

**ANA CRISTINA PEDROSO BATISTA**

**A FAMÍLIA COMO UMA ESTRATÉGIA SOCIAL NA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE BUCAL INFANTIL**

**CONSELHEIRO LAFAIETE**

**2009**

**ANA CRISTINA PEDROSO BATISTA**

**A FAMÍLIA COMO UMA ESTRATÉGIA SOCIAL NA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE BUCAL INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Simone Dutra Lucas

**CONSELHEIRO LAFAIETE**

**2009**

**ANA CRISTINA PEDROSO BATISTA**

**A FAMÍLIA COMO UMA ESTRATÉGIA SOCIAL NA PROMOÇÃO  
DA SAÚDE BUCAL INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, para obtenção Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Simone Dutra Lucas

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Simone Dutra Lucas \_\_\_\_\_ UFMG

Prof.<sup>a</sup> Maria Inês Barreiros Senna \_\_\_\_\_ UFMG

Aprovada em Conselho Lafaiete \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## RESUMO

Frente às experiências vivenciadas no âmbito de uma equipe de saúde da família, o presente trabalho desenvolveu-se como uma proposta de fortalecimento da atenção à saúde bucal infantil, considerando, para esse fim, a possibilidade de incluir a família como elemento nucleador da atenção odontológica precoce. Trata-se de um trabalho teórico, estruturado a partir de uma revisão de literatura. Foram consultadas as bases de dados *medline*, lilacs, bbo, entre outras. Visando contemplar tal perspectiva, buscou-se, nos aspectos sócio-demográficos abordados, reconhecer o papel social da família e suas implicações no contexto da promoção da saúde bucal infantil. A literatura científica consultada confirmou a importância da família nas questões sociais relativas à percepção social da saúde bucal e ao desenvolvimento de hábitos e comportamentos que possam ser favoráveis à sua manutenção. Nesse sentido, para este trabalho, à medida que seus achados reafirmam a família como uma importante estratégia social para atenção odontológica precoce, revelam-se novas possibilidades para que o trabalho odontológico na estratégia de saúde da família se desenvolva a partir de ações que, pelo envolvimento de toda equipe da ESF, garantam, efetivamente, à população infantil condições de saúde bucal mais favoráveis.

**Palavras-chave:** família, saúde bucal infantil, promoção da saúde, estratégia saúde da família

## ABSTRACT

In the face of experiences lived as part of a team of family health, this paper aims developed a proposal for strengthening oral health care's considering for this purpose, the possibility of including the family as part of dental care nucleador early. This is a theoretical work, structured from a literature review. We consulted the databases Medline, LILACS, BBO, among others. Aiming to this perspective, we sought in the socio-demographic addressed, recognize the social role of family and its implications in the context of promoting children's oral health. The scientific literature has found the importance of family in social issues related to social perceptions of oral health and development of habits and behaviors that might be favorable to its maintenance. Accordingly, for this work, as their findings reinforce the family as an important strategy for social dental care early, reveal new possibilities for the odontological work in the health strategy of the family to develop from actions that, by involvement of the entire team at ESF, ensuring, in effect, the public's oral health conditions are more favorable.

**Keywords:** family, children's oral health, health promotion, family health strategy

## SUMÁRIO

1- Introdução	6
2- Objetivos	9
3- Justificativa	10
4- Metodologia	12
5- Revisão de Literatura	13
5.1- A Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva de reorientação da atenção à saúde	13
5.2- O trabalho da equipe de saúde bucal na política de saúde	14
5.3- O perfil da saúde bucal infantil no Brasil	15
5.4- A atenção odontológica precoce	17
5.5- Saúde bucal e condições de vida: a importância da família	18
6- Considerações Finais	27
7- Referências	29

## 1- INTRODUÇÃO

Numa proposta de reorganização dos serviços de saúde, de modo a garantir a atenção integral à população, a Estratégia de Saúde da Família se consolida mediante o trabalho de uma equipe multiprofissional para a qual muitos são os desafios sociais no sentido contemplar os princípios propostos pelo Sistema Único de Saúde - SUS: universalidade, acessibilidade, integralidade, responsabilização, participação comunitária, dentre outros.

Como parte integrante deste novo modelo de atenção à saúde, o trabalho da equipe de saúde bucal, frente aos inúmeros desafios impostos pelas condições sociais, não poderia ser diferente, por isso, à semelhança das demais práticas em saúde, busca pela a reorientação de suas práticas individuais e coletivas.

Essa redefinição do papel social da odontologia na promoção da saúde leva ao aumento da complexidade do processo de trabalho odontológico e, conseqüentemente, contribui para mudanças significativas tanto do perfil dos profissionais como do ambiente de trabalho, reforçando, cada vez mais, a relevância do trabalho em equipe e da participação ativa da comunidade.

Nesse contexto de promoção da saúde, a equipe de saúde bucal vem tentando ampliar e efetivar suas ações, individuais e coletivas, no sentido de que as mesmas, pela expressiva contribuição social, recebam a merecida atenção, não só por parte dos demais membros da equipe de saúde da família e dos gestores públicos, mas, principalmente, por parte da comunidade.

No bojo das ações em saúde bucal, percebe-se a preponderância das ações individuais, o que pode ser justificado pelo elevado número de necessidades odontológicas da população. No entanto, torna-se pertinente comentar que mesmo as ações de caráter individual requerem uma participação mais ativa, não só dos indivíduos, mas também de seus familiares. Principalmente, quando consideramos, a exemplo das crianças e dos idosos, o grau de dependência familiar desses indivíduos e que o processo saúde-doença, assim como o desenvolvimento do autocuidado, encontram-se fortemente associados aos

aspectos ambientais, culturais, psicossociais e econômicos dos indivíduos e de suas coletividades.

Supostamente, tais aspectos são determinantes do perfil epidemiológico da população, pois são elementos norteadores do acesso e da utilização dos serviços de saúde, da percepção social da saúde bucal e do desenvolvimento de hábitos e comportamentos favoráveis à saúde.

Nesse sentido, as argumentações que surgem em torno processo saúde-doença de indivíduos e de seus grupos sociais, bem como da capacidade de autocuidado, visando à recuperação e à manutenção da saúde, emergem das experiências vivenciadas no cotidiano do trabalho da Estratégia Saúde da Família - ESF e configuram-se em importantes objetos de pesquisa, sobre os quais as análises e reflexões representam recursos indispensáveis à consolidação de ações de maior abrangência social.

