

# Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde de Montes Claros/MG quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico

## Patient perception of the Brazilian Public Health Care System in the town of Montes Claros / MG, concerning oral health and public oral healthcare

Adrienne Calixto Freire de Paula<sup>1</sup>, Raquel Conceição Ferreira<sup>1</sup>, João Felício Rodrigues Neto<sup>2</sup>, Alfredo Maurício Batista de Paula<sup>1</sup>

### RESUMO

Esse estudo avaliou a percepção dos usuários quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico no município de Montes Claros/MG. Os participantes foram selecionados de uma lista dos usuários adultos agendados para tratamento odontológico no Programa de Saúde da Família (PSF). Após assinatura do termo de consentimento, os usuários foram entrevistados, sendo suas falas gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo. Os usuários relacionaram saúde bucal com saúde sistêmica, cuidados com a boca e aparência. Muitos desconheciam o significado de PSF, bem como sua lógica de funcionamento. Para os usuários, o PSF favoreceu a proximidade com o profissional de saúde, contribuindo para o acolhimento satisfatório. Houve reflexões sobre universalidade. Os agentes comunitários e as reuniões coletivas foram considerados facilitadores do acesso ao serviço odontológico. No discurso sobre os fatores limitantes do acesso houve referência do grande número de usuários e do tempo de espera para atendimento odontológico.

**Descritores:** Percepção. Saúde bucal. Programa Saúde da Família.

### INTRODUÇÃO

Etimologicamente, percepção é um termo derivado do latim *percebere* e significa observar ou conhecer por meio dos sentidos<sup>1</sup>. A autopercepção sobre saúde e doença bucal possui um caráter subjetivo e demonstra com clareza que o conceito de saúde e doença é relativo e pode ser definido como a experiência subjetiva de um indivíduo acerca do seu bem-estar funcional, social e psicológico, com forte influência cultural<sup>2</sup>. Em pesquisas anteriores, o valor da saúde bucal não tem sido incorporado à prática cotidiana dos indivíduos das classes populares e estes não a percebem como direito adquirido. O processo saúde/doença bucal dos usuários de serviços públicos de saúde tem sido relacionado à capacidade de trabalho, à sobrevivência, a aspectos religiosos, a dor, incômodo e incapacidade, estética e às normas odontológicas de higiene bucal e de dieta<sup>3,4</sup>.

O discurso popular é relevante para a adequação e implementação dos serviços de

odontologia dentro da realidade social das localidades estudadas. Dessa forma, o planejamento de ações coletivas em saúde deve levar em consideração não somente a eficácia da intervenção<sup>5</sup>, mas, sobretudo as percepções que os grupos populacionais têm da sua realidade<sup>4</sup>.

Assim, a questão da participação popular não pode ser negligenciada, especialmente por se constituir um direito garantido no texto constitucional, compondo uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde<sup>6</sup>.

Portanto, a construção de uma estratégia como a saúde da família deveria acontecer juntamente com a comunidade que será assistida pelo programa, contemplando um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que é a participação da comunidade, principalmente no espaço micro da participação, representado pelas relações cotidianas<sup>7</sup>. Isso evitaria o que foi observado em estudos sobre percepção dos usuários: a dificuldade de

<sup>1</sup>Departamento de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

<sup>2</sup>Departamento de Clínica Médica, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil  
Contato: adriannepaula@bol.com.br / ambpatologi@gmail.com / ferreira\_rc@hotmail.com / joao.felicio@unimontes.br

reconhecimento do PSF como tal, bem como sua lógica de funcionamento<sup>8,9</sup>.

A expansão das ações de saúde bucal no âmbito da estratégia de saúde da família no Brasil tem motivado reflexões sobre a organização da prática odontológica para resgatar a dívida histórica com os “excluídos” dessa atenção<sup>10</sup>. Em alguns municípios brasileiros a atenção à saúde bucal no PSF tornou-se a “porta de entrada” do sistema, mas sem conseguir organizá-lo, em face de inexistirem recursos para atendimento de maior complexidade, ou seja, a população fica restrita a procedimentos básicos e por isso não recebe o tratamento completo<sup>11</sup>.

