

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Francine Dalla Costa Flores**

**INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS  
EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL**

**PORTO ALEGRE - RS**

**2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Francine Dalla Costa Flores**

**INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS  
EM RELAÇÃO À SAÚDE BUCAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para a  
obtenção do Certificado de Especialização  
em Saúde Pública.**

**Orientador: Prof. Francisco Arsego de  
Oliveira**

**PORTO ALEGRE - RS**

**2013**

## RESUMO

Este trabalho foi uma revisão bibliográfica descritiva, realizada no ano de 2013. A motivação maior que levou a desenvolver esse estudo foi avaliar a influência dos aspectos culturais em relação à saúde bucal. O fator socioeconômico e cultural influencia na percepção da condição bucal da pessoa através do comportamento e da importância que a pessoa dá a si mesma. Os critérios de avaliação da condição bucal são percebidos de maneiras diferentes pelo paciente e pelo profissional. Enquanto o profissional avalia a presença ou ausência de doença, para o paciente o mais importante são os sintomas e problemas decorrentes das condições bucais. O comportamento das pessoas frente à saúde bucal está intimamente ligado com sua vivência diária. Atitudes estas que determinarão o padrão de comportamento tomado por essas pessoas no decorrer de suas vidas em relação à introdução de hábitos de higiene bucal. É importante ressaltar, que nem toda a população tem acesso a tratamentos odontológicos realizados por cirurgiões dentistas, ou simplesmente acreditam que seus sintomas possam ser curados por meio próprio. Muitas pessoas, principalmente as de baixa renda, preferem utilizar maneiras domésticas, com elementos naturais e que sejam de fácil manuseio, ou usar de superstições, como mágicas e simpatias, acreditando assim, que serão curadas ou imunizadas.

**Palavras-chave:** saúde bucal, cirurgião-dentista, aspectos sociais, econômicos e culturais.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CD:** Cirurgião-dentista

**ESB:** Equipe de Saúde Bucal

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**PSF:** Programa Saúde da Família

**SUS:** Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	5
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....	6
1.2 OBJETIVOS .....	6
1.2.1 Objetivo geral .....	6
1.2.2 Objetivos específicos .....	7
<b>2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	8
<b>3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO</b> .....	9
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	17
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	18

## 1 INTRODUÇÃO

O fator socioeconômico e cultural influencia na percepção da condição bucal da pessoa através do comportamento e da importância que a pessoa dá a si mesma. Os critérios de avaliação da condição bucal são percebidos de maneiras diferentes pelo paciente e pelo profissional. Enquanto o profissional avalia a presença ou ausência de doença, para o paciente o mais importante são os sintomas e problemas decorrentes das condições bucais. (SILVA e ROSELL, 2006).

O comportamento das pessoas frente à saúde bucal está intimamente ligado com sua vivência diária. Atitudes estas que determinarão o padrão de comportamento tomado por essas pessoas no decorrer de suas vidas em relação à introdução de hábitos de higiene bucal. (FREEMAN, 1999).

Escovar os dentes é a maneira mais eficaz de manter um bom controle de placa dental e introduzir flúor na cavidade oral. Desde o final dos anos 80, campanhas têm sido feitas a fim de conscientizar a população em relação à importância de tal cuidado. (LOESCHE, 1993).

A cárie dental, considerada uma das doenças que mais atinge a cavidade bucal, é uma doença infecciosa, transmissível e multifatorial, ou seja, depende totalmente das condições do meio em que o hospedeiro se encontra, tais como tempo, dieta e microrganismos presentes. (NEWBRUN, 1988).

É importante ressaltar, que nem toda a população tem acesso a tratamentos odontológicos realizados por cirurgiões dentistas, ou simplesmente acreditam que seus sintomas possam ser curados por meio próprio. Muitas pessoas, principalmente as de baixa renda, preferem utilizar maneiras domésticas, com elementos naturais e que sejam de fácil manuseio, ou usar de superstições, como mágicas e simpatias, acreditando assim, que serão curadas ou imunizadas.

O presente trabalho analisou a influência dos aspectos culturais sobre os cuidados à saúde bucal. Buscou compreender mais sobre os motivos pelos quais as pessoas ainda optam por utilizarem de crenças e métodos caseiros para tratarem problemas decorrentes da cavidade bucal.