Dentre os princípios de prevenção em saúde pública que buscam por uma abordagem mais ampla capaz de melhorar a saúde bucal de crianças brasileiras e reduzir as desigualdades, a família representa um importante setor, uma vez que nele se desenvolvem hábitos e comportamentos relacionados à saúde que, de modo geral, influenciam a saúde de seus membros (ABEGG, 2004; ALVES, 2004; MOYSÉS e RODRIGUES, 2004).

A esse respeito, Pinto (2008), ao discutir sobre a influência da família no desenvolvimento dos campos afetivo, cognitivo e do comportamento infantil, reconhece que as ações de proteção à saúde bucal infantil se fundamentam mediante o envolvimento ativo da família.

Em consonância com as considerações acima, deve-se acrescentar que, no cenário da promoção da saúde, o desenvolvimento das habilidades pessoais, cognitivas e sociais viabiliza a acessibilidade, o entendimento e a utilização das informações em saúde, pode favorecer a promoção e a manutenção da saúde.

Sob essa perspectiva, acredita-se que a família representa uma importante força propulsora para a promoção de saúde bucal e, sobretudo, diante da necessidade de se desenvolver uma política de saúde bucal que efetivamente produza resultados positivos

capazes de potencializar o impacto sobre os graves índices epidemiológicos de saúde bucal infantil.

Assim sendo, no presente estudo, o objeto de investigação encontra-se centralizado na família e em seu papel social como elemento mediador da saúde bucal infantil. Busca-se, a partir de uma revisão na literatura científica, o reconhecimento desse ambiente social como componente primordial na promoção da saúde bucal infantil.

## **2-OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Discutir o papel social da família como uma estratégia para promoção da saúde bucal infantil.

### **2.2Objetivos específicos:**

- Descrever as influências dos aspectos socioculturais da família a partir de suas possíveis intercorrências na promoção da saúde bucal infantil.
- Abordar a influência da família na construção social de habilidades pessoais e cognitivas dos infantes.
- Compreender a conduta social da família relativa à percepção da saúde bucal infantil e à utilização dos serviços odontológicos.

### **3- JUSTIFICATIVA**

Em termos de saúde bucal infantil, as reflexões sobre a realidade brasileira, com ênfase na cárie dentária, seus determinantes, sua distribuição social, salientam a necessidade de buscar por meios alternativos para uma promoção de saúde bucal mais eficaz.

Do mesmo modo, no município de Conselheiro Lafaiete MG, as experiências vivenciadas no cotidiano clínico da equipe de saúde bucal São João II apontam para a necessidade de mudanças nas políticas de saúde pela implantação de estratégias que possam efetivamente garantir à população infantil condições sociais mais favoráveis à manutenção da saúde bucal, não só durante a infância, mas no decorrer de toda vida.

Diante desse contexto, o presente trabalho, ao ressaltar os princípios da atenção odontológica precoce, busca reafirmar que as estratégias e ações que se destinam à promoção da saúde bucal infantil devem ser incorporadas o mais precocemente possível na vida e no meio social dos indivíduos, favorecendo, deste modo, a adoção de hábitos e condutas favoráveis à manutenção das condições de saúde bucal dos mesmos.

Nesse sentido, sob a perspectiva de uma promoção da saúde bucal infantil que apresente no bojo de suas ações uma participação mais ativa da família, busca-se, a partir da literatura científica, compreender o ambiente familiar, pois, acredita-se na importância que esse espaço social tem para com a atenção odontológica precoce.

Para o referido trabalho, o envolvimento da família nas questões da saúde de seus membros, em especial das crianças, representa uma relevante estratégia social no sentido de permitir: o fortalecimento de vínculos, a maior participação social, a co-responsabilização pela saúde e o desenvolvimento de hábitos e comportamentos que realmente favoreçam o autocuidado, a recuperação e a manutenção da saúde bucal.

As investigações acerca do papel da família na promoção da saúde bucal infantil se justificam à medida que buscam identificar, nas complexas questões sociais que envolvem este importante núcleo social, elementos e condições que influenciam as condutas sociais

relativas à saúde bucal e que são essenciais à legitimação social de valores, hábitos e comportamentos primordiais à manutenção da saúde bucal infantil.

Pressupõe-se, então, que o entendimento da família como espaço social determinante da saúde bucal infantil possibilitará a elaboração de protocolos e, conseqüente, redirecionamento do trabalho odontológico na ESF São João II pelo incremento de ações que, por um maior envolvimento social, sejam capazes de gerar mudanças positivas e duradouras na realidade epidemiológica e sócio-cultural de sua população adscrita.

#### **4- METODOLOGIA**

A orientação metodológica, no presente estudo, encontra-se voltada para uma revisão da literatura científica, a partir da qual, foi realizado um levantamento de trabalhos que apresentavam em sua abordagem a família e sua relação para com o desenvolvimento de hábitos e comportamentos sociais de seus membros, em especial das crianças, dando ênfase às influências que esse espaço social pode apresentar em relação à saúde bucal infantil.

A revisão foi feita através da seleção de capítulos de livros da literatura odontológica, da legislação sobre o SUS e de artigos publicados em revistas científicas, através de buscas no BBO, Lilacs, Medline, Scielo, utilizando-se para esse fim as seguintes palavras-chave: família, saúde bucal infantil, promoção da saúde, estratégia saúde da família.

Foram selecionados trabalhos cujos temas contemplam o campo da saúde coletiva, publicados, preferencialmente, após a publicação da portaria 1444, pela qual o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro à reorganização da atenção à saúde bucal e sua inclusão no programa saúde da família, em 28 de dezembro do ano de 2000.

No decorrer das análises de estudos que apresentam em comum a referida abordagem, buscou-se, nas considerações dos autores, o entendimento concernente ao processo de socialização dos hábitos e comportamentos inerentes aos cuidados para com a saúde bucal infantil, bem como, a partir dos aspectos sócio-demográficos que envolvem o ambiente familiar, discorrer sobre as possibilidades de tais aspectos proporcionarem intercorrências na saúde bucal infantil.

## **5- REVISÃO DE LITERATURA**

### **5.1 A Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva de reorientação da atenção à saúde**

Em relação à promoção da saúde, as políticas de saúde das últimas décadas buscaram desenvolver ações que, sedimentadas pelas evidências epidemiológicas, reconheceram no contexto social elementos que são delimitadores das condições de saúde de determinada população, visto que tais elementos podem determinar a indivíduos e a suas coletividades maior ou menor grau de vulnerabilidade às doenças.

