

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

NEY ALBUQUERQUE ACOSTA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL ASSOCIADA AO
BAIXO NÍVEL SOCIOECONÔMICO**

BAURU
2014

NEY ALBUQUERQUE ACOSTA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL ASSOCIADA AO
BAIXO NÍVEL SOCIOECONÔMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Centro de Ciências da
Saúde como parte dos requisitos para
obtenção do título de bacharel em
Odontologia sob a orientação da Profa. Dra.
Melissa Thiemi Kato.

**BAURU
2014**

A185c Acosta, Ney Albuquerque.

Condição de saúde bucal associada ao baixo nível socioeconômico / Ney Albuquerque Acosta -- 2014.
46f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Melissa Thiemi Kato.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Saúde bucal. 2. Condições socioeconômicas. 3. Determinantes sociais. 4. Prevenção. I. Kato, Melissa Thiemi. II. Título.

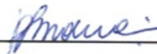
ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Ney Albuquerque Acosta.

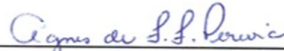
Ao dia cinco de novembro de dois mil e quatorze, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de NEY ALBUQUERQUE ACOSTA: "A saúde bucal e as variáveis socioeconômicas." Compuseram a banca examinadora os professores Dra. Melissa Thiemi Kato (orientadora), Dra. Patrícia Garcia de Moura Grec e Dra. Agnes de Fátima Faustino Pereira. Após a exposição oral, o candidato foi arguido pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVADO, com a nota 9,3 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pelo Orientador e pelos demais membros da banca.



Dra. Melissa Thiemi Kato (Orientadora)



Dra. Patrícia Garcia de Moura Grec (Avaliador 1)



Dra. Agnes de Fátima Faustino Pereira (Avaliador 2)

NEY ALBUQUERQUE ACOSTA

**CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL ASSOCIADA AO BAIXO NÍVEL
SOCIOECONÔMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Odontologia sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Melissa Thiemi Kato.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Melissa Thiemi Kato - Orientadora
Universidade do Sagrado Coração

Dra. Agnes de Fátima Faustino Pereira

Dra. Patrícia Garcia de Moura Grec

Bauru, 05 de novembro de 2014.

Dedico este trabalho à minha amada
família: minha esposa e minhas filhas,
razão do meu ser.

AGRADECIMENTOS

Meu caminho é feito de altos baixos. Mas nenhum obstáculo foi impossível transpor, pois Deus esteve sempre comigo e, por vezes, me carregou no colo. A Ele, meu Deus, agradeço pelo dom da vida e pelas infinitas bênçãos depositadas em meu caminhar.

Aos meus amados pais Adir e Maria Eva agradeço por se fazerem presentes em minha vida. Mesmo distantes, pude senti-los perto de mim e isso me encorajou e deu forças para que eu chegasse até aqui.

A minha querida esposa e amiga Ana Cristina que sempre esteve ao meu lado, incondicionalmente, me incentivando e acreditando que eu era capaz de concretizar o meu sonho e alcançar o meu objetivo – ser um cirurgião-dentista.

Agradeço as minhas duas filhas amadas, Victória e Giovanna. Por elas e com elas, eu me levantei várias vezes. Obrigado por existirem e acreditarem em mim.

Não poderia deixar de agradecer uma pessoa muito especial que com suas palavras sábias e compreensão me impulsionou a seguir em frente, quando eu mais precisava. À Dona Nilva, eu serei eternamente grato pela presença maternal e amiga.

Aos meus irmãos de coração, Nilvinha e André, pessoas maravilhosas que, mesmo em silêncio, demonstraram, através de gestos de carinho, o quanto sempre torceram por mim. A vocês meus queridos irmãos o meu muito obrigado!

Ao meu amigo de todas as horas, Carlos Damiani, o meu sincero agradecimento pela sua presença em minha vida.

Agradeço o meu grande amigo Marcusléo, companheiro de faculdade, de horas difíceis e alegres. Obrigado por compartilhar comigo a sua amizade sincera.

Agradeço a minha orientadora Prof^a. Melissa Thiemi por conduzir o meu trabalho com paciência e sabedoria.

À minha professora Carolina Pegoraro o meu agradecimento pela dedicação com que conduziu os meus estudos, guiando os meus trabalhos na clínica e me orientando o meu crescimento e aperfeiçoamento profissional.

Aos meus professores, de uma maneira geral, agradeço pela atenção e por me estenderem as mãos todas as vezes que precisei.

*Algo só é impossível até que alguém
duvide e resolva provar ao contrário.*
(Albert Einstein)

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo estudar a relação entre a condição socioeconômica e a saúde bucal. Trata-se de uma investigação de natureza bibliográfica sobre os efeitos da desigualdade de renda na saúde bucal, a partir de uma análise de trabalhos sobre o tema, anexados em base de dados especializada na área da saúde. A obtenção de uma boa saúde bucal deve passar por um padrão de vida aceitável no qual se incluem as condições apropriadas de trabalho, de educação, atividades culturais e de recreação representadas pelas condições de vida. Os estudos revisados mostram que a saúde bucal reflete a desigualdade socioeconômica vigente e o difícil acesso à assistência odontológica para a maioria da população. Conclui-se que a maioria dos estudos evidencia que os baixos níveis de capital social se associam às piores condições de saúde bucal e que as ações preventivas podem evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações.

Palavras-chave: Saúde bucal. Condições socioeconômicas. Determinantes sociais; Prevenção.

ABSTRACT

The objective of this work was to study the relationship between socioeconomic status and oral health. This is a bibliographic nature research of the effects of income inequality in oral health, from an analysis of papers on the subject, attached in specialized database in healthcare. Achieving good oral health must pass an acceptable standard of living in which the appropriate working conditions, education, cultural and recreational activities represented by the conditions of life are included. The reviewed studies show that oral health reflects the prevailing socio-economic inequality and poor access to dental care for the majority of the population. We conclude that most of the studies shows that low levels of social capital are associated with worse oral health and preventive actions can prevent the emergence of specific diseases, reducing its incidence and prevalence in populations.

Keywords: Oral health; Socioeconomic conditions; Social determinants; Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead, 1992. _____25

Figura 2 – Modelo de determinação social da saúde proposto pela *Comission on Social Determinants of Health* (CSDH), 2007. _____26

Figura 3 - Relação entre os determinantes sociais de saúde proposto por Lalonde, 1974.
_____27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Problemas dentários e ações terapêuticas relatadas por moradores da comunidade do Dendê (“dente de pobre”), comparados ao padrão de cuidado odontológico oferecido aos pacientes de elevado padrão socioeconômico (“dente de rico”). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2006. _____ 32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivo Específico	14
3. METODOLOGIA	14
4. RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 SAÚDE BUCAL	15
4.1.1 A saúde ao longo da história	15
4.1.2 Abordagens atuais do conceito de saúde	18
4.1.3 Determinantes das desigualdades socioeconômicas em saúde	22
4.1.4 Condição de vida e saúde bucal	28
4.2 PRINCIPAIS PATOLOGIAS BUCAIS ASSOCIADAS AO BAIXO NÍVEL SOCIOECONOMICO	33
4.2.1 Cárie dentária	33
4.2.1.1 Perfil epidemiológico	33
4.2.1.2 Principais fatores de risco	34
4.2.1.3 Abordagem coletiva	34
4.2.1.3.1 Promoção de saúde bucal	34
4.2.1.3.2 Ações educativas e preventivas	34
4.2.1.4 Abordagem individual	35
4.2.2 Doença Periodontal	35
4.2.2.1 Principais fatores de risco	35
4.2.2.2 Abordagem coletiva	36
4.2.2.2.1 Estratégias	36
4.2.2.3 Abordagem individual	37
4.3 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	37
4.3.1 O papel da Odontologia	37
4.3.2 A prevenção na saúde bucal	39
5. DISCUSSÃO	42
6. CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	51

1 INTRODUÇÃO

Pensar o processo saúde-doença é um desafio quando se trata da compreensão das desigualdades sociais influenciando na distribuição da doença na sociedade. O sistema de reprodução social influencia diretamente no modo desigual sobre a ocorrência da doença sobre os indivíduos.

Castellanos (1997, p. 31) propõe o estudo das desigualdades em saúde a partir da categoria "condições de vida", destacando que:

Cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, tem necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por sua idade, pelo sexo e por outros atributos individuais, seja por sua localização geográfica e ecológica, por sua cultura e nível educativo, ou seja, por sua inserção econômico-social, que se traduz em um perfil de problemas de saúde/doença peculiares, os quais favorecem e dificultam, em maior ou menor grau, sua realização como indivíduo e como projeto social.

O perfil de condições de vida está vinculado a quatro dimensões do processo de reprodução social (CASTELLANOS, 1997):

- a) **dimensão dos processos biológicos:** aspectos genéticos e capacidade imunológica;
- b) **dimensão dos processos ecológicos:** meio ambiental residencial e do trabalho;
- c) **dimensão dos processos econômicos:** forma de articulação com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços;
- d) **dimensão dos processos reprodutivos das formas de consciência e de comportamento:** determinantes culturais, estilos de vida individuais e coletivos.

Considera o autor que a inserção econômica e social dos indivíduos confere necessidades e riscos específicos ao longo de sua vida, o que se traduzirá em um perfil de problemas de saúde peculiar.

No pensamento Breilh e Granda (1986 apud Lacerda, 2005, p. 6) reafirma-se tais reflexões:

[...] a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo em diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. A qualidade de vida a que cada grupo socioeconômico está exposto é diferente e, portanto, é igualmente diferente sua exposição a processos de riscos que produzem o aparecimento de doenças e formas de mortes específicas, assim como o seu acesso a processos benéficos ou potencializadores de saúde e de vida.

Segundo Paim (1997) o perfil epidemiológico de uma dada população é determinado, por um lado, pela estrutura de produção (inserção na estrutura ocupacional) e, de outro, pela estrutura do consumo (estilo de vida) que, juntamente com a renda mensal no mercado de trabalho, indicam as condições e modo de vida. Desta forma, as condições de vida expressam as condições materiais dos grupos humanos de uma dada sociedade.

Existem, atualmente, duas iniciativas institucionais que representam uma retomada da abordagem do processo saúde-doença a partir da análise das diferenças em saúde e suas causas estruturais. De um lado, temos uma instituição internacional – a Organização Mundial da Saúde (OMS) que criou em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CSDH, em inglês), cujo objetivo foi promover internacionalmente uma reflexão global sobre os determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e grupos populacionais e sobre a necessidade de combate às diferenças em saúde por ele geradas. O trabalho da CSDH focou-se em países com diferentes níveis de renda e desenvolvimento, uma vez que em todos os casos as inequidades em saúde são influenciadas pelo sistema econômico e político mundial (SOBRAL; FREITAS, 2010).

Por outro lado, tem-se a iniciativa brasileira. O Brasil surge como o primeiro país da Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar a sua Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no ano de 2006. Destacam-se alguns dos objetivos da CNDSS:

- produzir informações e conhecimentos sobre determinantes sociais da saúde no Brasil;
- contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas e programas para a promoção da equidade em saúde;
- promover a mobilização de diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre o tema.

Buscando a otimização do alcance dos objetivos a CNDSS foi guiada por três compromissos éticos: assegurar a equidade em saúde, recomendar intervenções baseadas em evidências científicas, e agir por meio de políticas e programas no combate às iniquidades em saúde (CNDSS, 2008).