## **1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA**

Uma boa condição de saúde bucal é, sem dúvida, imprescindível ao bem estar físico, mental e social de qualquer ser humano. Hoje em dia, o acesso a esses serviços está sendo aos poucos, mais facilitado para que todos tenham esse direito. Apesar disso, ainda nos deparamos com uma realidade ultrapassada em relação aos cuidados em saúde bucal, onde, mesmo com toda a informação, uma parte da população, principalmente de baixa renda e escolaridade, optam por usar de crenças e superstições, além de medicina alternativa para tratar afecções de origem bucal.

O conhecimento dos aspectos culturais da população é importante para os sanitaristas, pois nem sempre as verdadeiras razões são apresentadas pela população para explicar a sua resistência ou falta de colaboração com os programas de saúde pública, haja vista que ao existir choque com valores culturais importantes do grupo, principalmente os de ordem religiosa ou ética, os indivíduos, em geral, não os referem aos sanitaristas (BASTOS; RAMIRES; AQUILANTE, 2002).

De acordo com uma pesquisa mundial realizada pela OMS em 2004, no Brasil, 14% da população perdeu todos os dentes, ou seja, 26 milhões de Brasileiros já não possuem nenhum dente natural (GÓIS, 2004). É necessário considerar os estilos de vida e as formas de viver das populações a quem são dirigidas as ações de saúde, pois no campo da cultura popular, os conhecimentos, os valores, as crenças e as práticas se vinculam com fatores biológicos, econômicos e sociais (UNFER; SALIBA, 2000).

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Descrever como a cultura passada entre gerações de como cuidam de seus dentes e qual a importância que dão a esses cuidados, pode influenciar na maneira como tratam seus problemas odontológicos e de seus familiares.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Estudar as influências culturais passadas entre gerações.
- Estudar de que maneira o meio em que se vive pode mudar alguns métodos de cuidados convencionais em relação à saúde bucal.
- Apresentar alguns métodos usados pela população para resolução de problemas odontológicos influenciados pela sua cultura.

## 2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo foi desenvolvido a partir de uma análise **qualitativa**, de cunho descritivo, realizado a partir de dados secundários obtidos nos últimos 20 anos. Utilizaram-se dados analisados via documentos e impressos de publicações reconhecidas no mundo acadêmico, como dissertações e teses, utilizando a base de dados da CAPES, bem como dados online (SCIELO, LILACS, PUBMED), analisando os resultados de estudos e pesquisas de autores conceituados no assunto.

Para realizar as buscas, foram empregados os seguintes descritores: Saúde Bucal, aspectos sociais, econômicos e culturais e cirurgião dentista.

Utilizou-se também, uma tese de Doutorado, duas teses de Mestrado, cinco Monografias de conclusão de curso, seis Revistas de áreas específicas em Saúde Pública e dois Periódicos localizados na Internet.

Durante a elaboração do trabalho, a pesquisa buscou interpretar a realidade através do método **hipotético-indutivo**. O método foi utilizado a partir da análise dos dados, com o intuito de gerar conclusões mais amplas, válidas em relação a um universo maior. Este método qualifica o processo de investigação como a aceitação da validade, de se generalizar comportamentos observados num campo mais restrito.

A pesquisa na área de saúde requer a análise dos aspectos estruturais do problema estudado, numa base empírica, aliada a uma visão subjetiva que permita a compreensão da realidade humana, por meio da explicação dos fenômenos que constituem a vivência das relações sociais (BRANDÃO e BASTOS, 2001).

Segundo LAKATOS (1991), a importância dos dados não está em si mesmo, mas em proporcionar respostas às investigações.