No Brasil, os debates em torno da política nacional de saúde propiciaram reformas no sistema de saúde balizadas no sentido de otimizar os escassos recursos destinados ao setor, bem como organizar um sistema de saúde eficaz e com capacidade suficiente para atender às necessidades de saúde de sua população.

Na perspectiva de melhor atender as necessidades da população, a política nacional de saúde buscou por estratégias e iniciativas capazes de corresponder às suas expectativas sociais e contribuir, efetivamente, para seu processo gradual de melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2007).

Assim sendo, a Estratégia Saúde da Família – ESF consolida-se como uma estratégia da política nacional de saúde cujas diretrizes têm em sua lógica central não só a garantia do direito à saúde, mas, em essência, a noção de equidade quanto à distribuição mais justa dos recursos da saúde.

É a partir da operacionalização de conceitos como a acessibilidade, integralidade, territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade que a Estratégia Saúde da Família desenvolve seu processo de trabalho priorizando o ambiente em suas dimensões físicas, socioculturais, biopsicossociais, nas quais estão inseridos os indivíduos e suas famílias.

Para tal, o trabalho no cotidiano de uma equipe de saúde da família exige uma organização do processo de trabalho de modo que os conhecimentos produzidos e compartilhados sejam capazes de gerar ações verdadeiramente resolutivas no sentido de melhorar o perfil epidemiológico da população, estabelecer vínculos e, sobretudo, garantir a satisfação dos usuários (BRASIL,2007).

Esse processo de trabalho, por sua vez, resulta de uma ação intersetorial e de uma nova institucionalidade social para qual a integração do trabalho de uma equipe multiprofissional, as ações programadas a partir de prioridades epidemiológicas e a intensa participação comunitária representam uma condição essencial e absoluta.

Sobre esse aspecto, é importante acrescentar que inclusão de equipes multiprofissionais no processo de assistência ou do cuidado conduz a uma organização do processo de trabalho com níveis simultâneos de complementaridade e de especificidade, ou seja, os campos dos saberes das profissões se complementam sem que se exclua a especificidade de cada uma (SOUZA e RONCALLI, 2007).

## **5.2- O trabalho da equipe de saúde bucal na política de saúde**

No que se refere à incorporação da equipe de saúde bucal como parte dessa equipe multiprofissional, a publicação da Portaria GM/MS nº. 1.444, pelo Ministério da Saúde, ao estabelecer incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal e sua inclusão como parte integrante da saúde das famílias e comunidades, tornou mais expressiva a participação da odontologia no âmbito da promoção da saúde (BRASIL, 2000).

Quanto ao trabalho odontológico, as mudanças emergem das inúmeras demandas sociais e da necessidade de se obter melhoras expressivas no perfil epidemiológico da população. Sobre esse aspecto, Narvai (1992) descreve que a epidemiologia tem contribuído de modo significativo para as mudanças nos conceitos e nas práticas odontológicas, que pautadas por ações de caráter mais coletivo, proporcionam uma considerável melhoria na saúde bucal. Nesse sentido, ao trabalho odontológico tem-se

agregado novos conceitos, valores e novas práticas que buscam por ações mais abrangentes tanto no nível individual quanto coletivo.

A incorporação de ações de maior abrangência coletiva visa transpor o modelo de assistência individual, confinado praticamente a quatro paredes, consolidando-se, pois, em um difícil obstáculo à medida que exige a incorporação de novos conceitos e novas posturas e, também, a busca pela integração de setores (WATT, 2004).

As ações odontológicas tornam-se mais abrangentes à medida que ultrapassam os limites do consultório dentário e são socialmente reconhecidas e incorporadas à rotina de trabalho de outros profissionais de saúde, bem como, ao cotidiano da população a que se destinam. A exemplo disso, faz-se necessário salientar a relação que se estabelece entre as ações de uso coletivo do flúor, realizadas através da fluoração das águas de abastecimento público e do uso de produtos contendo flúor como dentifrícios, soluções para bochechos, entre outros, e a significativa redução nos índices de cárie dentária da população brasileira a partir dos anos 70, reconhecida por autores como Nadanovsky (2008), Narvai (2000) e Marinho (2004).

A propósito disso, a saúde bucal só será contemplada pelos benefícios das estratégias de promoção da saúde quando as mesmas forem capazes de se integrarem à realidade epidemiológica e sócio-cultural dos indivíduos e das coletividades.

Assim sendo, é necessário que o trabalho da equipe de saúde bucal seja parte componente e “estruturante” do projeto de intervenção da ESF. Portanto, o trabalho da equipe não deve se limitar ao campo odontológico, mas intervir em todas as possibilidades de enfrentamento dos problemas sociais (MANFREDINI, 2007).

### **5.3- O perfil da saúde bucal infantil no Brasil**

Em termos de saúde bucal, a odontologia encontra-se enredada por problemas de ordem econômica, social e cultural que comprometem, ou até mesmo, inviabilizam suas práticas individuais e coletivas de promoção da saúde bucal (BATISTA, 2008).

A alta prevalência das doenças bucais somada aos seus impactos sociais, tanto no nível coletivo como no individual, confere a estas doenças características próprias às doenças classificadas como de risco iminente à saúde pública (WATT, 2004).

No contexto da promoção de saúde bucal, no que se refere às doenças bucais, persiste uma inesgotável fonte de objetos de pesquisa. Em termos de saúde bucal infantil, o objeto de estudo científico, em geral, encontra-se pautado na cárie dentária, por esta representar a patologia que com maior frequência acomete, precocemente, as crianças, ocasionando, muitas vezes, além de dor e sofrimento, seqüelas que as acompanham pelo resto de suas vidas (BATISTA, 2008).

Relembrando Narvai et al (2006), pode-se destacar que a situação brasileira, no que se refere à saúde bucal, ainda é insatisfatória, pois abriga altos índices de cárie, distribuídos desigualmente na população brasileira. Longe de ser uma condição epidemiológica satisfatória, essa situação social exige mudanças nas políticas de saúde e em suas estratégias de modo a garantir uma maior equidade social.

No Brasil, segundo Frazão, Antunes e Narvai (2003), os dados epidemiológicos demonstram o expressivo incremento das perdas dentárias com o avançar da idade, estabelecendo na população brasileira uma crítica condição de saúde bucal determinada pelas precárias condições dos elementos dentais e pela elevada proporção de brasileiros edêntulos.