Dentro desse contexto, a cidade de Montes Claros, em 1998 iniciou a implantação das equipes de Saúde da Família, que apresentava 46,6% de cobertura da população do município com 350.000 habitantes. No segundo semestre de 2005, houve a inclusão da equipe de saúde bucal (ESB)<sup>12</sup>. No início do ano de 2008, Montes Claros contava com 26 equipes de Saúde da Família com cirurgião-dentista, o que representava 36,5% de cobertura da população em geral, sendo 20 qualificadas em modalidade 1 (com cirurgião-dentista e atendente de consultório dentário) e 6 em modalidade 2 (com a inclusão do técnico em higiene dental). Da modalidade 1, duas eram rurais<sup>12</sup>.

A importância da equipe de saúde bucal dentro da Estratégia Saúde da Família e a ausência de dados sobre sua implantação em Montes Claros associado à preocupação com a subjetividade daquele que é o ator social mais interessado na estratégia, o usuário, justificaram a realização desse estudo, que teve como objetivo avaliar a percepção dos usuários da rede pública de saúde quanto à saúde bucal, ao PSF e aos serviços públicos odontológicos realizados segundo a estratégia da saúde da família.

## METODOLOGIA

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, empregando a técnica de entrevista não-estruturada individual<sup>13</sup>.

Os participantes do estudo foram aleatoriamente selecionados de uma lista de todos os usuários adultos (18 a 60 anos) cadastrados e agendados para tratamento odontológico nos PSF Jardim Palmeiras I, Jardim Palmeiras II e Vila Mauricéia. Esses PSF foram selecionados por conveniência, após determinação de homogeneidade do contexto social de todos os PSF do município. Essa constatação foi obtida após a caracterização de todos os PSF quanto aos aspectos demográficos, sócio-econômicos e culturais: destino do lixo, tratamento de água de consumo, abastecimento de

água, destino das fezes e urina, fornecimento de energia elétrica, tipo de casa que reside a população, número de indivíduos com 7 a 14 anos que estão na escola e número de indivíduos com 15 anos ou mais que são alfabetizados. Os dados foram disponibilizados pela coordenação das Equipes de PSF e dados do Sistema de Informação de Atenção Básica, mais especificamente do consolidado das famílias cadastradas do ano de 2008. Foram incluídos os PSF urbanos com ESB modalidade I com mais de um ano de atividade, sendo: Independência I, Jardim Palmeiras, Santa Eugênia, Nova Morada, Jardim Palmeiras II, Vila Oliveira e Vila Mauricéia.

A percepção de saúde bucal e do serviço público de saúde foi avaliada por meio de entrevista a partir das seguintes perguntas norteadoras: qual o conhecimento você tem de PSF e da saúde bucal no PSF; o que é ter saúde bucal pra você. O critério de saturação das respostas foi empregado para determinar a interrupção das entrevistas. Os discursos foram gravados em gravador digital (Panasonic®, modelo RR-US360) e posteriormente transcritos.

As entrevistas foram realizadas nas Unidades de Saúde, imediatamente antes do primeiro contato do usuário com o serviço odontológico. O material obtido foi submetido à análise de conteúdo<sup>13</sup>. A apresentação das falas transcritas respeitou a grafia e a sintaxe utilizada pelos entrevistados. Todas as entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas pelo mesmo pesquisador.

Todos os participantes que aceitaram participar desse estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As entrevistas somente foram iniciadas após obtenção de autorização pela Coordenadoria da Estratégia Saúde da Família do município de Montes Claros. Esse estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes e recebeu parecer favorável para sua execução (CEP/Unimontes -870/07).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Alguns indicadores quantitativos serão brevemente apresentados para se conhecer a situação econômica e social do grupo estudado. Foram entrevistados 25 usuários, com média de idade de 35,84 anos ( $\pm 12,29$ ; 18 a 60 anos), sendo a maioria mulheres (68%) e com 9 a 11 anos de estudo (52%). A maior parte dos participantes não trabalhava (40%) e possuía renda individual menor que um salário mínimo (64%). Já a renda familiar estava entre 1 a 2 salários mínimos para a maioria dos participantes (52%). A média da renda individual e familiar foi de R\$ 296,20 ( $\pm R\$ 439,67$ ; 0 a R\$ 2000,00) e de R\$ 714,49 ( $\pm R\$ 491,84$ ; R\$ 200,00 a

R\$ 2000,00), respectivamente. Em cada casa residia de 2 a 10 pessoas, com média de 4,84 ( $\pm 1,75$ ) pessoas por domicílio.