### 3 DESENVOLVIMENTO DO CONTEÚDO

Os conceitos sobre saúde/doença são formalmente influenciados por valores sociais e culturais, dessa forma, quando se necessita avaliar uma grande quantidade de significados, valores, motivos, aspirações e desejos, o método estatístico não consegue abarcar tais dimensões com a profundidade pretendida, o que necessita de uma abordagem de qualidade do fenômeno, através do método qualitativo. Assim, o planejamento não deveria se reduzir a produção de dados e indicadores externos aos sujeitos que conferem significado às ações de saúde. Não há, entretanto, uma relevância das avaliações qualitativas, mas sim, a evidência da complementaridade dessas metodologias (VARGAS et al., 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1988 e regulamentado em 19 de Setembro, em 1990 através da lei n. 8080. O SUS tem como princípios básicos: a Universalização do acesso aos serviços de saúde, a Descentralização político administrativa, a Integralidade de assistência, a Equidade e a Participação da comunidade. Tendo como base os princípios do SUS, foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família, que mais tarde foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF prioriza as ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo em todos os ciclos de vida. Ela veio viabilizar os princípios do SUS e fortalecer ainda mais as ações já executadas pelo Programa de Saúde da Família aumentando o vínculo com a família, pois essa passa a ser foco das ações e dos planejamentos da ESF. Além disso, o atendimento passa a ser integral, através de uma equipe multiprofissional que interage com a população e estende esse atendimento a todos os níveis de atenção. A Equipe de Saúde Bucal (ESB) só é criada mais tarde sendo o Cirurgião-dentista (CD) o último profissional a ser incluído na equipe. O trabalho do CD está diretamente associado ao dos demais profissionais da equipe, devendo haver interação do mesmo com a sua equipe de ESF e conhecer a realidade da população da sua área de abrangência. Essas ações permitem ao CD desenvolver um trabalho de qualidade conhecendo com mais afinco não apenas os problemas de saúde, como também a realidade de cada indivíduo (RAMOS, 2011). A inserção da Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família, através de incentivos financeiros a partir do ano 2000, representou a possibilidade de criar um espaço de práticas e relações a serem construídas para a reorientação do processo de trabalho e

para a própria atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006).

Os adultos constituem a larga maioria da população, que demandam fortemente por serviços odontológicos e influenciam decisivamente o comportamento de seus dependentes (PINTO, 2000). Com relação ao acometimento de problemas bucais nessa faixa etária, a cárie e as doenças periodontais são mais frequentes, culminando, em muitas vezes, na prática de extrações em série, o que conduz ao futuro do edentulismo e ao uso de próteses. E, em se tratando de Brasil, é preciso ressaltar que existe uma dificuldade de acesso a serviços odontológicos por uma grande parte dos indivíduos (BRASIL, 1998; PINTO, 2000). Isso se explica pelo horário de funcionamento das clínicas odontológicas, principalmente aquelas correspondentes aos serviço público, coincidir com o horário de trabalho da maioria da população, fazendo com que a maioria dos trabalhadores, com medo de faltarem trabalho e serem demitidos, protelem o tratamento odontológico preventivo e procurem atendimento somente quando houver dor (FERREIRA; ALVEZ, 2006).

O Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal - CNSB evidencia que a saúde bucal permanece como fator de exclusão social e seu enfrentamento exige mais do que ações assistenciais desenvolvidas por profissionais competentes. São necessárias políticas intersetoriais, com enfoque na promoção da saúde, universalização do acesso, responsabilidade pública de todos os segmentos sociais e, sobretudo, compromisso do Estado em suas três esferas de governo (BRASIL, 2005).

No Brasil, a política que favorecia o atendimento odontológico somente aos escolares vigorou por muitos anos, deixando a população adulta e idosa desassistida. O adulto, por ser uma parcela muito grande da população, praticamente ficou desassistido nesses anos todos; e com uma demanda acumulada de procedimentos curativos. Essa população passou a ser gradativamente atendida após a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, com seus princípios garantidos pela Constituição de 1988 e o surgimento das Diretrizes para a Política Nacional de Saúde Bucal (CEABSF, 2009).

Os serviços de saúde bucal no Brasil se apresentam como um dos grandes problemas a serem equacionados pelos sistemas públicos de atenção à saúde. A grande demanda acumulada pelos modelos excludentes, posta em cheque pela

implantação do SUS, tem sido um processo de revisão e reformulação ainda lento, mas considerando o pouco tempo de existência de um modelo com base na universalidade da atenção. (RONCALLI, 2000).

O estudo de famílias e populações tem se constituído em um vasto campo de pesquisa em diferentes áreas de conhecimento por se tratar do centro do viver das pessoas e do locus de manifestação de múltiplos aspectos socioculturais, Na área da saúde, em especial, essa importância assume um papel fundamental, pois para trabalhar com as pessoas de uma forma mais integrada e apresentar melhorias de sua situação no processo de viver, precisa-se conhecer seu modo de vida e com isso compreendê-la em sua complexidade e diversidade (PINTO, 2009).