As considerações dos autores, anteriormente citados, reafirmam o compromisso das políticas de saúde para com a atenção odontológica precoce, principalmente ao considerar, conforme destacam Peres et al (2003), que a cárie dentária se consubstancia em um importante problema de saúde pública, não só pela alta prevalência e por gerar impactos sociais, mas também, por ser passível de prevenção através da adoção de medidas relativamente simples e de baixo custo.

Torna-se pertinente comentar também que, apesar da expressiva redução nos índices de cárie dentária, ocorrida desde o início dos anos 70, no contexto brasileiro, conforme destacam Narvai et al (2006), persiste uma distribuição desigual das lesões de cárie na população, configurando um quadro epidemiológico de polarização da doença o que pode

ser explicado pelas precárias condições de existência a que é submetida a uma grande parte da população brasileira.

Segundo os autores anteriormente mencionados, o aparecimento desigual das lesões de cárie dentária nos indivíduos não é balizado apenas pelas variações biológicas inevitáveis a que estão sujeitos, mas resulta das diferenças de seus contextos sociais, sendo assim, o processo de polarização que perfila o quadro epidemiológico das lesões de cárie encontra-se diretamente relacionado aos fatores de ordem social.

#### **5.4- A atenção odontológica precoce**

No bojo das ações em saúde que visam melhorar o perfil epidemiológico da população, a atenção odontológica precoce configura em uma importante estratégia no sentido de estabelecer vínculos e desenvolver, desde cedo, hábitos e comportamentos essenciais a uma boa saúde bucal.

De acordo com Bönecker (2000), dentro de uma filosofia de tratamento educativo e preventivo, a atenção odontológica precoce foi introduzida com o objetivo de manter a saúde bucal, considerando que é consensual entre os estudos odontológicos que o acometimento precoce das lesões de cárie ocorre na primeira infância e o aumento de sua prevalência e severidade estabelece-se de acordo com a idade.

Quando se trata de atenção odontológica precoce, a complexidade que envolve a etiologia da cárie dentária requer métodos mais abrangentes, estruturados em ações maiores e multidisciplinares, contando com uma equipe de recursos humanos odontológicos associados a outros profissionais e à sociedade organizada. Fadel e Kozlowski Jr (2000) em relação à cárie precoce destacam a relevância de tais métodos.

Em relação à saúde bucal de crianças de baixa idade (0 a 5 anos), Pinto (2008), ao relatar a reduzida prioridade atribuída à dentição decídua, salienta que, apesar da escassez de dados epidemiológicos referentes a esta faixa etária, as condições de saúde bucal dos infantes ainda representa um desafio para odontologia visto a baixa utilização dos serviços

odontológicos por essa população e expressiva polarização das lesões de cárie em determinados grupos de crianças de baixa idade.

O referido autor considera que os esforços desenvolvidos na área da odontopediatria ainda são insuficientes para o controle das lesões de cárie em crianças de baixa idade e chama atenção para preponderância de ações odontológicas voltadas para crianças a partir do nascimento dos primeiros dentes permanentes, enfatizando, a partir dessa realidade, a importância da atenção odontológica precoce e a necessidade do desenvolvimento de estratégias de base populacional aplicada aos infantes de modo a garantir a esse público a manutenção de uma boa saúde bucal.

Numa mesma perspectiva, Moysés e Rodrigues (2004) salientam que a atenção odontológica precoce, que inclua a educação da família, configura um alicerce incontestável para promoção da saúde bucal de modo geral. Principalmente, ao considerar que nos primeiros anos de vida, instalam-se alguns dos principais hábitos alimentares e de higiene que podem ser favoráveis ou não a saúde bucal do indivíduo.

Assim sendo, os autores mencionados, ressaltam a importância da criação de ambientes saudáveis como uma das estratégias de promoção de saúde bucal para crianças. Tais ambientes seriam desenvolvidos a partir de ações de promoção da saúde em espaços sociais, criando condições de vida e trabalho que conduzam à saúde e ao bem estar.

### **5.5- Saúde bucal e condições de vida: a importância da família**

Segundo Moysés e Rodrigues (2004), a criação de ambientes saudáveis favorece às pessoas um maior controle sobre a própria saúde, através da construção de contextos, comportamentos e relações sociais favoráveis à saúde e desenvolvimento humano. As ações dirigidas à criação de ambientes saudáveis são recursos cabíveis aos espaços sociais onde as pessoas vivem, estudam ou trabalham, ou seja, no cotidiano das pessoas e, nesse contexto da promoção de saúde para crianças, ambientes saudáveis referem-se aos aspectos físicos e sociais que as cercam.

Em relação aos ambientes saudáveis, Abegg (2004) identifica a família como importante espaço social onde se desenvolve as primeiras relações sociais, configurando, pois, o processo de socialização primária, através do qual se desenvolve nos sujeitos hábitos e comportamentos que são de grande relevância para sua saúde.

De acordo com Costa (2005), a família apresenta uma dinâmica de vida própria, vulnerável às transformações sociais determinadas pelos aspectos sócio-econômicos e pela ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais.

No momento, torna-se pertinente ressaltar que as últimas décadas foram marcadas por inúmeras transformações sociais, econômicas, culturais, étnicas e do comportamento humano que esboçaram um novo perfil para sociedade e repercutiram de modo intenso nas diferentes esferas do ambiente familiar. Enquanto essas modificações sociais apresentam resultados positivos nas condições sociais de um determinado grupo de pessoas, para outros tantos grupos, seus efeitos tem uma ação negativa, reduzindo suas condições sociais e potencializando as condições de pobreza e miséria (AMAZONAS, 2003).

Resultantes de condições socialmente impostas aos vários contextos sociais, aspectos sociais como a moradia, o saneamento básico, a renda familiar, o nível de educação, entre outros de igual importância, são significativos descritores das subjetividades de cada contexto social (LEFEVRE, 2004).

Dentre os aspectos sociais anteriormente citados, os estudos de Peres, Bastos e Latorre (2000), Frazão (2003), Peres (2003) e Narvai (2006) correlacionam o nível de educação e a renda familiar entre si e com as condições sociais das famílias. Os autores concordam que, na maioria dos casos, as famílias com melhor nível de educação têm mais possibilidades de atingirem melhores salários e, conseqüentemente, uma melhor posição social que, por conseguinte, conduz a uma maior acessibilidade aos serviços de saúde e a melhores condições de saúde.