O material obtido das entrevistas foi organizado em torno de três temas: conceitos relacionados à saúde bucal, conceito de PSF e saúde bucal no PSF.

## 1 - Conceitos relacionados à saúde bucal

### 1.1 - A inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica

A percepção de que a saúde bucal não é restrita à boca, mas que pode afetar outros órgãos, podendo gerar outros problemas foi detectada entre as falas dos entrevistados.

*Ah, eu acho que é tudo de bom, né...! É bom pra saúde da gente. Tem que ter cuidado com os dentes, escovação, eu acho que tem que ter cuidado, igual eu mesmo, hipertensa, que tenho problema de coração, eu tenho que fazer o tratamento o mais rápido possível.* (U-22)

Quando a saúde bucal é atingida, também a saúde geral pode ser diminuída<sup>14</sup>. A combinação entre pobre saúde bucal e doenças sistêmicas agudas ou crônicas pode criar um espiral negativo no qual as doenças são agravadas pela condição de saúde bucal e esta pode deteriorar-se enquanto outros problemas médicos progridem<sup>15</sup>.

### 1.2 - Cuidado com a boca

#### 1.2.1 - Auto cuidado

Muitos usuários associaram saúde bucal com higiene bucal. Nas falas, foi verificada uma responsabilização dos usuários pelo seu estado de saúde.

*...primeiro depende da gente. Eu aprendi a escovar meus dentes a pouco tempo. Eu fiz um tratamento na Unimontes e lá eu aprendi, sabe? Então daí pra cá eu tô seguindo, mas já tinha estragado dente né? Então, depende da gente obedecer, porque é ensinado pra gente.* (U-8)

*É mais prevenção, né?... É tá escovando os dentes 3 vezes ao dia, tá usando fio dental...pra prevenir...se não o trabalho dela é todo jogado por terra, se não previne.* (U-26)

Essa relação pode refletir o fato de que os usuários consideram a saúde bucal não como um estado, mas a atividade de cuidar do corpo<sup>4</sup>. Da mesma maneira, outros autores observaram essa situação em populações de usuários do SUS<sup>2,4</sup>. Na medida em que os hábitos de higiene são prescritos para toda a sociedade, a responsabilização pelo adoecimento bucal é focalizada no indivíduo, de modo que a prática odontológica e a própria sociedade não questionem o seu papel na produção da doença<sup>16-18</sup>.

#### 1.2.2 - Relacionado ao profissional

Observou-se também que a saúde bucal foi condicionada a consultas odontológicas e o cuidado com a saúde surgiu vinculado a uma ordem do profissional.

*... É ter cuidado para estar indo no dentista, ter acompanhamento mesmo.* (U-35)

As falas sugerem que o discurso dos profissionais de saúde bucal, que realizam reuniões coletivas com a comunidade, esteja sendo reinterpretado<sup>19</sup>. O vínculo da saúde bucal com consultas odontológicas mostra que a população se apropria do modelo tido como hegemônico na área da saúde, para o qual o ser humano é considerado uma máquina e a doença um mau funcionamento dos mecanismos biológicos. O papel do dentista, nesta lógica, consiste em intervir para consertar um defeito de funcionamento<sup>20</sup>.

### 1.3 - Aparência

A saúde bucal foi associada por grande parte dos usuários com a aparência, considerada importante para as trocas sociais, pessoais, profissionais, e para o bem-estar do indivíduo.