SILVEIRA, BRUM e SILVA (2002) afirmam que a educação e motivação são os procedimentos capazes de gerar mudanças de comportamento. No entanto, a mudança de hábitos é muito difícil de ser alcançada, em virtude de influências culturais, sociais e governamentais. Os autores ressaltam ainda que a mudança de comportamento pode ser mais facilmente atingida quando não só o paciente é estimulado, mas o seu núcleo familiar, como um todo.

Além disso, em nossa sociedade, as questões relativas à higiene são de foro íntimo, então, alguns fatores de nossas culturas influenciam nesse processo, muitas vezes dificultando, o que não é bom para a saúde bucal (BRASIL, 2006).

A motivação para os filhos desenvolverem hábitos de cuidado com seus dentes é dependente da família, pois é ela que vai unir medidas específicas à hábitos e inserir medidas preventivas na rotina (KINNBY; PALM; WIDENHEIM, 2001).

Alguns pais explicam que a causa da pouca participação nesse cuidado em casa está associado ao trabalho, ou mesmo até por desconhecerem técnicas corretas de escovação. É importante ressaltar que muitos não receberam essa informação, então é equivocado exigir hábitos que não foram transmitidos pelas gerações passadas. A realidade de vida dessa população é de grande importância na determinação de seu hábitos de saúde (BRASIL, 2006).

Os pressupostos iniciais eram de que problemas bucais poderiam interferir na rotina dessas famílias, podendo ser um dos fatores de impacto na qualidade de vida das pessoas. Observa-se que as mães apresentam uma grande preocupação com a saúde bucal atual de seus filhos, bem como esse impacto será no futuro. São

frequentes, ainda, as considerações de que no passado a assistência odontológica era mais excludente e de pior qualidade (ABREU et al., 2004).

As transmissões de noções de higiene são passadas dos pais para os filhos ainda crianças e, nessa idade, eles não ter coordenação motora suficiente para a realização dessas atividades rotineiras, sendo necessária a ajuda dos pais. Essas atividades, quando no início, por sua vez são interessantes, mas com o tempo, as crianças começam a deixar de realizar a escovação correta por ser uma atividade rotineira (BRASIL, 2006).

Ainda que as principais doenças bucais sejam preveníveis ou passíveis de controle, e as medidas necessárias sejam relativamente simples, verifica-se que os objetivos de uma melhor saúde bucal, em nível populacional, não são efetivamente alcançados, Isso ocorre porque a prevalência e a incidência dessas patologias vêm associadas a condições sociais, econômicas, políticas e educacionais, e não apenas como resultado das interações biológicas e orgânicas (MACIEL, 1994).

A atual Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) objetiva ampliar e garantir assistência odontológica à população para além dos pressupostos do PSF (Programa Saúde da Família), ou seja, busca-se o desenvolvimento de práticas pautadas na vigilância à saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e tratamento, com atenção voltada para a família e com ações organizadas em todos os níveis de atenção, visando obedecer ao princípio da integralidade. Dessa forma, espera-se que os usuários encontrem maior facilidade ao procurar por serviços de saúde bucal. (BRASIL, 2006; COSTA, 2002; KOVACS, FELICIANO, SARINHO, VERAS, 2005; SOUZA, 2005).

A caracterização socioeconômica é de fundamental importância quando se analisa mudanças de comportamento, pois aspectos culturais, educacionais, econômicos e sociais são importantes para a delimitação do problema, suas possíveis soluções, barreiras à comunicação e outros aspectos ligados ao processo (MORAES; BIJELLA, 1982).

As definições mais atuais sobre saúde rejeitam a noção de que saúde é apenas a ausência de doenças, pois é preciso considerar o contexto físico, o psicológico e o social de cada indivíduo. No entanto, a saúde bucal continua sendo medida através de um modelo baseado na doença, com indicadores objetivos e quantitativos. Por isso, a prevalência das doenças bucais continua sendo descrita em várias populações, mas

pouco se sabe como as doenças e os sintomas afetam o dia a dia das pessoas e sua qualidade de vida (PINTO, 2009).