Ao estudar uma população de Pelotas, RS, com indicadores sociais e de saúde acima dos padrões brasileiros e baseando-se nos determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de seis anos de idade, Peres et al. (2003) observaram que, no bloco

sócio-econômico, a escolaridade materna e a renda familiar mantiveram-se associadas à ocorrência de cárie.

Em relação à metodologia que utiliza o nível de educação como indicador sócio-econômico, esses autores ainda salientam que:

O nível de educação é um importante marcador de condição socioeconômica e é útil, pois pode ser aplicado a ambos os sexos, ser usado para pessoas fora da força de trabalho, apresenta um comportamento estável ao longo da vida adulta e pode ser usado quando se compara diferentes regiões. Além do mais, altos níveis de escolaridade geralmente são preditores de melhores postos de trabalho, melhores condições de moradia e melhor posição sócio econômica (PERES et al., 2003, p.12)

De acordo com essas considerações, pode-se inferir que o nível de educação materna se apresenta como elemento significativo para saúde infantil o que, sob os princípios da atenção odontológica precoce, reafirma a importância de práticas pedagógicas em saúde que possibilitem a socialização e, sobretudo, a apreensão de conceitos e valores que favoreçam a saúde bucal.

Nos resultados dos estudos de Peres, Bastos e Latorre (2000), independente da frequência de consumo de carboidratos, que é considerada como um importante fator na predisposição à cárie dentária, a renda familiar apresentou-se como fator de risco para alta severidade de cárie dentária.

Em consonância com os autores acima citados, Moreira e Alves (2007) revelam que as desigualdades nas condições socioeconômicas representam um fator determinante da saúde bucal ao destacarem que:

Parece ser muito importante para o avanço dos cuidados em saúde bucal, relacionar os achados epidemiológicos com as condições de desigualdade socioeconômica da população, tanto no aspecto comparativo entre diferentes grandes grupos populacionais, como no âmbito familiar e individual (MOREIRA e ALVES, 2007, p.271).

No parecer dos referidos autores evidencia-se a importância das condições socioeconômicas para a promoção da saúde bucal, essas considerações reforçam as

ponderações de outros autores como Abegg (2004), Batista (2008), Bönecker (2004), Barros e Bertoldi (2002), Narvai (2006), Nadanovsky (2008), dentre outros.

Aos aspectos socioeconômicos também se associa uma distribuição desigual das lesões de cárie entre os indivíduos, o que, segundo Narvai (2006), configura o processo de polarização da doença que se estabelece frente às desigualdades sociais. Essas reflexões sobre o processo social de polarização das doenças bucais indicam que:

Apesar de os índices sugerirem redução das doenças bucais na população, as desigualdades sociais na saúde bucal estão se ampliando, o que indica polarização nos extratos menos favorecidos (MOREIRA e ALVES, 2007, p.263).

Ainda no que se refere à distribuição social das doenças bucais pode-se ainda destacar as dificuldades no acesso aos serviços odontológicos por boa parte da população. Sobre esse ponto de vista, Barros e Bertoldi (2002) revelam que as desigualdades resultam da parcialidade na utilização e no acesso aos serviços odontológicos. Assim sendo:

As condições sociais e econômicas podem ser facilitadores ou limitadores em relação à adoção de hábitos relacionados à saúde. As opções de escolha, o acesso à informação e educação de pessoas com baixo poder aquisitivo são usualmente mais restritas e podem dificultar a adoção de comportamentos condutores à saúde (ABEGG, 2004, p.98).

Ao enfatizarem importância das condições socioeconômicas para a saúde, as ponderações dos autores citados apontam para influência que as desigualdades sociais exercem sobre a utilização e o acesso aos serviços odontológicos e revelam seus possíveis reflexos sobre comportamento da família em relação à saúde bucal infantil.

As desigualdades no acesso aos serviços odontológicos relativas às questões sociais, certamente, configuram um significativo preditor do perfil epidemiológico brasileiro em saúde bucal. Quanto a isso, Barros e Bertoldi (2002) apontam para a baixa utilização dos serviços odontológicos correlacionando-a aos aspectos socioeconômicos que envolvem as diferentes classes sociais.

Diante desse contexto, deve-se ressaltar que ao acesso e à utilização dos serviços odontológicos também estão implicados os aspectos culturais dos indivíduos e a percepção que os mesmos têm em relação à saúde bucal. Assim sendo, tais aspectos, conforme destaca Batista (2008), são determinantes da frequência das consultas odontológicas infantis.

Em relação às consultas odontológicas de crianças de baixa idade, conforme destacam Barros e Bertoldi (2002), Batista (2008), Pinto (2008), Sckalka e Rodrigues (1996), pode-se afirmar que as mesmas não fazem parte da rotina infantil e seus índices, pouco expressivos, provavelmente, refletem no perfil epidemiológico desta população.

Deste modo, o primeiro contato da criança com as práticas odontológicas se estabelece, em geral, pela manifestação de sinais e sintomas inerentes a lesões que já se encontram em um estágio avançado, com uma significativa destruição dos tecidos dentais, sendo necessários procedimentos restauradores de custo elevado ou procedimentos radicais que levam à perda do elemento dental (UNFER e SALIBA, 2000).

Esse comportamento social, no qual as questões relacionadas à saúde bucal só recebem uma maior atenção diante de um motivo aparente, também é apontado por Batista (2008), Frazão, Antunes e Narvai (2003); Nuto et al. (2007) e Unfer e Saliba (2000) e encontra-se estreitamente associado aos valores culturais e, por conseguinte, às percepções sociais em relação à saúde bucal e à visão etiológica das doenças bucais.

Em relação aos valores culturais, as observações de Sckalka e Rodrigues (1996) evidenciam que ainda hoje os elementos dentais, que compõem a primeira dentição, por apresentarem como característica a transitoriedade, têm seu valor subestimado, recebendo pouca ou nenhuma atenção, uma vez que serão substituídos, mais cedo ou mais tarde, por elementos permanentes.

Percebe-se, a partir dessas reflexões, que as doenças que se manifestam nos dentes temporários só ganham importância à medida que atingem um nível alto de dor e sofrimento. Como são elementos que serão substituídos, torna-se pouco relevante a perda precoce dos mesmos (SCKALKA e RODRIGUES, 1996).