Lacerda (2005) salienta que os principais indicadores para estudar as desigualdades sociais em saúde se fundamentam em: ocupação, nível de renda e

educação. Tais aspectos são apontados como importantes variáveis no estudo de desigualdades, podendo ser utilizados enquanto definidores de classe social.

Voltando-se o tema para a área da Odontologia predominam alguns indicadores nos estudos em desigualdade em saúde, sendo os mais utilizados: escolaridade, renda familiar e propriedade de bens, destacando-se moradia e automóveis (LACERDA, 2005). O referido autor enfatiza que os indicadores clínicos na definição de saúde bucal da população e na avaliação de serviços de saúde é um aspecto em constante debate no meio odontológico. O autor, ainda, observa que, muitas vezes, a ênfase nos indicadores clínicos superdimensiona a visão normativa do processo saúde-doença, mascarando as dimensões sociais da saúde bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Partindo do pressuposto de que os aspectos sociais impactam perfis patológicos específicos, o presente trabalho pretende verificar as correlações entre as variáveis socioeconômicas na saúde bucal, através de revisão de literatura, abordando os principais autores que abordam sobre o tema proposto.

2.2 Objetivo Específico

Como objetivo específico tentou-se relacionar doenças de manifestação bucal associadas ao baixo nível socioeconômico com os aspectos de promoção e prevenção à saúde bucal.

3 METODOLOGIA

Do ponto de vista metodológico, trata-se de um trabalho de revisão de literatura com os principais autores que abordam sobre o tema saúde bucal e os impactos socioeconômicos. Desta forma, buscou-se subsídios teóricos com base de dados específicos de literatura científica como Scielo, MedLine e site de periódicos, monografias e teses disponibilizados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bem como revistas na área de Saúde Coletiva, utilizando-

se como palavras-chaves: saúde coletiva; saúde bucal; fatores socioeconômicos; condições sociais, prevenção. O ano de abrangência de busca literária corresponde aos anos de 1986 a 2014.

4 RESULTADOS OBTIDOS A PARTIR DA REVISÃO DE LITERATURA

4.1 SAÚDE BUCAL

4.1.1 A saúde ao longo da história

Muitas das reais preocupações humanas sempre estiveram ligadas à saúde e à doença. A história aponta que modelos de explicação da saúde e da doença sempre estiveram vinculados aos diferentes processos de produção e reprodução das sociedades humanas. Desde a visão mágica dos caçadores-coletores até a perspectiva individualizante do capitalismo concorrencial, a diversidade de práticas que procuram promover, manter ou recuperar a saúde tem estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época. (FONSECA, 2007)

Para Scliar (2002) a preocupação com a conservação da saúde acompanha o homem desde os primórdios. Diversos comportamentos exemplificam o instinto humano de conservação: a rejeição a substâncias amargas, a procura de abrigos para o frio, o calor e a chuva, a necessidade de repousar, de comer e beber etc.

Fonseca (2007) observa que a doença, no entanto, sempre esteve presente ao longo do desenvolvimento da humanidade. A autora aponta que os estudos de paleoepidemiologia relatam a ocorrência, há mais de três mil anos, de diversas doenças que até hoje assolam a humanidade.

Scliar (2007, p. 30) ilustra a concepção mágico-religiosa da doença:

Real ou imaginária, a doença, e, sobretudo a doença transmissível, é um antigo acompanhante da espécie humana, como o revelam pesquisas paleontológicas. Assim, múmias egípcias apresentam sinais de doença (exemplo: a varíola do faraó Ramsés V). Não é de admirar que desde muito cedo a Humanidade se tenha empenhado em enfrentar essa ameaça, e de várias formas, baseadas em diferentes conceitos do que vem a ser a doença (e a saúde). Assim, a concepção mágico-religiosa partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. Para os antigos hebreus, a

doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. Deus é também o Grande Médico: “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago” (Êxodo 15, 26); “De Deus vem toda a cura” (Eclesiastes, 38, 1-9).

Como aponta Scliar (2007, p. 30), “a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino”. Sendo assim, a enfermidade proclamava o pecado, como no caso da lepra que é uma doença contagiosa, a partir de contato entre corpos humanos, evidenciando conotações pecaminosas. O autor relata que o Levítico detém-se longamente na maneira de diagnosticar a lepra; mas não faz uma abordagem similar para o tratamento. Primeiramente, porque não se tem um tratamento que possa chegar-se à cura; em segundo lugar, porque além de ser uma doença era também um pecado. Desta forma, o doente era isolado até a cura, um procedimento mantido e ampliado pelo cristianismo. Na Idade Média, o leproso era considerado morto e, mesmo que vivo, era rezada a missa de corpo presente, após o mesmo era isolado num leprosário, a fim de não manter contato com outras pessoas.

Observa-se, assim, que os povos da Antiguidade cultivavam o pensamento mágico-religioso. Tal pensamento desencadeou a manutenção da coesão social e o desenvolvimento inicial da prática médica.

O papel da cura, nas diferentes culturas, estava entregue a indivíduos iniciados: os sacerdotes incas; os xamãs e pajés entre os índios brasileiros; as benzedeiros e os curandeiros na África. Sendo considerados líderes espirituais com funções e poderes de natureza ritualística, mágica e religiosa, mantinham contato com o universo sobrenatural e com as forças da natureza. Encarregados de realizar a cura, erradicando o mal e reintegrando o doente a partir de diferentes recursos extáticos de convocação, captura e afastamento dos espíritos malignos, os curandeiros valem-se de cânticos, danças, instrumentos musicais, infusões, emplastros, plantas psicoativas, jejum, restrições dietéticas, reclusão, tabaco, calor, defumação, massagens, fricção, escarificações, extração da doença pela provocação do vô- mito, entre outros recursos terapêuticos. (FONSECA, 2007).

Rosen (1994) aponta que alguns problemas de saúde se acentuaram com o desenvolvimento da vida comunitária.

Segundo Fonseca (2007) o cultivo da terra e a produção de alimentos, no neolítico, permitiram a fixação do homem em terras próximas de rios e vales férteis,

dando origem aos primeiros aldeamentos. O homem, desta forma, passou de nômade a agricultor e pastor. Com isso a domesticação dos animais, seja para auxílio no plantio, seja como fonte regular de proteínas, foi elemento crucial no aparecimento de novas doenças. Originalmente presentes nos animais, diversos microorganismos são, pouco a pouco, adaptados e disseminados entre as populações humanas. Doenças como a varíola e a tuberculose migraram do gado para os seres humanos.

Palmeira et al (2004) alerta que os porcos e aves transmitiram a gripe, e o cavalo, o resfriado comum. Fonseca (2007) afirma que o armazenamento de alimentos e a concentração dos dejetos nas aldeias aproximaram os vetores do convívio humano.

Século após século, as civilizações vão-se desenvolvendo e se consolidando e, desta forma, vão surgindo outras formas de enfrentar os problemas ligados à saúde, conforme descreve ROSEN (1994, p. 35):

Escavações realizadas no norte da Índia indicaram a existência de uma antiga civilização que, há cerca de quatro mil anos, já apresentava indícios de planejamento urbano, com ordenamento das casas, ruas largas, pavimentadas e canais para escoamento do esgoto (Rosen, 1994). Impressionantes sistemas de abastecimento de água, instalações para banhos, descargas para lavatórios e canalização para o esgoto também estavam presentes no Antigo Egito (3.100 a.C.), na cultura creto-micênica (1.500 a.C.) e entre os quéchuas, no Império Inca (1200 d.C.). Embora a preocupação com a limpeza e higiene pessoal acompanhe o homem desde a pré-história, as razões para esse comportamento são bastante distintas. A associação entre limpeza e religiosidade é comum em diferentes culturas. Expurgar as impurezas a fim de apresentar-se limpo aos olhos dos deuses constitui-se um hábito e um ritual de diferentes civilizações como os incas, hebreus e egípcios. Com um forte enraizamento histórico nas mais diferentes culturas, a visão mágico-religiosa ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. De um lado, o uso disseminado de chás, o recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e os ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões (católica, evangélica, espírita, candomblé entre outras), atestam a força de sua presença na cultura brasileira. De outro, salienta-se a importância de reassociar as dimensões espiritual e ambiental às tradicionais dimensões social, biológica e psicológica em que se insere a vida humana (Luz, 2006). Na perspectiva da formação de profissionais de saúde, em especial daqueles que irão atuar junto à população, como é o caso dos agentes comunitários de saúde (ACS), é fundamental que se reconheça e respeite a expressão dessas crenças e práticas na sociedade, viabilizando um encontro de saberes que possa conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado, realizadas pelos serviços de saúde.

Lourenço et al (2012) explica que a cultura clássica grega é importante na evolução do conceito de saúde, com a busca por uma explicação racional para os acontecimentos, descartando elementos mágicos e religiosos, considerando a observação empírica, a importância do ambiente, a sazonalidade, o trabalho e a posição social do indivíduo. A referida autora salienta que os gregos buscavam, mais do que lidar com os problemas de saúde, entender as relações entre o homem e a natureza.

Entre estas preocupações estava a explicação da saúde e da doença como resultantes de processos naturais e não sagrados.

Se a Idade Média foi marcada pelo período do feudalismo e pela forte influência do cristianismo sobre a visão de saúde e doença, a Idade Moderna, nos séculos XVII e XVIII, foi marcada por muitos avanços na medicina, com o descobrimento do microscópio e o desenvolvimento da bacteriologia. Destaca-se a adoção da “polícia sanitária” como política de saúde, que obrigava os sadios, pela coerção e pelo poder de polícia, a adotarem comportamentos adequados à saúde e os indivíduos doentes a se isolarem. O empirismo, baseado na observação e na explicação racional para os fenômenos naturais, favoreceu o desenvolvimento da saúde com a busca acerca da causalidade das doenças, fortalecendo a biologia científica, sem influência externa da filosofia. A medicina moderna direciona sua atuação para o corpo e para a doença, na busca de um estado biológico normal. O pensamento científico na Idade Moderna tende a redução, objetividade e fragmentação, com a multicausalidade destacando-se no século XX. (LOURENÇO ET AL, 2012).

Na contemporaneidade, tem-se a evolução do conceito saúde, caminhando juntamente com as contribuições que as discussões sobre promoção da saúde proporcionaram.

Lourenço et al (2012, p. 20) destaca o momento vivenciado na atualidade:

O Relatório Lalonde, elaborado a partir de estudos do ministro canadense Lalonde em 1970, e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em setembro de 1978, se destacam na evolução do conceito, onde a saúde foi reconhecida pela primeira vez como um direito, tendo como estratégia básica, a Atenção Básica à Saúde com participação dos usuários no processo. Atualmente, com as transformações econômicas decorrentes do processo de globalização e as consequências do capitalismo, enfatiza-se a valorização da competitividade e o individualismo. Essas características influenciaram também na determinação da evolução do conceito de saúde, atualmente com acentuada crítica ao modelo hegemônico, mas que sofreu influências relevantes nas transformações que ocorreram com a evolução da humanidade.

4.1.2 Abordagens atuais do conceito de saúde

A Organização Mundial da Saúde – OMS define saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença” (WHO, 1946 apud FLECK, 2007).

Scliar (2007, p.37) faz uma análise do conceito de saúde a partir da OMS:

Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir, é o de campo da saúde (health field), formulado em 1974 por Marc Lalonde, titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá - país que aplicava o modelo médico inglês.

