde Coletiva, implica na reprodução e hegemonia da prática privada em atenção à saúde bucal. Esse fato demarca um distanciamento da preocupação de elucidar as potenciais relações sociais envolvidas no processo saúde-doença bucal.

Essa característica resulta em escassez e limitação das abordagens metodológicas, em especial dos determinantes sociais nas pesquisas odontológicas, apesar da tendência crescente dos estudos nessa área. Tal característica influencia na implementação de novas abordagens e políticas de promoção em saúde bucal, tornando-as incapazes de responder às demandas sociais nesse campo.

Nesse sentido, tem-se levantado a necessidade de abordagens metodológicas que superem esse paradigma, por meio de análises que consideram a complexidade envolvida no processo de adoecimento da população enfatizando o caráter social do mesmo. Dessa forma, espera-se que sejam produzidas mudanças no processo de trabalho dos profissionais responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde bucal, com vistas a dar maior resolubilidade aos problemas de saúde da população, com equacionamento de iniquidades.

### **SOCIAL DETERMINATION OF THE ORAL HEALTH-DISEASE: AN APPROPRIATION NECESSARY**

#### **ABSTRACT**

New paradigms in health, embodied with health reform and expressed in the creation of the Unified Health System, remain an open field, which needs to be further explored by Dentistry. Sought up to build a reflection about the appropriation of the approach of the social determination of the diseases under Dentistry, from history, epidemiology and facing reasoning practices. Therefore, literature review was held on the theme, used as reference databases Scielo, Pubmed and Lilacs, as well as books that presented substantial discussion on the subject. Despite traces of inequality and inequity that permeate the oral health status, evidenced in Brazilian population studies, the dental practice is still rooted in outdated paradigms that focus

on inherited shares of the biomedical model, which do not share with ideal of social determination of health conditions. The market Dentistry is still a common practice in public health areas, bringing results in a fragmented care and little committed to the integrity of the users. In this sense, there is need for greater ownership of the theoretical, conceptual and practical framework inaugurated by the Public Health as a way to transform dentistry in your daily work process, relationships within the micro spaces of action and investigative approaches in order to settle the inequities that field.

**KEYWORDS:** Collective health. Oral health. Epidemiological determinants.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

ANTUNES, J. L. F. et al. Trends and spatial distribution of oral câncer mortality in São Paulo, Brazil, 1980-1998. **Oral Oncology**, v. 37, p. 345-350, 2001.

BALDANI, M. H.; NARVAI, P. C.; ANTUNES, J. F. L. Cárie dentária e condições socioeconômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p 755-63, Maio/Jun, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. 2004a. Disponível

em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf)>. Acesso em 28 de set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portarias nº. 599/GM de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. 2006. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria599\\_23\\_03\\_06.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria599_23_03_06.pdf). Acesso em: 28 de set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria N.º 267, de 06 de março de 2001: Reorganização das ações de Saúde Bucal na Atenção Básica**. Portaria de normas e diretrizes da Saúde Bucal, 2001. Disponível em: <[http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo\\_amplo/portaria267.htm](http://www.saudebucalcoletiva.unb.br/oficina/estado/coletivo_amplo/portaria267.htm)>. Acesso em 03 de dez. 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: Resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BUENO, R. E. et al. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 36, n. 1, p. 17, 2014.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007.

CELESTE, R. K. **Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal**. Dissertação [mestrado]. 332 f – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

CHAVES M. M. **Manual de odontologia sanitária**. Tomo I. São Paulo: Massao Ohno-USP, 1960.

DIEHNELT, D. E.; KIYAK, H. A. Socioeconomic factors that affect international caries levels. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 29, p. 226-33, 2001.

FIGUEIREDO, G. O.; BRITO, D. T. S.; BOTAZZO, C. Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p.753-63, 2003.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Socio-environmental factors associated with dental occlusion in adolescents. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 129, n. 6, p. 809-16, Jun, 2006.

GESSER, H. C.; PERES, M. A.; MARCENES, W. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 289-93, 2001.

HARATA, S. et al. Relationships between lifestyle and dental health behaviors in a rural population in Japan. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 33, p. 17-34, 2005.



- IYDA, M. Saúde Bucal: uma prática social. In: BOTAZZO, C., FREITAS, S. F. T. (org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas**. Edusc-Unesp: São Paulo, 1998. p. 127-139.
- KRIGER, L. **Promoção de saúde bucal**. 1ª ed. São Paulo: Artes Médicas-Aboprev, 1997.
- LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa, April 1974. Ottawa: Government of Canadá, 1981.
- LAURELL, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.
- LOUREIRO, C. A.; OLIVEIRA, F. J. **Inversão da atenção: uma estratégia para construção de modelos locais em saúde bucal**. Belo Horizonte: Estação Saúde, 1995. 125p.
- MALTZ, M; SILVA, B. B. Relação entre cárie dentária, gengivite, fluorose e nível socioeconômico em escolares. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 170-176, 2001.
- MENECHIM, M. C. *et al.* Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 523-529, 2007.
- NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.
- NARVAI, P. C. Saúde bucal coletiva: um conceito. **Revista Odontologia e Sociedade**, v. 3, p. 47-52, 2001.
- NARVAI, P. C. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- NEWTON, J. T.; BOWER, E. J. The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal network. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, 33: 25-34, 2005.
- PERES, K. G.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G. Padrão epidemiológico das oclusopatias muito graves em adolescentes brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 109-117, 2013.
- PINTO V. G. **Saúde bucal: odontologia social e preventiva**. 1ª ed. São Paulo: Santos, 1989.

- RONCALLI, A. G. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 9-14, Jan/Mar 1999.
- SHEIHAM, A. Changing trends in dental caries. **International Journal Epidemiology**, v.13, n. 2, p. 142-147, 1984.
- SILVA, A. N.; MENDONÇA, M. H. M.; VETTORE, M. V. A salutogenic approach to oral health promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, sup. 4, p. s521-s530, 2008.
- TOMITA, N. E. 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, p. 169-175, abr./jun. 2000.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, sup. 2, p. 325-330, 1997.
- VETTORE, M. V.; MARQUES, R. A. A.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 29-39, 2013.
- WALTER, L. R. F.; GARBERLINI, M. L.; GUTIERREZ, M. C. Bebê-clínica, a experiência que deu certo. **Divulgação em saúde para o debate**, n. 6, p. 65-68, 1991.
- WATT, R.G. Emerging theories into the social determinants of health: implication for oral health promotion. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 30, p. 241-247, 2002.