*...É o ponto de entrada, o cartão postal da pessoa. Se a pessoa não tiver um bom sorriso...ninguém vai querer nem chegar perto...* (U-14)

*...levanta a auto estima das pessoas, tem muita gente que não sorri por vergonha, por cárie, outros inclusive... tem pessoas que eu conheço que já teve até depressão porque tava com dente estragado, ou assim até pra arrumar namorado mesmo é difícil.* (U-27)

A aparência é um elemento facilitador para as trocas sociais, pois o indivíduo aprendeu a avaliar-se segundo a apreciação dos outros. O sorriso tem conotações bastante significativas em nossa sociedade: anuncia bem-estar, alegria, segurança, auto-estima, satisfação em relação ao outro e boa acolhida à aproximação<sup>21</sup>. O indivíduo busca cada vez mais a beleza estética para afirmação de si mesmo no social<sup>2,22</sup>. Esse aspecto é fortemente exacerbado pelo poder da mídia que exerce grande influência na vida das pessoas, através da exaltação de padrões estéticos, na maioria das vezes, bastante rígidos.

## 2 - O que pensam sobre o PSF

Como previamente observado, não houve uma identificação muito clara do PSF como tal, por parte dos usuários<sup>9,23</sup>.

*(...) essa é a primeira vez que eu tô vindo, então eu não tenho conhecimento.* (U-19)

*(...) eu fiquei conhecendo agora, a pouco*

*tempo que eu consegui a vaga pra fazer esse tratamento, eu não sei direito o que pode e o que não pode, né?. (U-21)*

Esse fato revela a falta de participação da comunidade na construção da estratégia saúde da família, provavelmente pela dificuldade dos usuários em visualizar a sua lógica de funcionamento<sup>8</sup>.

Muitos usuários elaboraram preconceitos, estabelecendo avaliações dos serviços antes de participarem dele, com base no relato ouvido de outras pessoas.

*Pelas informações que agente tem do pessoal que usa o serviço é muito boa (equipe de saúde bucal). (U-26)*

*Mas, eu vejo falar que é bom, outros que é ruim. (U-29)*

A experiência de outros usuários, dos familiares e de vizinhos sobre os serviços prestados pela unidade de saúde e sobre o desempenho profissional dos membros da equipe que nela atuam é fator determinante para a escolha de um determinado serviço<sup>24</sup>.

De outra forma, muitos usuários acreditam que o PSF pode favorecer a proximidade com o profissional de saúde, aumentando o vínculo entre eles.

*Eu acho que PSF é uma área que abrange todos nós aqui, constitui uma família para mim...acho que é como se fosse uma família para mim. (U-19)*

Em sua retórica, o PSF conclama para a construção de uma nova maneira de operar a saúde, isto é, aponta para a produção do cuidado com vistas à implantação de um desenho de saúde humanizado, o que requer considerar a singularidade e a subjetividade de cada sujeito no processo diagnóstico-terapêutico, incluindo as dimensões subjetivas e sociais envolvidas no adoecimento. Nessa perspectiva, a comunicação se constitui em importante instrumento para humanizar o cuidado em saúde no PSF<sup>25</sup>. Através de contato direto com as famílias, principalmente através das visitas domiciliares e das reuniões em grupo onde se dá o acolhimento, há uma preocupação da equipe em se valorizar a história do paciente, determinando de forma concreta um vínculo duradouro entre usuário e serviço. As ações devem direcionar também para a construção da autonomia do usuário, contribuindo para aumentar a sua capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, o que os tornará capazes de instituir novos modos de vida e protagonizar a produção da saúde. Isso significa possibilitar o conhecimento sobre o processo saúde-doença, os desejos e valores dos usuários na construção dos

cuidados à saúde<sup>25</sup>.

Toda a prática em saúde está permeada por uma dimensão cuidadora, que visa produzir processos de falas e escutas, relações intercessoras com o mundo subjetivo dos usuários – como ele constrói suas necessidades de saúde – relações de acolhimento e vínculo, posicionamento ético, articulação de saberes para compor projetos terapêuticos<sup>26</sup>. A base está no olhar de responsabilização do profissional pelo cuidado do usuário, o que exige mais que um interrogatório de anamnese centrado no procedimento. Exige um diálogo que produz momentos de fala e escuta, em que o paciente passa a se sentir confiante e reconhece aquele profissional como uma referência de cuidado, o que ainda é pouco perceptível na prática odontológica<sup>27</sup>. Tal constatação torna-se ainda mais relevante quando se considera que o “resultado de um processo terapêutico é decididamente influenciado pela qualidade da interação profissional-paciente, mesmo quando se dispõe de diagnóstico e prescrição de tratamento competente”, confirmando que o trabalho em saúde torna-se vazio quando isento de suas dimensões social e humana<sup>27</sup>.