De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange (SCLiar, 2007):

1. **A biologia humana:** compreende a herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento;
2. **O meio ambiente:** inclui o solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho;
3. O estilo de vida: resultante das decisões que afetam a saúde, tais como: fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios;
4. **A organização da assistência à saúde:** a assistência médica, os serviços ambulatoriais e hospitalares e os medicamentos são as primeiras coisas em que muitas pessoas pensam quando se fala em saúde. No entanto, esse é apenas um componente do campo da saúde, e não necessariamente o mais importante; às vezes, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos. É melhor evitar o fumo do que submeter-se a radiografias de pulmão todos os anos. É claro que essas coisas não são excludentes, mas a escassez de recursos na área da saúde obriga, muitas vezes, a selecionar prioridades.

Ainda para Scliar (2007), a amplitude do conceito da OMS desencadeou críticas de natureza técnica, pois a saúde seria algo ideal, inatingível e tal definição não pode ser usada como objetivo pelos serviços de saúde; também houve críticas de natureza política, libertária, uma vez que o conceito permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde.

Segre e Ferraz (1997) apontam a definição de saúde segundo a OMS como algo avançado para a época em que foi realizada, mas alertam que para o momento atual ela é irreal, ultrapassada e unilateral, conforme descrevem:

Trata-se de definição irreal por que, aludindo ao “perfeito bem-estar”, coloca uma utopia. O que é “perfeito bem-estar”? É por acaso possível caracterizar-se a “perfeição”? Não se deseja, focar o subjetivismo que tanto a expressão “perfeição”, como “bem-estar” trazem em seu bojo. Mas, ainda que se recorra a conceitos “externos” de avaliação (é assim que se trabalha em Saúde Coletiva), a “perfeição” não é definível. Se se trabalhar com um referencial “objetivista”, isto é, com uma avaliação do grau de perfeição,

bem-estar ou felicidade de um sujeito externa a ele próprio, estar-se-á automaticamente elevando os termos perfeição, bem-estar ou felicidade a categorias que existem por si mesmas e não estão sujeitas a uma descrição dentro de um contexto que lhes empreste sentido, a partir da linguagem e da experiência íntima do sujeito. Só poder-se-ia, assim falar de bem-estar, felicidade ou perfeição para um sujeito que, dentro de suas crenças e valores, desse sentido de tal uso semântico e, portanto, o legitimasse. [...] Nessas condições, não se poderá certamente falar em “perfeito bem-estar social”. Entende-se que, para fins de estatísticas de saúde, as formas de “avaliação externa” sejam necessárias; não seria exequível “qualitativar-se” esse tipo de mensuração. Essas reflexões e as que se seguirão são cabíveis para que o estudioso de ciências de saúde possa “pensar” melhor sua matéria. (SEGRE; FERRAZ, 1997, p. 539).

Indo de encontro à definição de saúde da OMS, Segre e Ferraz (1997, p. 540) justificam:

A definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados. A continuidade entre o psíquico e somático tem sido objeto de uma série de investigações. Se o psíquico responde ao corporal e vice-versa, fala-se, então, de um sistema onde não se delineia uma nítida divisão entre ambos. A pesquisa em psicossomática mostra que, para um bebê, não faz sentido a divisão entre mente e soma. A psicossomática de inspiração psicanalítica tem colocado questões para a noção cartesiana da dicotomia mente-corpo. Marty¹⁰ (1980), por exemplo, viu em certas doenças, verdadeiras expressões do inconsciente manifestadas de forma primitiva, isto é, decorrentes da insuficiência fantasmática do sujeito. Assim, ao invés do sujeito produzir um sintoma psíquico e simbólico, como ocorre no caso da neurose, ele tende a responder ao excesso de excitação que não pode elaborar utilizando o corpo real.

Desta forma, em decorrência de tais críticas, surge o conceito de Christopher Boorse (1977), o qual define saúde como ausência de doença. Sendo assim, a classificação dos seres humanos como saudáveis ou enfermos seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor.

Uma quarta dimensão tem sido incorporada pelos profissionais e instituições às outras três (física, mental e social) estabelecidas pela OMS, ou seja, a dimensão espiritual da saúde. Para Reed (1991), apud Saad (2001), a espiritualidade pode ser definida como a “propensão humana para encontrar um significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível, um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal”.

A religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial capacidade de impactar sobre a saúde física, definindo-se como possível fator de proteção à doenças em populações previamente sadias (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007). Pessoas inseridas em redes de apoio que reforçam essas crenças individuais também apresentam um nível mais elevado de resistência às doenças (SAAD et al., 2001; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

Assim, desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão “não material ou espiritual” de saúde vem sendo discutida, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de saúde OMS para um “estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença” (WHO, 1998, apud FLECK et al., 2003).

A incorporação da dimensão espiritual nas práticas dos serviços de saúde deve ser respeitada pelos profissionais uma vez que as pessoas não aceitam passivamente as recomendações médicas, e quando estas não se ajustam a seus esquemas mentais, elaborados a partir dos contextos culturais e religiosos nos quais estão inseridos, são ignoradas ou rejeitadas. Muitas vezes, enquanto os profissionais de saúde estão preocupados em avaliar os sinais e sintomas objetivos, os indivíduos percebem e traduzem diferentemente a realidade, elaborando teorias causais ou modelos explicativos para as doenças, na medida em que estas provocam alterações em suas vidas e identidades sociais, e não apenas em suas funções orgânicas (ADAM; HERZLICH, 2001). Os autores reiteram essa discussão e a importância de os serviços tomarem ciência dessa dualidade entre saber popular e saber científico, quando afirmam que “para interpretar os fenômenos orgânicos, as pessoas apoiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referências interiorizadas conforme os grupos sociais e culturais a que pertençam. A elaboração por eles feita apoia-se em recursos coletivos, empregados e modulados diferentemente em função das experiências individuais e dos contextos onde se efetua esse trabalho interpretativo”. Assim, o profissional de saúde deve ter em mente que as doenças que afetam os indivíduos já não podem ser mais compreendidas apenas a partir dos fatores biológicos que as caracterizam (BASTOS, 1996).

4.1.3 Determinantes das desigualdades socioeconômicas em saúde

De acordo com Celeste (2009) a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem continuamente reconhecido a existência de desigualdade em saúde, dentro e entre diferentes grupos populacionais. O autor aponta controvérsias existentes em torno do conceito de desigualdade, uma vez que a definição da mesma implica na escolha de um indicador para mensurá-la, na formulação de políticas destinadas à sua redução, nos subgrupos populacionais que serão beneficiados pelas políticas de saúde e pela alocação de recursos. Assim, esclarece:

Vários termos têm sido usados para se referir ao conceito "desigualdade", mas às vezes o mesmo termo refere-se a diferentes concepções de "desigualdade". Genericamente, dois conceitos podem ser identificados: igualdade e equidade. Desigualdade é a simples diferença entre indivíduos ou grupos, e é muitas vezes utilizada como sinônimo de heterogeneidade, variação, diferença, distribuição, desproporcionalidade e disparidade. Disparidade é definida como a quantia que separa um grupo de um ponto de referência. Desproporcionalidade significa que uma diferença é maior que o esperado, por exemplo, seria proporcional se os 50% mais pobres tivessem 50% da morbidade populacional. Dizer que duas coisas não são iguais não implica em nenhum julgamento de valor, ao contrário de equidade. Equidade incorpora a interpretação de que alguma, mas nem toda, diferença é injusta. Segundo Whitehead, existe equidade em saúde quando as diferenças são justas, inevitáveis ou razoáveis. Muitas vezes a expressão "desigualdade em saúde" é utilizada como forma reduzida de "desigualdade socioeconômica em saúde", no entanto este significado implica em uma forma de iniquidade, dado que tais diferenças são consideradas injustas. Nem sempre dois eventos aparentemente diferentes são de fato diferentes, pois as diferenças podem ser apenas fruto do acaso. Para incorporar tal dimensão matemática no conceito de equidade e definir em quais campos as diferenças são consideradas injustas. Starfield definiu equidade como "a ausência sistemática (e potencialmente remediável) de diferenças em um ou mais aspectos do estado de saúde entre populações definidas social, demográfica ou geograficamente ou outros subgrupos populacionais". (CELESTE, 2009, p. 19).

Por outro lado, há uma busca incansável, através de pesquisas, entre a ligação da desigualdade e os seus determinantes sociais na área da saúde.

O conceito de determinação social da saúde ocupou sempre um lugar de destaque entre as formulações doutrinárias que orientaram o movimento sanitário brasileiro desde suas origens na década de 1970. Tal conceito está assentado sobre o pressuposto de que a saúde humana deve ser compreendida e analisada a partir das formas de organização da sociedade, ou seja, de sua estrutura econômica e social, na medida em que esta dimensão subordina ou subsume as dimensões naturais (atinentes ao ambiente físico e à constituição genética e fisiológica dos indivíduos). Determinação social refere-se às várias formas possíveis de conhecer, de modo mais concreto ou específico, estas relações entre saúde e sociedade, abrangendo a noção de causalidade, mas sem se restringir a ela. (CEBES, 2013, p.1).

No trabalho de Lacerda (2005) fica evidente que o processo saúde-doença, ao longo da história, está diretamente relacionado a forma de organização das sociedades, seus princípios, seus estudos tecnológicos e seus avanços científicos. Existe, segundo o autor, uma relação direta entre os aspectos de cunho religiosos, políticos, econômicos e culturais e a explicação científica da causalidade predominante em cada período da História.

Na percepção de Castellanos (1997) com relação à concepção ampliada do processo saúde-doença, entende que as condições de vida de um grupo populacional têm um caráter dinâmico e expressam a forma como o grupo se relaciona com o processo geral reprodutivo do conjunto da sociedade.

Celeste (2009) elucida que os fatores sociais têm sido considerados os mais importantes determinantes de saúde, tendo em vista o aumento das desigualdades sociais nos últimos anos. Esclarece, ainda, o autor, que “quando se trata de fatores sociais, a palavra “determinante” deve ser preferida à “causa” ou “fator de risco”.

“Fatores de risco” têm uma conotação estatística, sendo: “características que estão associadas a um maior risco de adoecer” sem que o “dito fator tenha de intervir necessariamente em sua causalidade. “Causa” pode ser simplesmente definida como um evento que produz um efeito, enquanto que “efeito” é definido como uma condição produzida por uma causa. Mario Bunge define causa como algo que está relacionado a fatores proximais, agentes ativos; enquanto que “determinantes” teriam um sentido mais amplo, incluindo todos os fatores distais que contribuíssem para o desfecho⁶¹. Determinantes de saúde podem ser agentes ativos ou passivos, causas não necessárias nem suficientes, qualquer fator que contribua para produzir ou modificar um efeito. amplo, incluindo todos os fatores distais que contribuíssem para o desfecho. Determinantes de saúde podem ser agentes ativos ou passivos, causas não necessárias nem suficientes, qualquer fator que contribua para produzir ou modificar um efeito. (CELESTE, 2009, p. 28)

Nas décadas de 1970 e 1980, surge o termo “determinantes sociais de saúde” a partir de críticas que enfatizavam as limitações da medicina clínica e da epidemiologia tradicional baseada em fatores de risco.