A caracterização socioeconômica é de fundamental importância quando se analisa comportamento, pois aspectos culturais, educacionais, econômicos e sociais são importantes para a delimitação do problema, suas possíveis soluções, barreiras à comunicação e outros aspectos ligados a este processo. O comportamento em qualquer situação é determinado principalmente pelas crenças, atitudes e valores que possuímos. (MORAES; BIJELLA, 1982).

Em 2009, STELA relatou que existe uma grande complexidade em diversas relações, como fatores culturais, sociais e ambientais, e o surgimento de doenças. Segundo Stela o emprego de mapas de risco facilita a identificação, bem como a compreensão das áreas geográficas, mas ainda tem seu uso limitado na saúde pública. Afirmou, ainda, haver relação entre doenças e as áreas de privação social, devendo ser explorado melhor a relação espaço e saúde para identificar áreas de risco e permitir uma abordagem mais individualizada daquela população.

Em meados do século XX, começa a ser estudado o termo “interculturalidade” em saúde, estabelecida a partir de questões indígenas e envolve a complementaridade entre os sistemas de saúde institucional (medicina científica) e tradicional (medicina cultural), que tem como objetivo comum prevenir doenças e melhorar a saúde em zonas indígenas. Portanto, a interculturalidade em saúde consiste em um processo que compreende a complementaridade equânime e respeitosa de visões institucionais e tradicionais sobre os aspectos sociais, políticos e econômicos e, sobretudo, culturais, que afetam a saúde. Trata-se de coexistências de distintas visões de maneira complementar, sem preconceitos ou imposição uma sobre a outra. (AGUIRRE, 1994).

Os conceitos sobre saúde/doença são fortemente influenciados por valores sociais e culturais. (VARGAS, 2002).

Em muitas situações do processo de adoecimento, a necessidade percebida depende das crenças e do conhecimento da pessoa afetada, a também dos critérios de valor atribuídos à saúde perdida. Assim, a avaliação da saúde por pessoas leigas difere da que é feita por profissionais, pois os conceitos de má saúde e de doença são determinados por valores culturais (SHEIHAM, 2000).

O conhecimento dos aspectos culturais da população é importante para os sanitaristas, pois nem sempre as verdadeiras razões são apresentadas pela população para explicar a sua resistência ou falta de colaboração com os programas de saúde pública, haja vista que ao existir choque com valores culturais importantes do grupo, principalmente os de ordem religiosa ou ética, os indivíduos, em geral, não os referem aos sanitaristas (BASTOS; RAMIRES; AQUILANTE, 2002).

No ano de 2010, BASTOS; CAMARGO; CASTRO; e SILVA, realizaram um estudo sobre as práticas populares nos cuidados com a saúde bucal decorrentes de patologias como a cárie dentária, doença periodontal, entre outras, no distrito de Tabajara, Estado de Rondônia, Brasil, tendo em vista que o folclore é muito presente na cultura popular, sendo considerado um fato social e cultural, ao mesmo tempo atingindo e influenciando os cuidados quanto à saúde bucal. O instrumento de pesquisa compreendeu um questionário, com questões objetivas e subjetivas, sendo os dados analisados sob a forma descritiva. Observou-se um baixo nível de conhecimento em aspectos relacionados à saúde bucal nas pessoas analisadas, bem como uma variedade de métodos alternativos para "tratamento" e "prevenção" de afecções bucais.

Dentro das entrevistas, optou-se por transcrever alguns trechos das falas dos sujeitos da pesquisa a respeito das receitas ou simpatias transmitidas pelos moradores, quando há o acometimento de problemas de ordem bucal:

*“Bochecho com óleo de copaíba, e também álcool com a folha do jaborandi colocado com um algodão”.*

*“Pega o sabugo de milho, queima ele, aí põe ele para ferver, depois, enquanto está morno, você coloca uma colher de polvilho dentro, aí mexe, aí põe uma pitadinha de sal, aí mexe, deixa descansar e faz a bochechada”.*

*“Faz o chá da rama de batata, deixa esfriar um pouco e bochecha”.*

Em 2007, NUTO, NATIONS e COSTA, realizaram um estudo sobre os aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica. Este estudo foi baseado em relatos de populares atendidos em unidades de saúde da região.