Torna-se oportuno comentar que, se por um lado, o baixo índice de participação das mães nas práticas diárias de higiene bucal infantil, conforme descreve Batista (2008), supostamente, contribui para que as lesões de cárie só sejam percebidas diante dos sintomas de dor e dos sinais de destruição das estruturas dentárias; por outro lado, o baixo índice de participação das mães nas práticas diárias de higiene bucal somado a inabilidade motora das crianças, descrita por Abegg (2004), pressupõe uma maior exposição desses elementos dentais aos riscos da cárie dentária.

Deve-se considerar também que, socialmente, os sinais e sintomas que levam ao diagnóstico das lesões de cárie representam a priori os fatores determinantes para a realização das consultas odontológicas, conforme descrito pelos relatos de Barros e Bertoldi (2002); Batista (2008); Frazão, Antunes e Narvai (2003); Nuto et al. (2007) e Unfer e Saliba (2000).

É importante lembrar que, no ambiente familiar, em relação às questões da saúde bucal infantil, identifica-se uma pluralidade de aspectos socioculturais que se encontram estreitamente vinculados à percepção que os familiares têm em relação ao processo saúde-doença e às condições necessárias à manutenção da saúde bucal.

Sobre esse aspecto vale à pena recordar Minayo (1988) e reconhecer que, na perspectiva popular, a etiologia das doenças diverge dos modelos biomédicos, das interpretações sociais e antropológicas da ciência médica, apresentando uma concepção pluralística da saúde-doença, integrando explicações de ordem natural, emocional, sobrenatural.

Nessa ordem, as concepções sociais encontram-se estreitamente associadas a diferentes valores sociais, econômicos, psicológicos, culturais e étnicos que as expressam, refletindo-se nos diferentes atos e nas diversificadas práticas sociais. Portanto, o modelo explicativo de interpretação do processo saúde-doença varia de acordo com as condições de existência e pela capacidade intelectual do homem em cada momento histórico (NUTO, NATIONS, ALBUQUERQUE e COSTA, 2007).

Figueiredo, Brito e Botazzo (2003) consideram que a necessidade de manutenção das práticas de saúde bucal é resultante do processo de reprodução social. Por sua vez, essa

reprodução social encontra-se relacionada às condições sociais de vida das pessoas, às tradições históricas, ao hábito social e às representações sobre o corpo e sobre o processo saúde-doença. Para esses autores:

A constituição da saúde bucal como necessidade é, portanto, uma produção social, [...] a saúde bucal como necessidade se articula diretamente com a ampliação da cidadania política e social, [...] a demanda por saúde bucal parece concorrer com questões que estão relacionadas diretamente com a sobrevivência das pessoas. Parece que saúde bucal se torna necessidade quando um nível mínimo de sobrevivência e de cidadania já foi alcançado. As necessidades de saúde são historicamente produzidas, dependendo das relações sociais e dos conflitos gerados pelo poder (FIGUEIREDO, BRITO e BOTAZZO, 2003, p.755).

Visto essas considerações, faz-se necessário destacar que dentre as iniciativas que buscam consolidar o processo de ampliação da cidadania política e social, a estratégia de saúde da família apresenta grande representatividade, pois, identifica-se no seu campo de trabalho a possibilidade do desenvolvimento de ações favoráveis ao crescimento social.

Ao descrever o desenvolvimento de comportamentos e hábitos condutores à saúde bucal, Abegg (2004) relata que o processo de desenvolvimento de atitudes, hábitos e comportamentos em relação à saúde ao longo da vida, denominado como “carreira de saúde”, inicia-se na infância. A autora explica que as crianças aprendem e adotam comportamentos e hábitos pelo processo de socialização, que se divide em primário, secundário e terciário, desenvolvendo-se, respectivamente, na infância, adolescência e vida adulta.

Para a referida autora, a socialização primária ocorre no início da infância e corresponde a uma fase importante devido à incorporação e internalização de normas e valores. Nessa fase, as crianças se identificam com o comportamento dos pais. Portanto, as atitudes e percepções das crianças com relação à saúde bucal suscitam das atitudes, percepções e práticas de seus pais. Uma criança criada em um ambiente que não valoriza os cuidados com a saúde bucal, provavelmente, tornar-se-á um adulto negligente com relação a sua saúde bucal (ABEGG, 2004).

Complementando as considerações da autora anteriormente citada, Fuller (2004), ao associar a boa saúde bucal ao processo de socialização primária, destaca o papel social da família no desenvolvimento dos hábitos e comportamentos infantis relacionados à saúde, ao admitir que:

O período de socialização primária nos primeiros anos de vida é o período quando hábitos e rotinas, muitas delas relacionadas à saúde, são estabelecidas. As rotinas de socialização primária são aprendidas por aqueles com os quais a criança tem uma relação afetiva forte; incluem membros da família, em especial os pais (FULLER, 2004, p.181).

As perspectivas de Abegg (2004) e Fuller (2004) apontam para relevância que a família tem, a partir do processo de socialização primária, no desenvolvimento e na internalização de hábitos e comportamentos relativos à saúde.

No que concerne ao processo de socialização primária, torna-se importante destacar a significativa representação materna no desenvolvimento de hábitos e comportamentos referentes à saúde bucal (ABEGG, 2004; ABREU, PORDEUS E MODENA, 2005; BATISTA, 2008; FRAZÃO e MARQUES, 2006), o que reforça a condição da figura materna como força propulsora na promoção da saúde bucal infantil.

A partir do processo de socialização primária consolidado na família, percebe-se a possibilidade de se desenvolver nas crianças o conhecimento e autonomia com relação às práticas de saúde, a fim de que desde cedo elas adotem comportamentos que são favoráveis à promoção de saúde bucal (ABEGG, 2004).

No cenário da promoção da saúde, a consolidação das mudanças na vida familiar e nas políticas sociais brasileiras durante as últimas décadas direcionaram a consciência pública sobre a relevância que as famílias têm em prover suporte para as práticas de saúde de seus membros. Abreu, Pordeus e Modena (2005) ressaltam que o ambiente familiar deve oferecer confiança e suporte à criança, sendo núcleo primordial que acolhe a mesma.

No que se refere à necessidade de se valorizar o papel social da família, pode-se acrescentar que:

[...] é interessante ressaltar o caráter nucleador da família, tanto no âmbito dos movimentos sociais, como no que se refere às políticas públicas. Pois, afinal de contas, como já foi possível observar, a família é ponto de confluência das realidades da criança, do adolescente, do jovem, da mulher, do homem, do deficiente e do idoso (COSTA, 2005, p. 23 e 24).