Determinantes Sociais de Saúde tem como foco os fatores sociais distais de nível populacional. Sugere o estudo de Celeste (2009) que a diferença relativa entre as classes sociais parece aumentar, uma vez que a melhoria vista nas classes sociais mais afluentes

é maior do que nas classes mais pobres. Temos, então, dois fenômenos distintos, com causas diferentes: a saúde geral de uma população e o nível de desigualdade em saúde. Os modelos propostos para explicar as desigualdades baseiam-se em modelos que explicam a doença. O referido autor salienta que a aplicação de teorias sobre os determinantes de saúde para explicar as desigualdades em saúde alimenta a ideia equivocada de que focar nos determinantes de saúde pode reduzir as desigualdades. Desta forma, há a necessidade de se estudar os fatores responsáveis pela distribuição desigual dos determinantes de saúde. Portanto, pode-se sugerir que a redução das desigualdades está ligada a melhoria geral na saúde, de modo que as opções apresentadas para a redução das desigualdades incluem determinantes de saúde com capacidade de melhorar a saúde geral e reduzir as desigualdades em saúde ao mesmo tempo. (CELESTE, 2009).

Dahlgren e Whitehead (1992 apud Lacerda, 2005) esclarecem as reflexões norteadoras do paradigma de determinação social em uma figura de arcos sobrepostos, estabelecendo níveis hierárquicos entre as variáveis contempladas nos estudos científicos da área.

Desta forma, explica Lacerda (2005, p. 6):

As características biológicas, determinantes proximais do processo saúde-doença, são influenciadas diretamente pelos hábitos e pelos comportamentos dos indivíduos. Estas variáveis definidas como estilo de vida são estabelecidas pelos grupos populacionais ou pelo suporte comunitário em que estão inseridos os indivíduos. Estes grupos são definidos mediante a similaridade na condição de vida, orientada pelo acesso a bens e serviços, grau de escolaridade, emprego, renda, moradia, saneamento básico e lazer. Tais características são determinadas por aspectos culturais e estruturais em que estão inseridos os indivíduos, constituindo-se, portanto, o nível distal no processo de determinação.



Figura 1. Fonte: Modelo de Determinação Social segundo Dahlgren; Whitehead, 1992.

Em seu modelo, Dahlgren e Whitehead (1992) dispõe os determinantes coletivos e os individuais em diferentes camadas de acordo com o nível de abrangência dos mesmos. Desta forma, visualizam-se, na camada mais externa, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais ou macro-determinantes que influenciam todas as demais camadas. Logo abaixo, estão representados os fatores de condição de vida e de trabalho, tais como educação, desemprego, habitação, água e esgoto, produção agrícola de alimentos e serviços sociais de saúde. O próximo nível destaca a influência das redes sociais sobre os estilos de vida das pessoas. A penúltima camada considera o estilo de vida das pessoas que não depende, unicamente, da vontade das mesmas, mas, também, dos demais determinantes sociais da saúde. E, finalmente, a última camada do modelo agrupa as características individuais de cada pessoa como fatores hereditários, gênero e idade (Figura 1).

Outro modelo proposto pela Comissão Sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial da Saúde (CSDH, 2007), sugere dois blocos principais: o primeiro se refere aos determinantes sociais das iniquidades em saúde; o segundo bloco (influenciado pelo primeiro) abrange os determinantes intermediários de saúde que, por sua vez, poderão impactar tanto na equidade em saúde como no bem estar dos indivíduos. De acordo com a CSDH, este modelo difere dos demais uma vez que

explicita a importância do contexto político-socioeconômico (governança, políticas macroeconômicas, políticas sociais, políticas públicas e cultura) que não podem ser medido diretamente no nível individual. O termo “determinantes estruturais” se refere, especificamente, aos componentes da posição socioeconômica das pessoas (educação, ocupação, renda, por exemplo) e que, juntamente com o contexto político-socioeconômico, constituem o que é chamado de determinantes sociais de iniquidades de saúde. Os fatores intermediários se ligam tanto aos determinantes estruturais quanto ao grupo de fatores individuais que incluem comportamentos relacionados à saúde, fatores psicológicos, além dos sistemas de saúde. Pode-se apontar como outra inovação deste modelo, a inclusão de um componente transversal que representa o capital social e a coesão social. A posição transversal se deve ao debate acadêmico sobre a caracterização desses fenômenos como propriedade de indivíduos, grupos, redes sociais e comunidades. A dificuldade de inserir o capital social e a coesão social em modelos de determinação social é assumi-los como um componente estrutural ou intermediário, ou ambos (Figura 2). (BORGES, 2011).

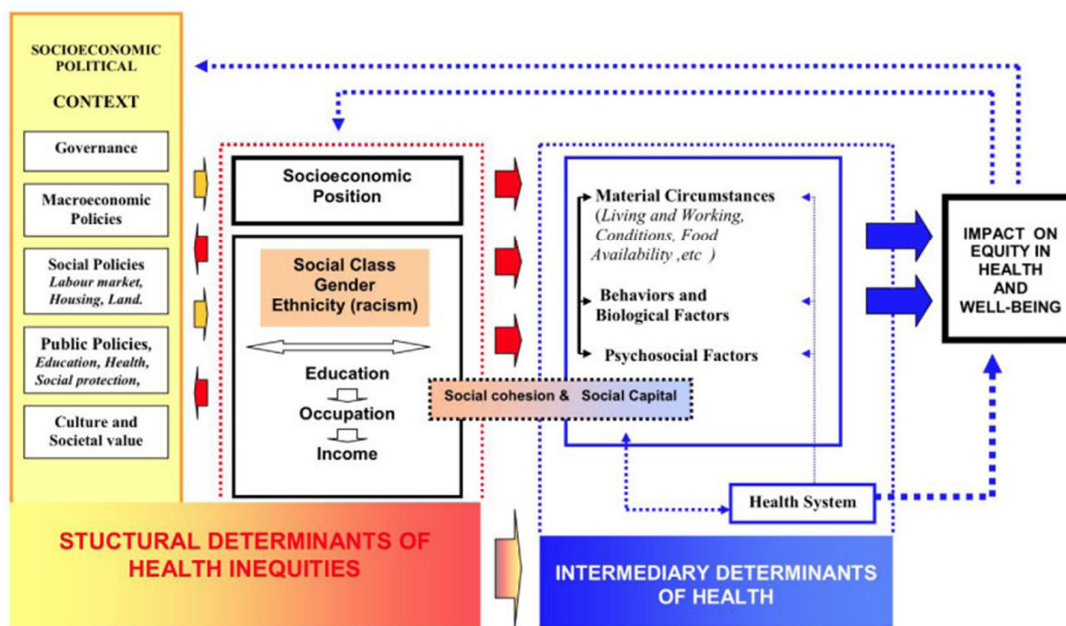


Figura 2. Fonte: Modelo de determinação social da saúde proposto pela *Comission on Social Determinants of Health* (CSDH), 2007.

Na pesquisa de Celeste (2009) realizada sobre as desigualdades socioeconômicas e saúde bucal, é revelado que os determinantes de saúde têm sido categorizados de diversas formas. O autor aponta que, atualmente, foi aceita uma classificação proposta pelo então Ministro de Saúde do Canadá, Lalonde, em 1974. Esse documento oficial define o conceito de campo da saúde como constituído de quatro componentes:

- a) biologia humana;
- b) ambiente;
- c) estilo de vida;
- d) serviços de saúde.



Figura 3 – Fonte: Relação entre os determinantes sociais de saúde proposto por Lalonde, 1974. Fonte: <http://eportuguese.blogspot.com.br/2011/05/determinantes-sociais-da-saude.html>

Czeresnia (2003) pondera que esta definição está mais ajustada ao conhecimento construído no âmbito da epidemiologia de doenças não transmissíveis, apresenta uma orientação claramente preventiva e uma referência explícita à necessidade de racionalização dos gastos com assistência à saúde:

Até agora, quase todos os esforços feitos pela sociedade para melhorar a saúde e a maioria dos gastos diretos em saúde centraram-se na organização dos serviços de atenção sanitária. Sem dúvida, quando identificamos as principais causas atuais de doença e morte no Canadá, vemos que estão arraigadas nos outros três elementos do conceito: biologia humana, meio

ambiente e estilos de vida. Portanto, é evidente que gasta-se grandes somas no tratamento de doenças que poderiam ser evitadas. (LALONDE, 1974, apud CZERESNIA, 2003, p. 10).

Dentro desta perspectiva, mudanças de estilo de vida ou comportamentos relativos à alimentação, exercícios físicos, fumo, drogas, álcool, conduta sexual são reafirmadas nas estratégias de promoção da saúde propostas. Além disso, resgata-se a compreensão do papel fundamental das condições gerais de vida sobre a saúde.

4.1.4 Condição de vida e saúde bucal

Borges (2001) salienta que em relação à saúde bucal, as variáveis mais comumente utilizadas como indicadores sociais são: classe social, escolaridade, taxa de emprego, renda per capita, urbanização e gênero. A autora esclarece que tais fatores sociais resultam em diferenças no tocante à exposição e à vulnerabilidade das pessoas aos problemas de saúde bucal.

De acordo com Chaves (1986, p.429) “a saúde bucal é um componente da saúde e esta um componente do bem-estar ou felicidade individual. O conceito humanista de felicidade individual é associado ao de vida plena, fecunda, ativa; pressupõe convívio, participação, vida familiar e social”.

Chaves (1986, p. 6) relembra que “a saúde é um estado do indivíduo que não pode subsistir como saúdes parciais dos diversos órgãos e sistemas”. No entanto, para efeitos práticos, o conceito de saúde parcial, saúde bucal, neste estudo, serve para identificar objetivos parciais em programa de saúde, desde que não se perca de vista a limitação desse conceito.

O termo saúde bucal, substitui o termo saúde dentária, atendendo a que hoje em dia a responsabilidade do cirurgião dentista inclui, além dos dentes, as estruturas adjacentes que os suportam, e certas porções da cavidade bucal. A saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, de saúde geral do indivíduo. (CHAVES, 1986).

O autor, alerta, ainda, que saúdes parciais constituem objeto de programas especializados das diversas profissões da saúde e estes programas só têm sentido quando desenvolvidos harmonicamente, quando integrados em um programa global de saúde pública. Como exemplo cita que não haveria coerência um estado de saúde bucal

numa comunidade cujos habitantes estivessem sendo dizimados por epidemias de várias doenças infecciosas.

Na maioria dos casos, as doenças bucais não se apresentam como ameaças à vida. Entretanto, elas constituem importantes problemas de saúde pública, não somente devido à sua alta prevalência, mas também em função de seu impacto individual e comunitário, afetando a qualidade de vida das pessoas (BUISCHI, 2003, apud MELO ET AL, 2005, p. 2).

Melo et al (2005) aponta que os fatores de risco ambientais mais relevantes relacionados às doenças bucais são o consumo exagerado de álcool, açúcar, o fumo e a higiene bucal deficiente. Esses fatores são comportamentais e obtidos através do convívio social, principalmente entre pessoas com nível socioeconômico desfavorável.

Nessa direção, a pesquisa odontológica tem demonstrado esforços para conduzir estudos que investiguem tanto os efeitos do contexto como de características individuais sobre desfechos de saúde bucal. Grande parte desses estudos utilizou o status socioeconômico como um dos principais indicadores contextuais de saúde bucal. No início da década de 1990, os resultados de um estudo de base populacional sobre a percepção da saúde geral e bucal de adultos residentes em Detroit apontaram que a condição socioeconômica da vizinhança interferia na avaliação da saúde, independentemente da renda individual. Residir em áreas abastadas diminuía a chance de o indivíduo classificar a própria saúde como regular ou ruim. (BORELL et al., 2004 apud BORGES, 2011).

Diante dessa necessidade de compreensão coletiva do processo saúde-doença bucal, enfocando a dimensão social, percebe-se que a maioria dos trabalhos existentes, o social é reduzido a variáveis assumidas como atributos dos indivíduos, o que desvitaliza o social em sua essência, impedindo a apreensão da relação proposta, discute Passos et al (2006,).