A história da medicina popular é o passo inicial da história da medicina, buscando tratamento para cada mal específico ou uma maneira de prevenir os males e assegurar boa saúde. Assim, desde tempos imemoriais, o homem fez uso de elementos naturais ou mágicos para se proteger de doenças que supostamente eram causadas por espíritos malignos. E, como consequência, a medicina popular se desenvolveu em dois grandes campos: a natural e a baseada em práticas mágicas e religiosas (ROSENTHAL, 1998).

Na grande maioria das pesquisas realizadas nota-se que duas variáveis estão sempre associadas de maneira significativa com a ocorrência de cárie dentária: estudar em escola pública e baixa qualificação profissional do chefe da família (ABREU MHNG et al., 2004).

O conhecimento dos aspectos culturais da população é importante para os sanitaristas, pois nem sempre as verdadeiras razões são apresentadas pela população para explicar a sua resistência ou falta de colaboração para os programas de saúde pública, haja vista que ao existir choque com os valores culturais importantes do grupo, principalmente os de ordem religiosa ou ética, os indivíduos geralmente não os referem aos sanitaristas. (BASTOS; RAMIRES; AQUILANTE, 2002).

As práticas diárias de escovação e controle da dieta são cuidados importantes em relação à saúde bucal do ser humano. Na maioria das famílias o processo de aquisição de hábitos inicia-se cedo na infância, mas com os problemas sociais encontrados por algumas famílias, essa atitude às vezes passa despercebida pelos responsáveis, que deveriam ao menos realizar as primeiras escovações dos filhos, sendo que em muitos casos, os filhos imitam os atos realizados pelos mais velhos (MODENA, 2005).

Importante lembrar que a diversidade em questões de saúde não se apresenta somente com relação aos aspectos étnicos dos indivíduos, mas envolve também questões de gênero, de religiosidade e crenças, de condições socioeconômicas e culturais, entre tantos outros aspectos que configuram as características particulares a cada pessoa ou coletividade. Todos estes aspectos acabam por influenciar, de alguma maneira, a relação profissional de saúde-paciente, sendo que essa influência não possui um único sentido, mas que se trata de uma influência que pode ser exercida

por qualquer uma das partes, e, ainda, com distintos graus de intensidade (RAYMUNDO, 2011).

De acordo com uma pesquisa mundial realizada pela OMS em 2004, no Brasil, 14% da população perdeu todos os dentes, ou seja, 26 milhões de Brasileiros já não possuem nenhum dente natural (GÓIS, 2004). É necessário considerar os estilos de vida e as formas de viver das populações a quem são dirigidas as ações de saúde, pois no campo da cultura popular, os conhecimentos, os valores, as crenças e as práticas se vinculam com fatores biológicos, econômicos e sociais (UNFER; SALIBA, 2000).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A influência cultural em relação à saúde bucal está diretamente ligada com as experiências e conhecimentos transmitidos entre gerações;
- O processo de aquisição de hábitos inicia já na primeira infância, onde os filhos copiam as ações realizadas pelos pais;
- Existe uma questão cultural em torno de afecções da cavidade bucal, onde uma parte desta população trata o problema primeiramente com soluções alternativas, medicações caseiras e outros, procurando atendimento odontológico tardiamente;
- Há uma deficiência muito grande em relação aos cuidados em saúde bucal nos sistemas públicos de saúde, onde os métodos são, em sua maioria curativos, e não preventivos;
- Para que muitas extrações dentárias desnecessárias deixem de ser realizadas e venham a prejudicar ainda mais a qualidade de vida dos indivíduos, é necessária uma restauração da odontologia, com enfoque conservador, de forma que o cirurgião-dentista passe a atuar preventivamente e o indivíduo saiba valorizar mais a promoção de saúde e tome consciência da importância do autocuidado.