As considerações do autor registram a valorização social da família como um importante pólo social, onde se evidencia a ancoragem das realidades de cada um de seus membros. Assim sendo, a família deve, pois, ser considerada um espaço social de grande influência para promoção de bem estar físico e emocional.

Sob essa lógica, a criação de políticas públicas centradas no suporte do núcleo familiar torna-se uma importante estratégia para promoção da saúde infantil, uma vez que a família consiste no primeiro estágio do processo de socialização (BATISTA, 2008).

Nesse sentido, incluir a família nos programas de promoção da saúde bucal constitui um fator de extrema relevância para promoção da saúde bucal infantil (ABEGG, 2004; ALVES, 2004; MOYSÈS e RODRIGUES, 2004). Todavia, essencial compreender que a família deve ter acesso às condições sociais necessárias para que o aprendizado em saúde bucal possa ser realmente efetivado.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do referencial teórico apresentado, confirma-se necessidade de reorientação das práticas odontológicas de modo a garantir às crianças de baixa idade melhores níveis de saúde bucal pela adoção de medidas que superem as intercorrências relativas às precárias condições de saúde bucal a que se encontra submetida uma expressiva parcela da população infantil.

No que se refere ao processo de trabalho da equipe de saúde bucal na ESF, deve-se considerar a importância das estratégias que, aplicadas aos infantes, objetivam melhorar o perfil epidemiológico desse público. Tais estratégias devem se desenvolver no sentido de viabilizar uma maior participação da equipe de saúde bucal no acompanhamento da gestação e no puerpério, bem como, reafirmar o compromisso dos demais membros da ESF para com a saúde bucal infantil.

Para tal, faz-se necessário transpor as limitações inerentes ao trabalho odontológico que se realiza de modo isolado, como mero serviço de referência odontológica da ESF. Pois, à abrangência e à efetividade de suas ações implicam-se as ações multidisciplinares, para as quais o sinergismo dos demais membros da equipe de saúde da família e a participação ativa da comunidade representam, no âmbito da atenção primária à saúde, uma condição singular à consolidação dos princípios da integralidade e da longitudinalidade.

Quanto à participação comunitária nas questões que envolvem a promoção da saúde bucal infantil, evidencia-se, a partir das colocações dos autores elencados, o importante papel social da família. Tais ponderações reafirmam a representatividade do núcleo familiar no desenvolvimento de comportamentos e na adoção de hábitos condutores à saúde bucal e, sob a perspectiva da atenção odontológica precoce, revelam a família como um elemento essencial à promoção da saúde bucal infantil, tanto no âmbito individual quanto no coletivo.

Assim sendo, a inclusão da família como agente promotor da saúde é extremamente significativa para a atenção à saúde bucal infantil. No entanto, é essencial reconhecer que o papel social da família, nas questões de saúde bucal, encontra-se sob a influência de

aspectos sociais que resultam da reprodução histórica e cultural de valores, de conceitos, de crenças e de experiências sociais vivenciadas por seus membros.

Na interface das considerações dos autores que compõem o referencial teórico deste estudo, percebe-se que as influências dos aspectos sociais que envolvem o ambiente familiar configuram-se em fatores determinantes do perfil epidemiológico infantil, pois são elementos balizadores para o desenvolvimento da percepção social da saúde bucal, para o acesso e utilização dos serviços odontológicos, para o desenvolvimento de condutas, hábitos e comportamentos relativos à saúde bucal infantil.

Em relação ao serviço odontológico que se desenvolve na unidade de ESF São João II, os achados do referido trabalho revelam que a participação da família nas questões relativas à saúde bucal infantil representa uma importante estratégia social no sentido de fortalecer a atenção odontológica precoce.

Diante disso, o presente estudo aponta para outros tantos objetos de pesquisa à medida que propõe uma reflexão quanto às possibilidades de se alterar as práticas de saúde bucal na ESF, de modo que tais práticas estejam mais integradas ao processo de trabalho da ESF e que reconheçam nos aspectos sociais não só os elementos que possam representar um risco para saúde bucal infantil, mas também aqueles que possam efetivamente contribuir para sua manutenção.

## REFERÊNCIAS

- ABEGG, C. Desenvolvimento de Comportamentos e Hábitos Condutores à Saúde Bucal. In: BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. 1ª ed., São Paulo: Editora Santos, 2004. p.97-108.
- ABREU, M. H. N. G.; PORDEUS, I. A.; MODENA, M. C. **Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002**. Ciência & Saúde Coletiva, 2005. v.10, n.1, 245-259.
- ALVES, M. A. **Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas**. Pesq. Bras. Odontopediatria Clínica Integrada, João Pessoa, 2004. v.4, n.1, p. 47-51.
- AMAZONAS, M. C. L. A. **Arranjos familiares de crianças das camadas populares**. Psicologia em Estudo, Maringá, 2003. v.8, num. esp., p. 11-20.
- BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. **Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional**. Ciência & Saúde Coletiva, 2002. v 7, n.4, 709 – 717.
- BATISTA, A.C.P. Conhecimento materno em saúde bucal: implicações e perspectivas para atenção odontológica precoce. Dissertação (Mestrado) – Universidade Presidente Antônio Carlos, Barbacena, 2008.
- BÖNECKER, M. Cárie dentária: um enfoque epidemiológico. In. BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. 1ª ed., São Paulo: Editora Santos, 2004. p.13-28.
- BÖNECKER, M.. **Redução na prevalência e severidade de cárie dentária em bebês**. JBP- Jornal Brasileiro de Odontopediatria, Curitiba 2000. v.3, n.14, p.334-340.
- BOTAZZO, C. **Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate**. Ciênc. saúde coletiva, Mar 2006. vol.11, no. 1, p.7-17.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Área Técnica de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico de cárie dentária, 1996-** banco de dados. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 08 outubro, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 1.444/2000, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União. Brasília, 29/12/2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 267/01, de 06 de março de 2001. Diário Oficial da União. Brasília, 07/03/2001.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção básica, Coordenação Nacional de Saúde bucal. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção básica, 4<sup>a</sup> ed, Brasília, 2007.

CARTA OTTAWA. In : CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DE SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Anais eletrônicos. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/Promocao/cartas/carta%20de%20ottawa.htm>. Acesso em 08 outubro, 2009.

CASTRO, A. L. M. B. **O desenvolvimento da criatividade e da autonomia na escola: o que nos dizem Piaget e Vygotsky**. Rev. Psicopedagogia 2006. v. 23, n.70, p.49-61.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. Iniciação à metodologia científica: participação em eventos e elaboração de textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopemed, 2009.