O exame dos processos sociais não se deve reduzir à soma dos comportamentos individuais. A autora explica que deve-se também explorar como as práticas são moldadas pela cultura local, uma vez que a cultura e o ambiente têm impacto na saúde e até na forma como a sociedade responde às desigualdades. Desta forma, exemplifica:

A abordagem das condições de vida nos estudos de saúde bucal pode ser ilustrada por alguns trabalhos que analisam a distribuição das duas principais doenças bucais consideradas grandes problemas de saúde pública – a cárie e a doença periodontal. Nesses estudos, sugere-se considerar a etiologia das desigualdades sociais, como a má distribuição de renda, a falta de participação na riqueza nacional, o desemprego, o atraso tecnológico em alguns setores, o analfabetismo e as dificuldades de acesso aos serviços odontológicos como elementos determinantes da condição bucal. (PASSOS et al, 2006, p. 144).

Como exemplo, podemos citar que a prevalência da cárie, a partir de estudos feitos, diminuiu na medida em que o nível socioeconômico aumentou, mesmo em áreas sem adição de flúor na água de abastecimento público. Desta forma, a situação socioeconômica tem sido considerada como um fator determinante do risco de cárie. Quando se associa a baixa renda ao grau de educação, ao valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde. Como consequência, a renda familiar pode ser um fator indireto para a susceptibilidade à cárie. O capital econômico de um determinado grupo/indivíduo mostra-se fortemente associado com a limpeza bucal. As pesquisas apontam que os indivíduos de classe mais alta parecem escovar mais vezes os dentes e mais efetivamente, com uso de mais itens de higiene bucal, do que os de baixa renda.

A literatura aponta que pessoas com melhor nível educacional têm, em geral, uma situação ocupacional mais elevada, melhores condições de moradia e estilos de vida mais adequados. Além da renda familiar, a forma como o indivíduo está inserido na sociedade influencia na prevalência das doenças bucais. Pais com grau de escolaridade maior começam a higienizar os dentes dos seus filhos mais cedo, impactando significativamente na saúde bucal. Outro fator como a disponibilidade de instalações sanitárias adequadas favorece as práticas de higiene pessoal. (PASSOS et al, 2006).

A partir desse pensamento, Passos et al (2006) aponta que a condição bucal, como resultante do processo de reprodução das condições materiais e da inserção estrutural do indivíduo na sociedade, condiciona os serviços odontológicos como valores de uso e troca, destacando as desigualdades do modelo assistencialista. A autora destaca que levantamentos epidemiológicos têm possibilitado verificar a polarização das doenças bucais em áreas de privação socioeconômica, o que leva a considerar o espaço como uma possibilidade de estratificar a população segundo condições de vida, informando certas relações entre sociedade e saúde bucal. Alguns estudos de análise

espacial constataram associação entre cárie e número de pessoas que dormiam por cômodo em uma casa, indicando um comprometimento habitacional e social.

Moreira et al (2007) em sua pesquisa intitulada “Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil” evidenciou, em estudo sobre privação e saúde bucal diferenças no comportamento de saúde bucal e na qualidade da condição bucal entre áreas privilegiadas e não privilegiadas.

A conclusão do referido trabalho vem ao encontro de outros estudos feitos nessa área:

As desigualdades sociais manifestam-se diretamente na percepção dos problemas odontológicos e nos tratamentos solicitados aos serviços, levando ao incremento das doenças bucais nos grupos de baixa renda. Tal concentração é inversamente proporcional ao acesso aos serviços de saúde bucal e nas oportunidades de superação das iniquidades sociais, necessitando desenvolver políticas que reorganizem a assistência e as ações preventivas do setor. As políticas setoriais de saúde bucal não precisam esperar por melhorias macroeconômicas para diminuição indireta dos problemas odontológicos. A experiência da população reforça o desafio do acesso adequado e humanizado aos serviços de saúde bucal, o que envolve a dimensão elitista do tratamento odontológico. A associação entre pobreza, má condição bucal e dificuldade de acesso ao serviço leva a população a uma condição penalizante que potencializa as desigualdades sociais a partir da redução das oportunidades de ascensão na vida, pelo desgaste do capital social da comunidade. (MOREIRA ET AL, 2007, p. 1389).

Conforme podemos constatar, a Tabela 1 exemplifica que as desigualdades sociais manifestam-se diretamente na percepção dos problemas odontológicos e nos tratamentos solicitados aos serviços, levando ao incremento das doenças bucais nos grupos de baixa renda.

Tabela 1 - Problemas dentários e ações terapêuticas relatadas por moradores da comunidade do Dendê (“dente de pobre”), comparados ao padrão de cuidado odontológico oferecido aos pacientes de elevado padrão socioeconômico (“dente de rico”). Fortaleza, Ceará, Brasil, 2006.

	“Dente de pobre”	“Dente de rico”
Problemas comuns	Dente fraco de nascença; dente estragado/dente “pôdi”; queixo estourado; estrelinha caída; piorrêia/dente mole; banguela/boca véia murcha; perereca solta/ maltrata a gengiva; ferida na boca.	Sensibilidade dentinária; manchas e descolorações; apinhamento dentário; dente incluído.
Aliviar a dor de dente	Rezar no dente para Santa Apolônia; remédios caseiros (óleo da quenga do coco, chá da casca do cajueiro azedo etc.); corrosivos (solução de bateria, cachaça, perfume etc) medicamentos populares (“um minuto”, “passa já”, pedra-umes).	Anestesia tópica; prescrição de medicamento alopático; tratamento de canal.
Tratamento	Arrancar o dente estragado; amarrar o dente mole com fio de aço; tampar buraco com a massinha; colocar chapa.	Extração de dentes incluídos; aparelho ortodôntico; clareamento dental; prótese e implantes dentários.
Prevenção	Limpeza com raspa de juá; escovar com carvão e sal.	Limpeza com ultra-som; aplicação de flúor; aplicação de selante.

Fonte: MOREIRA et al, 2007, p. 1386.

Nota: Adaptado pelo autor.

Verifica-se, desta forma, que existe uma correlação entre as características de uma área em que os indivíduos vivem e a influência na sua condição bucal e comportamento numa proporção maior ou menor do que as características pessoais/familiares.

4.2 PRINCIPAIS PATOLOGIAS BUCAIS ASSOCIADAS AO BAIXO NÍVEL SOCIOECONÔMICO

4.2.1 Cárie dentária

Gonini e Alvanhan (2009, p. 46) definem a cárie dentária como sendo:

Uma infecção bacteriana transmissível e multifatorial, sendo a lesão cariosa sua manifestação clínica. É determinada pela interação de fatores como presença de micro-organismos cariogênicos específicos (biofilme dental ou placa bacteriana), frequência de ingestão de açúcar, fluxo e capacidade tampão da saliva, presença de flúor na saliva, entre outros. É reversível, caracterizando-se por um processo dinâmico de desmineralização e remineralização da estrutura dentária pelos produtos do metabolismo bacteriano.

Os sinais iniciais da doença (mancha branca) aparecem antes da presença da cavitação e podem ser paralisados por ações de promoção à saúde e prevenção. Além disso, somente o tratamento restaurador da cavidade de cárie não garante o controle do processo da doença, sendo necessário intervir também sobre os seus determinantes para evitar novas cavidades e recidivas nas restaurações.

4.2.1.1 Perfil epidemiológico

A cárie dentária vem passando por alteração no perfil epidemiológico em diversos países, inclusive no Brasil, tendo apresentado um sensível declínio na sua prevalência entre crianças e adolescentes, nas últimas décadas. A expansão da oferta de água fluorada, a introdução no mercado de dentifrícios fluorados e a mudança de enfoque nos programas de odontologia em saúde pública são algumas das possíveis explicações do fenômeno. O declínio da mesma, entretanto, não ocorre de forma homogênea, afastando-se de uma distribuição uniforme da doença, com níveis crescentes de desigualdade na população. Apesar do declínio, ainda é uma doença muito prevalente em todas as faixas etárias, sendo ainda o principal problema de saúde bucal do país. (GONINI E ALVANHAN, 2009).

4.2.1.2 Principais fatores de risco

- Controle deficiente do biofilme dental;
- Consumo frequente de sacarose ou carboidratos fermentáveis;
- Baixo fluxo salivar;
- Falta de acesso ao flúor;
- Presença de patologias sistêmicas, deficiências físicas ou mentais que interfiram na manutenção da saúde bucal;
- Baixo nível socioeconômico e cultural.

4.2.1.3 Abordagem coletiva

4.2.1.3.1 Promoção de saúde bucal

- Vigilância epidemiológica permanente das condições de saúde bucal e das necessidades de tratamento através de indicadores como ceo/CPO e outros, abrangendo progressivamente todas as faixas etárias.
- Garantia da fluoretação da água de abastecimento.
- Vigilância dos teores de flúor na água de consumo público e produtos ou medicamentos disponíveis no mercado.

4.2.1.3.2 Ações educativas e preventivas

Devem ser direcionadas a grupos de pessoas residentes na área de abrangência, utilizando-se os espaços sociais disponíveis (centros de educação infantil, escolas, locais de trabalho, etc.), espaços na USF ou domicílios, com abordagem familiar, entre outros.

Os seguintes procedimentos devem ser realizados pela equipe de saúde, conforme recomendação do MS:

- Exame epidemiológico na área de abrangência da USF;
- Educação em saúde bucal;
- Escovação dental supervisionada e uso do fio dental;

- Entrega de escova e dentifrício fluorado aos grupos de maior risco;
- Aplicação tópica de flúor (ATF) para indivíduos com risco ou atividade de cárie.

4.2.1.4 Abordagem individual

A abordagem individual compreende as seguintes etapas:

- Diagnóstico o Identificação dos fatores ou indicadores de risco de cárie
- Avaliação da atividade da doença cárie;
- Tratamento educativo/preventivo.

4.2.2 Doença periodontal

A doença periodontal pode ser altamente mutilante em virtude de seus aspectos de morbidade e poder destrutivo, causando inflamação, perda óssea e dos elementos dentários, principalmente na idade adulta. O fator etiológico dessa doença é o acúmulo do biofilme dental, o qual pode iniciar o processo de destruição do tecido gengival e do periodonto de inserção. Deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro. Dada a elevada prevalência na população, constata-se a necessidade de desenvolver programas educativos, preventivos e reabilitadores, com o objetivo de se prevenir o surgimento e evolução desta patologia e, conseqüentemente, a perda dentária.

4.2.2.1 Principais fatores de risco

- Deficiência de controle de biofilme dental
- Idade
- Fumo
- Raça
- Diabetes Mellitus
- Imunodepressão congênita ou adquirida

- Estresse
- Medicacões
- Fatores genéticos/hereditários
- Alterações hormonais
- Síndromes (Down, Páilon-Lefèvre, Ehlers-Danlos, etc.)
- Deficiências nutricionais
- Fatores culturais e socioeconômicos

4.2.2.2 Abordagem coletiva

A promoção de saúde e a prevenção da doença periodontal realizadas de forma coletiva devem ser ações previstas pela equipe de saúde bucal dentro do rol de procedimentos coletivos. Recomenda-se que sejam planejados com antecedência e realizados periodicamente a fim de que resultados positivos possam ser alcançados.