PSF como certeza de um acolhimento satisfatório e da atenção necessária esteve presente em muitas falas.

*...Sempre tem alguém para nos acolher, determinados momentos, né? (U-19)*

*...eu sou muito bem atendida aqui, sou morador daqui há mais 20 anos. (U-9)*

O acolhimento surge a partir das relações que se estabelecem entre usuários e profissionais no atendimento e está ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários, não se limitando apenas a uma recepção cordial, mas incluindo a escuta ativa do usuário<sup>28</sup>.

As concepções de acesso mais fácil, do foco na família e da importância dos procedimentos preventivos na atenção à saúde realizada pelo PSF também foram abordadas pelos usuários, surgindo comparações com “Posto de Saúde”. Coincidentemente com achados anteriores<sup>23</sup>, os usuários reconhecem novidades positivas com o PSF. Da mesma forma, a maioria dos usuários da equipe de saúde da família de um município cearense expressou uma melhora do serviço de saúde a partir da implantação do PSF<sup>29</sup>.

*Talvez seja mais fácil o atendimento que cê tá precisando. É... e abrange toda família, não é só você. Não é só quando você tá precisando mesmo, não é igual Posto de saúde, né? Quando você tá precisando muito, o PSF é mais fácil que o Posto de Saúde. (U-14)*

*Ué, agente procura como uma melhora*

*pra gente. Tranquilidade, ser mais fácil de ser tratado.* (U-20)

### **3 - Saúde bucal no PSF**

#### **3.1 - PSF e acesso aos serviços de saúde bucal**

##### **3.1.1 - A importância do Agente Comunitário de Saúde**

Os agentes comunitários de saúde, atuantes nos PSF são citados por vários usuários como profissionais decisivos na determinação do acesso aos serviços odontológicos, uma vez que realizam a visita domiciliar.

*A agente vai lá na minha rua, sempre eu procuro ela e consigo as consultas.* (U-18)

Os agentes comunitários de saúde são identificados pelos usuários como alguém que desempenha o papel de mediador entre comunidade e os profissionais de saúde<sup>23</sup>. Esses profissionais são valorizados pelo fácil trânsito que dispõem no sistema formal de atenção à saúde, o que torna menos árduo o processo de acesso ao cuidado. A atuação do agente é ainda citada como influente no tempo de espera para conseguir o atendimento odontológico.

*Eu já sabia que aqui tinha dentista e não tinha oportunidade de tratar, aí quando o agente de saúde do PSF foi lá visitar as casas é que eu tive oportunidade de incluir meu nome na agenda.* (U-39)

*Eu venho muito pouco aqui, às vezes ela (a agente) vai lá em casa, sabe,...saiu rapidinho o negócio dos dentistas.* (U-29)

##### **3.1.2 - Acolhimento como porta de entrada**

As reuniões coletivas, onde se realiza o acolhimento, também foram vistas como a porta de entrada no serviço público odontológico.

*Eu vim trazer a minha sobrinha aí teve a reunião com ela e perguntou se eu tava precisando de algum tratamento odontológico e aí eu falei que tava.* (U-07)

É importante salientar que além de atuarem como facilitadoras do acesso, as reuniões podem influenciar nas medidas e nos comportamentos de saúde a serem adotados pela população.

##### **3.1.3 - Limitantes do acesso**

Por outro lado, alguns usuários imaginam que o grande número de usuários que necessitam dos serviços e o tempo de espera para atendimento podem dificultar o acesso aos serviços, determinando o estabelecimento de prioridades no atendimento.