COSTA, A. C. G. A família como questão social no Brasil. In: KALOUSTIAN, Sílvio M. (Org). **Família Brasileira; a base de tudo**. 7<sup>a</sup> ed., São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2005.

FADEL, C. B.; KOZLOWVSKY JR, V. A. **Cárie dental precoce – uma estratégia mais ampla de prevenção**. JBP, Curitiba, 2000. v.3, n.14, p. 313-317.

FARIA, H.; WERNECK, M.A.F; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA,P.F. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: Unidade Didática 1. Mod.1 Processo de trabalho em saúde, Belo Horizonte : Editora UFMG, 2008.

\_\_\_\_\_. Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde: Unidade Didática 1. Mod.2 Modelo assistencial e atenção básica à saúde, Belo Horizonte : Editora UFMG, 2008.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. **Manual para Normalização de Publicações Técnico-Científicas**. 7<sup>a</sup> Edição, Belo Horizonte: UFMG, 2004.

FRAZÃO, P. **A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção da saúde bucal**. Rev. Odontol Univ São Paulo, Out. 1998. v.12, n.4, p.329-336.

\_\_\_\_\_. **Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas**. Cad. Saúde Pública, Nov. 2006. v. 22, n.11, p.2499-2500.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. **Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998**. Rev. Brasileira de Epidemiologia ,2003. v. 6, n<sup>o</sup>1, p.1803-1814.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. S. C. **Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal.** Ciênc. saúde coletiva, Mar 2006, vol.11, no.1, p.131-144.

FREIRE, M. C. M.. Políticas Públicas de Alimentação Saudável. In. BÖNECKER, M., SHEIHAM, A. **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas.** 1ª ed., São Paulo: Editora Santos, 2004. p.109-132.

FULLER, S. S. Trabalhando com equipe de cuidados primários em saúde para promover a saúde bucal. In. BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas.** 1ª ed., São Paulo: Editora Santos, 2004. p. 177-195.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde a Negação da Negação.** 1ª ed., Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MANFREDINI, M. A. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In. DIAS, ALDO A. **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de trabalho e Práticas.** 1ª ed. São Paulo, Editora Santos, 2007, p 43-73

MARINHO, V. C. C. Prevenção eficaz da cárie dentária com flúor. In. BÖNECKER, M., SHEIHAM, AUBREY **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas.** 1ª ed., São Paulo: Editora Santos, 2004. p.133-160.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção em Saúde Bucal. 2ª ed., Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Saúde–doença: Uma concepção popular da Etiologia.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, out/dez 1988. v. 4, n.4, p. 363-381.

MOREIRA, T. P. e ALVES, M. S. C. F. Saúde Bucal e Desigualdades: dos Números à Experiência das Doenças no Cotidiano. In. DIAS, ALDO A. **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de trabalho e Práticas.** 1ª ed. São Paulo, Editora Santos, 2007. p. 261-274.

MOYSÉS, S. J. **Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia.** Revista da ABENO, São Paulo, 2003. v. 4, n. 1, p. 30-37.

\_\_\_\_\_ **Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto e branco e alguns tons de cinza.** Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva, 2003. v. 1, n.1, p. 7-17.

MOYSES, S. T. e RODRIGUES, C. S. In. BÖNECKER, M. e SHEIHAM, A. **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas.** 1ª ed., São Paulo: Editora Santos, 2004. p. 81

NADANOVSKY, P. O Declínio da Cárie. In. PINTO, VITOR GOMES. **Saúde bucal coletiva.** 5ed. São Paulo: Santos, 2008. p. 357-374.

NARVAI, P.C. **Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX.** Ciência e Saúde Coletiva, 2000. v. 5, n.2, p. 381–92.

\_\_\_\_\_. Recursos humanos para a promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: Kriger L (org). **Promoção da saúde bucal.** 2ª ed. São Paulo: Aboprev-Artes Médicas; 2003. p. 449–63.

\_\_\_\_\_. **Saúde bucal: assistência ou atenção?** São Paulo, FSP-USP, 1992.

\_\_\_\_\_. **Saúde bucal coletiva : caminhos da odontologia sanitária à bucalidade.** Rev. Saúde Pública, 2006. v 40, n. esp., p.141-7.

\_\_\_\_\_. **Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropologia.** Ciência saúde coletiva, Mar 2006. v.11, n.1, p.18-21.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P.; RONCALLI, A. G.; ANTUNES, J. L. F. **Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social.** Revista Panam. Salud Pública. 2006. v. 19, n.6, p. 385-93.

NUTO, S. A. S.; NATIONS, M. K.; ALBUQUERQUE, S. H. C.; COSTA, I. C. C. O saber popular em odontologia e o processo saúde-doença. In. DIAS, ALDO A. **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de trabalho e Práticas.** 1ª ed. São Paulo, Editora Santos, 2007. p. 119-137.

PERES, K. G. A.; BASTOS J.R.M.; LATORRE M.R.D.O. **Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais.** Rev. Saúde Pública, 2000. v. 34, n.4, p. 402-8.

PERES, M. A.; LATORRE, M.R.D.O; SHEIMAN, A; PERES, K.G.; BARROS, F.C.; HERNANDES, P.G; MAAS, A.M.N.;ROMANO, A.R. E VICTORA, C.G. **Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de 6 anos de idade.** Revista Brasileira de Epidemiologia, 2003. v.6, n.4, p. 1-14.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva.** 5ed. São Paulo: Santos, 2008.

SCHALKA, M.M.S.; RODRIGUES, C. R. M. D. **A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal.** Revista Saúde Pública, 1998. v.30, n .2, p.179-86.

SHEIHAM, A. Abordagens de Saúde Pública para Promover Saúde Periodontal. In. BÖNECKER, M., SHEIHAM, A. **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas.** 1ª ed., São Paulo: Editora Santos, 2004. p.29-44.

SOUZA , T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

UNFER, B.; SALIBA, O. **Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal.** Revista de Saúde Pública, 2000. v. 34, n.2, p. 190-195.

WATT, R. G. Introdução. . In. BÖNECKER, M., SHEIHAM, AUBREY **Promovendo Saúde Bucal na Infância e Adolescência: Conhecimentos e Práticas**. 1ª ed., São Paulo: Editora Santos, 2004, p.1-12.

WHO 1986. Carta de Ottawa . In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.