4.2.2.2.1 Estratégias

- Identificar grupos e áreas de atuação
- Grupos restritos ou clientela cativas. Ex.: Escolas, instituição de longa permanência, grupos religiosos, espaços de trabalho, etc. o Grupos operativos de maior risco: Tabagistas, diabéticos, gestantes, hipertensos, cardiopatas, 3ª idade, etc., Áreas ou indivíduos sob risco social, com abordagem familiar, em domicílio;
- Atuar intersetorialmente, estabelecendo parcerias. Ex.: Saúde e escola;
- Trabalhar de forma multidisciplinar na prevenção de doenças, planejando as ações educativas de forma integrada com as demais áreas de saúde;
- Utilizar abordagem de fator de risco comum. Ex.1: Controle do tabagismo para prevenção da doença periodontal e doenças cardiovasculares; Ex.2: Prevenção e controle da doença periodontal visando controle do Diabetes Mellitus e prevenção de doenças cardiovasculares, respiratórias e parto prematuro;
- Educação em saúde bucal e estímulo à consciência sanitária e autocuidado;
- Controle do biofilme dental, escovação supervisionada e uso do fio dental;

- Distribuição de escovas de dente e de fio dental aos indivíduos sob maior risco social ou biológico;
- Capacitação dos profissionais da USF sobre o tema doença periodontal;
- Estímulo à realização do exame bucal pelos profissionais da unidade de saúde com o objetivo de diagnóstico de doença periodontal em pacientes de risco: Diabéticos, gestantes, hipertensos, cardiopatas, transplantados, etc. e encaminhamento dos mesmos, quando necessário;
- Outras ações que venham a ser desenvolvidas pela equipe de saúde bucal.

4.2.2.3 Abordagem individual

Na atenção individual, é importante uma abordagem integral da doença periodontal, envolvendo ações de promoção à saúde e prevenção (para controle da atividade da doença e dos seus fatores de risco) e de tratamento cirúrgico reabilitador. Ações individuais de promoção de saúde e de prevenção poderão ser realizadas de maneira informal ou programada, na clínica odontológica, na USF, no domicílio ou outro local oportuno.

4.3 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

4.3.1 O papel da Odontologia na promoção da saúde bucal

Elias (2001) nos convida a viajar na história para entendermos a odontologia e seu papel social ao longo dos séculos. Conforme salienta o autor, a odontologia passou por várias etapas, iniciando com o empirismo, na Idade Antiga, passando pelo pré-cientificismo nos séculos XVI e XVII, culminando no surgimento de escolas especializadas na prática odontológica, dando início, assim à fase Científica. Achados arqueológicos confirmaram que a odontologia, na Idade Média, era praticada em diversas civilizações. Os médicos foram os primeiros terapeutas dentais e, na Idade Média, os cirurgiões-barbeiros europeus se especializavam no tratamento de dentes. Tais profissionais, através de tentativas e erros, e também pela prática da observação, baseavam-se em rituais mágicos e religiosos para os diagnósticos e terapia da doença bucal. Estudos apontam que o tratamento estético dentário data de mais de um milênio

antes de Cristo, uma vez que, a história acena para repetidas referências ao valor atribuído a substituição de um dente perdido. O senso de estética é muito influenciado pela cultura e auto-imagem, tendo em vista que as relações estéticas e a saúde bucal são complexas e estão ligadas às dimensões sociais, culturais e psicológicas (BALDWIN, 1980 apud ELIAS, 2001).

Salienta-se, porém, que o fundamento da estética dentária está pautado na melhoria da saúde bucal geral. Neste sentido, é premente associar a odontologia à promoção de saúde, não se limitando apenas ao cuidado da saúde bucal, mas, sobretudo do indivíduo, de uma forma integral. (ELIAS, 2001).

A base da odontologia no passado fincava-se na mutilação e reparação, não conseguindo atingir a saúde bucal. Entretanto, a partir desse cenário, na década de 1960, no Brasil, passou-se a olhar a odontologia de uma forma mais efetiva – a odontologia preventiva. Inicialmente, os conceitos da odontologia preventiva foram assimilados de forma incorreta, pois por mais de dez anos (de 1970 a 1980) a odontologia curativa aparecia como modelo vigente. Mas, a partir dos anos 80 foram observados métodos de prevenção em nível individual, tais como ações de aplicações tópicas de flúor, aplicação de selantes e profilaxias. (ELIAS, 2001).

Surge partir dos anos 90, um conceito diferenciado para a odontologia. Um conceito de promoção da saúde como forma de relação ao lidar com a saúde bucal. A promoção de saúde pode ser entendida como o processo de capacitação da sociedade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos.

Novos conceitos foram incorporados no tratamento da cárie e de doenças periodontais, ampliando-os e trazendo novos modelos de práticas. Exemplifica-se tal afirmação citando como exemplo a cárie que, atualmente, é considerada como uma doença infecciosa e transmissível, diferentemente de como era vista no passado – uma lesão. Nesse novo cenário, o tratamento da cárie não será apenas a sua retirada, substituindo-a por material restaurador, mas principalmente uma interferência na causa da doença. É permitido, a partir dos conhecimentos atuais, compreender o processo cariioso, verificando que o desenvolvimento de uma lesão depende do nível de atividade metabólica das bactérias cariogênicas presentes, que por sua vez é influenciado por fatores variáveis que podem afetar o ecossistema saliva-placa-dente. Interligados, a esses novos conhecimentos, apresenta-se como pano de fundo os condicionamentos sócio- econômicos-culturais a que as pessoas estão submetidas. (ELIAS, 2001).

A partir de uma nova realidade incorporada à rotina dos cirurgiões-dentistas, no que se refere ao conhecimento de novas técnicas de promoção da saúde, esse profissional não pode restringir-se, como antes, a eliminação do problema, limitando ao dano causado. O envolvimento do paciente se limitava em mostrar ao dentista a localização da dor, sua frequência e intensidade. Nesse sentido, a odontologia caminhava contrariamente aos conceitos de autocuidado, ajudando o paciente, através de decisões pessoais, a prevenir, diagnosticar e tratar qualquer problema com sua saúde. Para que isso seja uma realidade, necessário se faz educar o paciente, através de informações precisas, a fim de que ele seja motivado a cuidar da sua saúde.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa - Canadá, em 1986, apresenta neste documento sua Carta de Intenções, contribuindo se atingir saúde para todos no Ano 2000 e anos subsequentes. Tal Conferência conceitua a promoção da saúde como sendo (MENDES, 1996, p. 48):

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Sob esse prisma, a saúde passa a ser vista e entendida como um recurso para a vida e não apenas um objetivo para viver. E deve ser percebida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, dimensionando-o como um fator importante na qualidade de vida.

4.3.2 A prevenção na saúde bucal

Para Campos (2005) podemos entender a prevenção como a identificação dos fatores que causam uma determinada doença e a redução ou eliminação desses fatores.

As ações preventivas têm como suporte os ensinamentos da moderna epidemiologia. Portanto, as ações preventivas se caracterizam como sendo intervenções voltadas à população, a fim de se evitar o surgimento de doenças específicas, tendo

como consequência a redução da incidência e prevalência de tais doenças. (CZERESNIA, 2003).

A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 17 apud ARAÚJO, 2007, p. 9).

Para Araújo (2007) as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. A base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Chaves (1986, p. 99) adverte que a palavra prevenção em medicina e odontologia não deve ser tomada no sentido restrito de prevenção pura, prevenção da ocorrência das enfermidades.

Cada doença tem sua maneira própria de evoluir, quando abandonada ao próprio curso, constitutiva do que se chama a história natural da doença em questão. A interferência humana no caminhar de qualquer doença pode ser considerada como a interposição de barreiras em distintas etapas de seu ciclo evolutivo. Existem algumas etapas, descritas abaixo, em que o cirurgião dentista pode atuar como obstáculos à progressão da doença:

1. **Promoção da saúde:** neste nível criam-se condições mais favoráveis possíveis para que um indivíduo esteja em condições de resistir ao ataque de uma doença ou grupo de doenças. Neste nível a atuação do cirurgião dentista é inespecífica. Procura-se aumentar a resistência do indivíduo e coloca-lo em um ambiente favorável à saúde. Medidas como nutrição adequada, exercícios ao ar livre, moradia confortável e limpa, roupa adequada ao clima, trabalho estimulante sob o ponto de vista mental, recreação, vida familiar, não constituem método específico de prevenção de doenças, mas ajudam a tornar o ambiente desfavorável à maioria das doenças.

2. **Proteção específica:** neste nível, o cirurgião dentista, já está protegendo o indivíduo especificamente contra uma dada doença. Lida-se, agora, com métodos positivos de eficiência mensurável, comprovada. Estão neste grupo medidas como vacinação, iodização do sal, fluoretação da água.

3. **Diagnóstico precoce e tratamento isolado:** nas doenças que não foram evitadas, seja porque não existem métodos para atuação em nível anterior, seja porque os métodos existentes não foram aplicados, a atuação do profissional da saúde deverá orientar-se no sentido de identifica-las e tratá-las o mais cedo possível. No câncer oral, por exemplo, o diagnóstico precoce e o tratamento imediato constituem a melhor forma disponível para enfrentar o problema.

4. **Limitação do dano:** quando há falha na aplicação de medidas em níveis anteriores, deve-se, em qualquer fase em que se encontre a doença, procurar limitar o dano, evitar um mal maior. Assim, ao fazer um capeamento de uma polpa acidentalmente exposta, está se evitando um mal maior, uma intervenção em canal; ao tratar-se um canal infectado, procura-se evitar um mal maior, uma infecção periapical; ao extrair um dente portador de uma infecção periapical crônica, evita-se um mal maior. As intervenções comuns em odontologia curativa, restauradora, têm a finalidade preventiva, quando se encara prevenção em sentido mais amplo.

5. **Reabilitação:** este é o último nível de prevenção. Em certas doenças, existe a falta de recursos, de armas, de métodos para atuação em níveis anteriores. Defronta-se com o fato já consumado. A doença evolui, até sua fase final e o indivíduo já está lesado pela doença, portador de suas sequelas, incapacitado total ou parcialmente. Ainda aqui, ocorre um trabalho de prevenção: prevenção para que o indivíduo se torne uma carga permanente para si próprio, para sua família e para a sociedade. Esta forma de prevenção é a que se denomina reabilitação.

A saúde de uma maneira geral, em especial a saúde bucal, mudou muito nos últimos anos, e para melhor, principalmente no que diz respeito à prevenção, sendo esta prática comum a várias profissões. Entende-se que a prevenção só ocorre quando se educa e, desse modo, se torna um instrumento de transformação social.

A Odontologia tem evoluído de um enfoque curativo dos problemas bucais para um olhar mais dinâmico dos determinantes do processo saúde-doença. Repercussões nessa mudança de atitude fazem com que medidas e estratégias de atenção odontológica sejam preconizadas precocemente para evitar e/ou diminuir as sequelas dos principais problemas que afetam a saúde bucal da população. (ALVES; VASCONCELOS, 2008)

5. DISCUSSÃO

Frequentemente, na área da saúde, observa-se controvérsia entre os dados empíricos e a teoria. A avaliação teórica normalmente se mostra ser uma tarefa complexa diferenciando-se da prática. Interligar fatores sociais e materiais sugere que políticas mais amplas são necessárias, incorporando melhorias estruturais nas condições de vida e no sistema de saúde. (BLAXTER, 1983 apud MOYSÉS, 2000).

A influência da determinação social no processo de adoecimento parte do pressuposto de que a saúde é um fenômeno social e humano, considerando os indivíduos nas dimensões de seus processos sociais e históricos, na expressão de formas específicas de relações entre as pessoas e destas com a natureza, relacionadas com a história com os espaços de liberdade dos indivíduos e da coletividade.