## REFERÊNCIAS

- ABREU MHNG et al, 2004. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol. 10, n.1, Rio de Janeiro, 2005.
- AGIRRE-BELTRAN G. Antropologia Médica. México, D>F, Fondo de Cultura Económica; 1994.
- BASTOS, A. V. B.; BRANDÃO, M. G. A. Antecedentes de comprometimento organizacional em organizações públicas e privadas. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPAD, Salvador, 2001.
- BASTOS JR de M. CAMARGO LM de A. CASTRO RF M. SILVA, RH A., Análise das diferentes manifestações de cultura quanto aos cuidados em saúde bucal em moradores da região rural ribeirinha em Rondônia, Brasil; 2010.
- BASTOS JR de M. RAMIRES I, Aquilante AG. Antropologia Cultural: Cultura, instindo e saúde. Baurú: FOB:USP; 2002.
- BIANCO, LUIS CARLOS. Avaliação de conhecimentos em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho, Rondônia. 2010. Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de Taubaté. São Paulo, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde Bucal. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: Registro de uma conquista histórica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- COSTA, J.F.R., CHAGAS, L.D., SILVESTRE, R.M.S., organizadores. A política nacional de saúde bucal do Brasil: Registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.
- COSTA RCR. Descentralização, financiamento e regulação: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Revista Sociológica e Política, 2002.

FERREIRA, A.A.A; ALVES, M.S.C.F. Representações sociais de necessidades de cuidados bucais: Um estudo com habitantes do bairro de Cidade da Esperança – Natal (RN). Universidade Federal de Rio Grande do Norte, 2002.

FREEMAN R. The determinants of dental health attitudes and behaviours. Br Dent J 1999;

GÓIS, A. Brasil tem 26 milhões de sem dentes. Folha de São Paulo. 19 de maio 2004.

KINNBY,C.G.; PALM,L.; WIDENHEIM,J. Evolution of information on dental health care at child health center. Differences in education level, attitudes, and knowledge among parents of preschool children with different caries experience. Acta Odontol. Scand., 1991.

KOVACS MH, FELICIANO KVO, SARINHO SW, VERAS AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. Jornal de Pediatria, 2005;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LOESCHE WJ. Cárie Dental: Uma infecção tratável. Rio de Janeiro Cultura Médica, 1993.

MODENA C.M., 2005. Ciência e Saúde Coletiva vol. 10 no. 1 Rio de Janeiro, 2005.

MORAES,N.; BIJELLA, V.T. Educação Odontológica do paciente. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas. São Paulo, 1982.

NEWBRUN E. Cariologia. São Paulo: Santos; 1988.

NUTO, S.A.S.; NATIONS, M.K.; COSTA, I.C.C. Aspectos Culturais na compreensão da periodontite crônica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

PEREIRA, A.L. Influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Minas Gerais:UFMG, 2010.

PINTO, E.C. Relação entre aspectos sócio-culturais e autopercepção das condições de saúde bucal em populações acompanhadas pelo Programa Saúde da

Família. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Montes Claros – MG, 2009.

RAMOS, R.S. A influência dos Aspectos Sociais e Culturais na Saúde Bucal. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais Teófilo Otoni – MG, 2011.

RAYMUNDO, M.M. Uma aproximação entre bioética e interculturalidade em saúde a partir da diversidade. Revista HCPA; 2011.

RONCALLI AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal: universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva [tese]. Araçatuba (SP): Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2000.

ROSENTHAL E. Os dentes e os folclores no Brasil. Brasil: Yasyama; 1998.

SHEIHAM A.A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO VG, organizador. Saúde Bucal Coletiva. 4. Ed. São Paulo, 2000.

SILVEIRA, R.G.; BRUM, S.C.; SILVA, D.C. Influência dos fatores sociais, educacionais e econômicos na saúde bucal das crianças. RMAB, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, S.R.C, ROSELL, F.L, JÚNIOR, A.V. Percepção das condições de Saúde Bucal por Gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde no Município de Araraquara, São Paulo, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil. 2006.

SOUZA TMS. A incorporação de saúde bucal no programa de saúde da família no Rio Grande do Norte: Investigando a possibilidade de conversão do modelo assistencial. [dissertação]. Natal (RN). Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2005.

STELA MARCIA PEREIRA, 2009. O uso do sistema de Informação Geográfica (SIG). Disponível em: [http://www.fop.unicamp.br/reuniao/downloads/2dia\\_Stela\\_Pereira\\_sist\\_informacao.pdf](http://www.fop.unicamp.br/reuniao/downloads/2dia_Stela_Pereira_sist_informacao.pdf)

UNFER B. SALIBA O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. Revista Saúde Pública, 2000;

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Unidade Didática II. Saúde Bucal – Atenção ao Idoso. Belo Horizonte, Março, 2009.

VARGAS A.M.D. et al 2002. Políticas Públicas e qualidade de vida: um estudo sobre a perda dentária. Tese de Doutorado. Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2002.