As evidências empíricas nos permitem observar que existe uma relação entre o processo social e o processo saúde-doença. Sem dúvida esta observação, por si mesma, não resolve qual é o caráter desta relação. Isto porque temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro. Esse é, talvez, o problema mais cáustico para a explicação causal social do processo saúde-doença. Dessa forma, a reflexão sobre o caráter social, bem como, das variáveis socioeconômicas sobre processo da saúde-doença abre alguns caminhos a serem explorados.

Um desses caminhos é considerar a natureza complexa, subjetiva e contextual da relação entre saúde-enfermidade e dos processos constituintes das iniquidades sociais, substituindo a clássica abordagem de fatores de risco por modelos de vulnerabilidade, mais sensíveis às especificidades simbólicas e ao caráter interativo da relação entre os sujeitos humanos e seu meio (ambiental, cultural, social e histórico).

Desse modo, podemos aprofundar a compreensão de que qualquer evento ou processo social, para representar uma fonte potencial de risco para a saúde, necessita estar em ressonância com a estrutura epidemiológica dos coletivos humanos. Não se trata exclusivamente da ação externa de um elemento ambiental agressivo, nem da reação internalizada de um hóspede susceptível, mas sim de um sistema complexo (totalizado, interativo, processual) de efeitos patológicos. E no arcabouço da proposta de influência dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações está a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas, bem como, da qualidade de vida altamente relacionada às condições socioeconômicas.

A iniquidade é uma noção multidimensional, na medida em que afeta indivíduos, grupos e comunidades em planos distintos de seu bem-estar, de diferentes formas e intensidades, sendo a combinação de fatores que possam produzir uma deterioração de seu nível de bem-estar, em consequência de sua exposição a determinados níveis de vulnerabilidades. Neste sentido, as iniquidades correspondem às diferenças sistemáticas e relevantes, que são simultaneamente, desnecessárias, evitáveis e injustas socialmente.

As iniquidades expõem a situação de vulnerabilidade que veda ou bloqueia indivíduos, famílias ou grupos fragilizados socialmente de adquirirem os ativos necessários à sua reprodução objetiva e subjetiva, capazes de dotar seus portadores das condições materiais e sociais que promovem a participação dos indivíduos na sociedade sob bases consideradas socialmente como legítimas.

Em sociedades de classes, as relações que se estabelecem entre as classes determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e, conseqüentemente, diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer. Nessas sociedades, uma classe terá maior ou menor desgaste no trabalho e maior ou menor possibilidade de acesso aos produtos da produção social, na dependência como se insere na produção de consumo.

Nessa conjuntura, a estratificação da população em classes sociais expressa fortemente o contexto da iniquidade social, as quais são definidas em termos da distribuição do excedente econômico, de acesso ao poder e oportunidades. Esta estratificação social molda a reprodução das iniquidades sociais, que configuram e que contribuem para a distribuição desigual e injusta dos fatores materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais, produtores de saúde e bem-estar, e resultam em distintos perfis epidemiológicos e padrões de acesso a bens e serviços.

O Brasil, apesar de ser considerado um dos países emergentes, em função do seu potencial econômico gerador e consumidor de bens, abriga em suas aparentes contradições de processo de desenvolvimento e geradas por ele, o estigma de aberrantes desigualdades sociais. Todavia, causas e efeitos estruturais de nossa condição periférica nas relações econômicas internacionais são expressos, por exemplo, nos discrepantes níveis de desenvolvimento regional, de concentração de renda e de desenvolvimento científico tecnológico industrial.

Para essa compreensão, o subdesenvolvimento explica-se de forma objetiva pelas condições de dependência econômica, que por seu turno é gerada, condicionada e regulada a partir de fora, por vetores conjunturais e estruturais do mercado mundial, nas

políticas macrossociais, ou seja, mais influenciada pelos organismos supranacionais do que pelos modelos locais. O regime de classes, numa economia capitalista subdesenvolvida, possui como substrato material uma situação de mercado dependente e como suporte sociocultural os recursos de uma civilização nucleados no exterior.

Não há dúvida de que a capacidade de produzir conhecimentos é um dos fatores determinantes da distribuição do poder econômico, em nível mundial. Os países que têm o melhor índice de produção de conhecimentos se encontram na liderança da economia. Além desse desequilíbrio global do poder, que tem sua origem não mais no uso da força e das armas, mas no domínio do conhecimento, os avanços científico-tecnológicos envolvem outros importantes desafios: a distribuição igualitária desses avanços para o estímulo ao crescimento equânime das diversas sociedades.

A partir da preponderância do capitalismo nas formações sociais, a relação do trabalho para responder as necessidades humanas e o estabelecimento de relações sociais também mais ampliadas e solidárias ficaram sobredeterminados pela nova necessidade social – a produção de excedentes e do lucro, tomados como maior finalidade do trabalho.

Na perspectiva do capitalismo, para as populações marginalizadas, a vida torna-se uma insídia que não vale a pena ser vivida porque é portada por seres que não dão lucro. E não dão lucro não porque não queiram ou não possam, mas simplesmente porque são deserdados do sistema. A sociedade cada vez menos se divide em classes, em partidos, em favoráveis ou desfavoráveis, mas em excluídos ou incluídos, úteis ou supérfluos. A necessidade social no modo de produção capitalista é a expansão do capital, as expensas do desenvolvimento e aprimoramento das necessidades humanas dos indivíduos. A própria vida, como diríamos, torna-se supérflua, inútil. Por detrás disso, está a matriz de tudo, que jamais é mencionado: o lucro.

Inseridas nesse constructo, as políticas de saúde aparecem como reflexo dos interesses do capital, seja como fruto do Estado visto como mero “comitê” destinado a gerir os negócios comuns a toda a burguesia, seja como resultado da ação de um Estado dotado de uma “autonomia relativa”, mas que em “última instância” vela pelos interesses do capital.

Influenciados por esse modelo de reprodução capitalista, resultando em diversos níveis de exclusão social, os diferentes padrões ou características de saúde-doença que se concretizam no corpo biopsíquico dos indivíduos têm sua gênese nas condições

materiais da vida cotidiana, ou seja, nos perfis de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais.

Nesse contexto, emergem nos grupos sociais mais frágeis as mais diversas matizes de agravos à saúde que afetam predominantemente as populações mais pobres e vulneráveis, e que contribuem por sua vez para a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão social, em razão principalmente de seu impacto na saúde infantil, na redução da produtividade da população trabalhadora e na promoção do estigma social.

Esses agravos chamados “doenças da pobreza” ou doenças negligenciadas, afetam bilhões de pessoas que vivem em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Por sua natureza crônica e incapacitante, mantém as populações mais pobres mergulhadas na pobreza e causam um impacto substancial sobre a saúde em populações dos continentes africano, asiático e americano, e em particular da América Latina.

Um aspecto adicional que contribui para a manutenção dessa situação diz respeito à baixa prioridade recebida por essas doenças no âmbito das políticas e dos serviços de saúde. O impacto socioeconômico da ocorrência dessas doenças, resultando em perdas produtivas e gastos em saúde, devido à morbidade e mortalidade que ocasionam, provocam a perda de milhões de dólares a cada ano, com tratamentos ambulatoriais, internações, anos potenciais de vida perdidos, anos vividos com incapacidade e anos de trabalho potencialmente perdidos. São os custos econômicos e sociais que impactam negativamente no bem-estar social das populações e nos sistemas de saúde de países pobres, contribuindo para a manutenção do ciclo de subdesenvolvimento.

A rigor, negligenciadas são as populações atingidas e não necessariamente as doenças. A não garantia dos direitos sociais mínimos coloca esses indivíduos em situação de exclusão social, interferindo no usufruto do direito à saúde e outros direitos básicos. Largos extratos da população sofrem não somente a ausência do Estado, mas a omissão ativa, que privilegia parcelas reduzidas e aquinhoadas da sociedade, caracterizando verdadeira violação dos direitos humanos, em franca oposição aos fins legitimadores da razão de constituição e de existência do Estado.

Negligenciar populações é negligenciar processos de trabalho numa perspectiva intersetorial, sem reconhecer as necessidades de saúde das diferentes classes sociais que compõem o território. Negligenciar populações é negligenciar o pressuposto de que o

estado deve ser responsável pela garantia dos diversos serviços que promovem o bem-estar social da população, e que sua ausência está intimamente ligada à falta de acesso a direitos universais, representados pelo acesso ao consumo de bens produzidos nos serviços públicos. É negligenciar as necessidades de reprodução social, pois estas constituem a base do processo saúde-doença (as diferentes formas de produzir e de consumir na sociedade); e, por fim, negligenciar populações é negligenciar a necessidade de participação política, pois a distribuição de poderes é a instância que possibilita a discussão e o embate das necessidades e dos interesses das classes e grupos organizados da sociedade civil, colocando em pauta os direitos antes dos interesses.

Essas desigualdades sociais continuam sendo um entrave ao crescimento do Brasil e de outros países emergentes. O enfrentamento dessas desigualdades sociais e as iniquidades em saúde por elas geradas requerem a estratégia de políticas macrossociais, tais como políticas econômicas e sociais que modifiquem a estratificação social; políticas que modifiquem as condições de exposição e vulnerabilidade dos grupos sociais e políticas que atuem sobre as consequências negativas das desigualdades, buscando minimizar o impacto de seus efeitos.

É na saúde que incidem o descaso, a inoperância e a omissão de um conjunto amplo de políticas sociais e econômicas. Por isso, saúde é o principal marcador de qualidade de vida – o mais sensível e que produz maiores evidências. Isso confere um papel de protagonismo das políticas de saúde no conjunto das políticas públicas, imprimindo uma forte marca de intersetorialidade e abolindo a intensa fragmentação das populações-alvo objetos dos diversos programas governamentais.

Em diversos países, sobretudo na América Latina, como resposta à “falência dos experimentos neoliberais anteriores”, têm se testemunhado a emergência de diferentes governos progressistas, com desenvolvimento de políticas sociais amplas, demonstrando significativa sensibilidade a essas demandas. Isso tem proporcionado um processo de integração regional, bem como possibilitado uma inserção mais soberana desses países no cenário internacional.

Convém ressaltar, entretanto, que a ascensão destes atores políticos tem o desafio de instituir políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas, a violência, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade. O desafio é garantir políticas que assegurem a melhoria das condições de vida da população, superando

abordagens setoriais fragmentadas e promovendo uma ação planejada e integrada dos diversos níveis da administração pública.

Pesquisas que interligam os fatores culturais à saúde, dissertam sobre a necessidade de mudança de atitudes e comportamento individuais, além de sugerirem programas de longo prazo de educação de saúde como sendo a resposta para o alcance dos resultados esperados.

A literatura mostra que os diferenciais entre o estado dental de grupos em desvantagem comparados aos grupos afluentes revertem na medida em que o nível de desenvolvimento do país aumenta dos níveis de desenvolvimento de baixa renda, para média renda, e industrializados. Mais especificamente, grupos em desvantagem têm mais baixa incidência de cáries em países em desenvolvimento de baixa renda, e mantém esta vantagem relativa em áreas rurais ou menos urbanizadas dos países em desenvolvimento de média renda. (MOYSÉS, 2000).

A começar da definição de saúde, o conceito de saúde certamente representa uma complexidade. Uma das mais famosas definições de saúde conhecidas internacionalmente é a da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948), que a conceituou como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Essa definição “positiva da saúde” foi inovadora na época, pois suplantou conceitos até então presentes, que consideravam a saúde apenas como um estado de ausência de doenças diagnosticáveis por meio dos seus sinais e sintomas patognomônicos, focado em seus aspectos fisiopatológicos, ou seja, uma concepção da saúde para além de um enfoque centrado na doença (MARCHIORI; PELLEFRINI FILHO, 2007).

Desde sua publicação, a definição da OMS tem sofrido várias críticas por ser muito abstrata e excessivamente simples, uma vez que não é capaz de medir o sentido de “bem-estar”, de “saúde”, de “de doença” e de “enfermidade” (BASTOS et al., 2001), além de não apresentar uma compreensão e transmitir a noção de que saúde é algo tão grande que passa a ser inatingível. Dessa forma, a definição não poderia ser utilizada como objetivo pelos serviços de saúde (SCLIAR, 2007).

Outras definições são ainda mais complexas para os cientistas e pesquisadores como a de Spencer (1980) que conceitua como uma “perfeita adaptação de um organismo ao seu ambiente”, ou ainda de que “saúde é um ajustamento pessoal ótimo para uma vida completa, frutífera e criativa (BASTOS et al., 2001). Como explicar esse último conceito para uma população carente até de recursos materiais para sua própria

subsistência? Bastos et al. (2003) vai além nas indagações ao questionar “o que seria uma vida ‘frutífera’? Poderia ser o fato de gerar muitos filhos, para outros a passe de muitas terras e uma colheita farta anual, quem sabe a colheita de muitos frutos?”

A Constituição Federal Brasileira de 1988 corrobora, no artigo 196, do capítulo da Seguridade Social que “a 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 a promoção, proteção e recuperação”, sendo estes alguns dos princípios que norteiam a organização do Sistema único de Saúde no país (BRASIL, 1988).

Trabalhos científicos encontrados na literatura indicam, ainda, que a explicação material ou estrutural, desenvolvida como modelo de determinação social das doenças na epidemiologia social, tem uma grande contribuição a dar para o entendimento da saúde bucal.

Na sua maioria, os resultados dessas pesquisas que relacionam a saúde bucal às variáveis socioeconômicas, mesmo que de modo exploratório e não sistematizado, revelam uma provável relação entre ambas e indicam, ainda, uma estreita relação ente o desenvolvimento humano e qualidade de vida com saúde bucal. Por muito tempo nos acostumamos a ouvir que “a saúde começa pela boca”. Esse ditado ressalta a importância dos conselhos e orientações educativas voltados à saúde bucal, proporcionando também a saúde geral do organismo (BARROS et al. 2007). Entretanto, a proposta, é pensarmos a saúde bucal para além desse sentido, chegando a um conceito mais amplo, como por exemplo, o da bucalidade, proposto por Botazzo (2000); ou seja, de uma boca dotada de outros sentidos e papéis mais complexos como relações dialógicas, interpessoais; enfim, uma saúde bucal dotada de humanidade.

O argumento que desigualdade em saúde reflete privação material, política ou cultural é uma posição sociológica. Declara que saúde é um produto de forças sociais. Saúde é assumida como sendo uma propriedade do ambiente social e a da relação do indivíduo com este ambiente. Argumentos desta abordagem seriam, por exemplo, que saúde bucal é influenciada claramente através de condições de qualidade de vida. Somando-se todas as evidências que progressivamente se acumulam em epidemiologia oral, parece pertinente concluir afirmando que os diferenciais em saúde bucal são expressões biológicas de fatores sociais que estão colocados em uma hierarquia explicativa muito superior – embora “distantes” em termos de mecanismos causais sequenciados do nível macro (sociedade) para o nível meso (indivíduo) e o nível micro

(célula). Cárie dental também é uma expressão da “biologia da desigualdade” (MOYSÉS, 2000, p. 13).

A análise da relação entre os indicadores sociais e os indicadores de saúde bucal assume vieses importantes na contemporaneidade, tendo em vista vastos estudos de avaliação do declínio de cárie em países industrializados os quais concluíram que fatores sociais amplos (tais como educação, nível e distribuição de renda e o mercado de pastas dentais com flúor) contribuíram mais significativamente que os serviços de assistência odontológica para a redução observada de cárie (FERREIRA, 1999).

É notório o reconhecimento de que as diversidades sociais impactam na ocorrência dos problemas de saúde ou no comportamento dos indivíduos diante desses problemas. Alguns autores do século XVIII, tais como Boisguilbert e Deparcieux alertaram sobre a existência de alta mortalidade entre os pobres (VALIN, 1997, apud FERREIRA, 1999).

Na área odontológica brasileira, percebe-se que alguns estudos não identificam plenamente essas relações, principalmente quando analisam isoladamente a relação de um indicador socioeconômico e os índices de saúde bucal. É constatado, nesses trabalhos, problemas e limitações dos estudos de determinantes socioeconômicos no campo da saúde.

Os estudos epidemiológicos, no campo da saúde bucal coletiva são restritos, limitando-se a uma única patologia, destacando a cárie dentária na maioria das vezes.

Alguns estudos, ainda, confirmam que diferenças na condição de saúde-doença bucal, em pessoas residentes em setores censitários de risco elevado e muito elevado apresentam uma situação de maior precariedade da situação de saúde bucal.

Verifica-se, diante desse cenário, que a odontologia preventiva e de promoção de saúde bucal, quando bem elaborados o perfil epidemiológico, diagnóstico precoce, plano de tratamento, podem mostrar resultados altamente significativos no combate às doenças bucais.

Com tais ações, é possível prevenir e reduzir os danos causados por diversas patologias que interferem na saúde bucal, visando à manutenção do bem estar das pessoas.

Investigar a possível associação entre o capital social e as perdas dentárias pode ser visto como um desafio audacioso e necessário, pois somente por meio da experimentação e prevenção é que conseguiremos avançar no conhecimento e combate às iniquidades em saúde bucal no Brasil (BORGES, 2011).

6 CONCLUSÃO

Ao abordar a saúde e a condição socioeconômica na literatura analisada, esta pesquisa pretendeu buscar maior compreensão dos resultados que relacionam a saúde bucal às variáveis socioeconômicas, mesmo que de modo exploratório e não sistematizado, tais resultados apontam uma provável relação entre ambas e indicam, ainda, uma estreita relação entre o desenvolvimento humano e qualidade de vida com saúde bucal.

Conclui-se, assim, que há evidências que as diversidades sociais impactam na ocorrência dos problemas de saúde ou no comportamento dos indivíduos diante desses problemas, das manifestações bucais relacionadas aos baixos níveis socioeconômicos. Diante desse cenário de desigualdade social, a odontologia preventiva e de promoção de saúde bucal, através de um perfil epidemiológico bem elaborado, do diagnóstico precoce e de um plano de tratamento, podem mostrar resultados altamente significativos no combate às doenças bucais. Com tais ações, portanto, é possível prevenir e reduzir os danos causados por diversas patologias que interferem na saúde bucal, visando à manutenção do bem-estar das pessoas.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: EDUSC; 2001. 144p.

ALVES, G. C.; VASCONCELOS, M. M. V. B. **Motivação, cooperação e comunicação na promoção de saúde e prevenção da doença cárie**. Recife, 2008. Disponível em: <http://www.ufpe.br/ijd> . Acesso em 20/10/2014.

ARAÚJO, M. E. de et al (Orgs.). **A Odontologia em saúde coletiva**. Manual do aluno. Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. São Paulo, 2007.

BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Editora Fiocruz, 2006. p. 457-486.

BASTOS, J. R. M.; SALIBA NA, Unfer B. Considerações a respeito de saúde bucal e classes sociais. **Revista Paul Odontol** 1996; 18(4): 38-42.

BORGES, C. M. **A potencial influência do capital social na saúde bucal**: um estudo de perdas dentárias em adultos. Tese (doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. Belo Horizonte, 2011.

BOTAZZO, C. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec-Fapesp; 2000

CAMPOS, M. L. **Avaliação do programa de educação em saúde bucal de Ri do Sul – SC (PROESASUL)**. Dissertação (mestrado). Universidade do Val do Itajaí. Iajaí, 2005

CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações Conceituais. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

CELESTE, R.K. **Desigualdades socioeconômicas e saúde bucal**. Tese (doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2009.

CEBES, Simpósio Política e Saúde. São Paulo, 2013. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=OCB0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cebes.org.br%2Fmedia%2Ffile%2Fblog%2FDETERMINANTES%2520SOCIAIS_ok.pdf&ei=2qpLVISdK9SAsQTQm4DIDg&usq=AFQjCNELXIVupPBVoECpYCe8k4ZSuV9hkg. Acesso em 20/10/2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção em saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CDSS. Comissão Para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais.** Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal, 2008.

CHAVES, M. M. **Odontologia social.** 3ª ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1986.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ELIAS, M.S.; CANO, M.A.T.; MESTRINER Jr. W.; FERRIANI, M.das G.C. A importância da saúde bucal para adolescentes de diferentes estratos sociais do município de Ribeirão Preto. **Revista latino-americana de enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 88-95, janeiro 2001.

FERREIRA, R.C. **Uma aproximação da relação entre saúde bucal e determinantes sociais:** um estudo da relação entre indicadores de saúde-doença bucal e índice de vulnerabilidade à saúde em usuários do SUS-BH. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, 1999.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100):** características e perspectivas. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2007.

FLECK; M. P. et al. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. **Revista Saúde Pública,** 2003; 37(4): 446-55.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.). **O território e o processo saúde-doença.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

GONINI, Cristiane de Andrade Janene; ALVANHAN, Domingos. Principais patologias bucais. Londrina. **Manual de saúde bucal.** Prefeitura do Município; 1 ed. Londrina, PR: [s.n], 2009.

GUIMARÃES H. P.; AVEZUM A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica** (São Paulo). 2007; 34(Supl I):88-94.

LACERDA, Josimari Telino de. **Impacto da saúde bucal na qualidade de vida.** Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

Lourenço, L. et al. A Historicidade filosófica do Conceito Saúde. **História da Enfermagem.** n.º 1, vol. 3, 17- 35, 2012.

MELO et al. **Ensino-aprendizagem de conceitos científicos em saúde bucal nas séries iniciais do ensino Fundamental I à luz da análise da conversação.** Revista Letra Magna. Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Linguística e Literatura - Ano 02- n.02, 2005. Disponível em: www.letramagna.com/ensinoaprendizagem.pdf. Acesso em 20/10/2014.

MENDES, I.J.M. **Promoção de saúde: caminhando para o único**. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1996.

MOREIRA, T. P.; NATIONS, M. K.; ALVES, M. do S. C. F. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 23(6):1383-1392, jun, 2007.

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

PAIM, Jairnilson Silva. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, Rita Barradas. **condições de vida e situação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997.

PALMEIRA, G. et al. Processo saúde doença e a produção social da saúde. In: EPSJV. (Org.) **Informação e diagnóstico de situação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, 2004.

PASSOS, J de. Condições de vida e saúde bucal: uma abordagem teórico-conceitual das desigualdades sociais. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2006.

ROSEN, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.

SAAD M.; MASIERO D.; BATTISTELLA, L. **Espiritualidade baseada em evidências**. Acta Fisiátrica. 2001; 8(3): 107-12.

SCLIAR, Moacyr. **História do conceito de saúde**. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Senac, 2002.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista Saúde Pública** [online]. 1997, vol.31, n.5, pp. 538-542.

SOBRAL, A.; FREITAS, C. M. de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde 2010. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.1, p.35-47, 2010.