*Eu acho que pela quantidade de pessoas que procura, não vai ser só eu que vou ter uma urgência, muita gente que tem mais necessidade do que eu, às vezes pode precisar. Eu acho que*

*não vai ser tão fácil pela quantidade de pessoas que procuram o PSF.* (U-16)

*Eu não tenho assim...a gente sabe que tudo a gente tem que esperar um pouco, né?...um tempo de 3 anos, igual esse dente aqui. Como eu fiquei 2 anos esperando, eu arranquei o dente porque tava infeccionado.* (U-49)

*...só é demorado, né?* (U-18)

O serviço público apareceu como a única alternativa viável para aqueles cujo acesso ao serviço odontológico privado se configura como um problema. Tal resultado foi também observado em uma população de Coimbra/MG atendida pelo SUS<sup>2</sup>.

*É porque eu tava sem condições de fazer o tratamento particular, aí eu procurei aqui, porque eu soube que aqui tava tratando de cada bairro.* (U-22)

*Ah, porque eu num posso pagar assim, né? Pra fazer tratamento mais caro, não dá conta, né?* (U-29)

*Eu, por exemplo, tenho dentes fracos, então eu não tenho como ficar pagando, eu vou ver se pelo ao menos, trato esses dentes aqui no posto. Fica muito caro o tratamento de dente, então eu procurei a agente e conversei com ela.* (U-18)

Percebe-se nas falas dos usuários que houve inicialmente a intenção de realizar o tratamento em um serviço particular, mas não condiz com sua realidade. Outros chegaram a iniciar o tratamento odontológico no serviço privado e, por falta de condições financeiras para finalizar, procuraram o serviço público para dar continuidade.

*Oh, eu vim procurar pelo seguinte, eu ia fazer particular, só que particular é muito caro, eu não dou conta de pagar.* (U-10)

*Eu tô fazendo tratamento de dois aqui, mas é muito caro, então eu procurei aqui pra ver se eu faço, se resolve.* (U-21)

*Eu fechei o canal, não tenho condições, tenho que recorrer à prefeitura mesmo.* (U-6)

A utilização dos serviços de saúde oficiais pela classe trabalhadora é sempre cercada de conflitos. Ao mesmo tempo em que a população exige tratamento adequado nesse sistema, ela o procura em outros locais<sup>4</sup>. Entretanto, os usuários podem se submeter às dificuldades no acesso ao atendimento, muitas vezes pelo fato de que o serviço procurado representar a alternativa mais viável, especialmente sob o aspecto econômico<sup>30</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os usuários dos PSF estudados reconhecem a relação entre saúde bucal e sistêmica e associam a saúde bucal com a aparência, com higiene e

realização de consultas odontológicas. Na avaliação do PSF a partir da perspectiva do usuário se observam contradições e dificuldades para a consolidação das suas proposições teóricas. Mesmo que a maior parte dos usuários não possua uma compreensão clara sobre o PSF, as informações dos usuários destacaram elementos importantes relacionados a esse programa como, vínculo, acolhimento, foco na família e prevenção. Quanto aos serviços públicos odontológicos, os usuários reconhecem os agentes de saúde e a ocorrência de reuniões coletivas como facilitadores do acesso. No discurso sobre os fatores limitantes do acesso, houve referência ao grande número de usuários e do longo tempo de espera para atendimento odontológico. Entretanto, com todas as dificuldades para enfrentamento de seus problemas de saúde bucal, os usuários relatam ser o serviço público odontológico a única alternativa viável para tratamento.

#### ABSTRACT

The present study assessed patient perceptions concerning oral health and public oral healthcare in the Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Participants were selected from a list of patients who had made appointments for dental treatment through the Family Health Care Program (FHCP). After having signed the consent form, the participants were interviewed, with their statements recorded, transcribed, and submitted for content analysis. Patients related oral health to systemic healthcare, as well as care for the mouth and overall appearance. Many did not know the meaning of FHCP or how it works. For many users, the FHCP favored their contact with the health care professionals, thus contributing to a satisfactory reception. According to participants, access to dental services was facilitated by community agents and collective meetings. The large number of patients and the waiting time for the dental services were considered to be limiting factors.

**Uniterms:** Perception. Oral Health. Family Health Care Program.

#### REFERÊNCIAS

1. Cunha AG. Dicionário etmológico nova fronteira da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1982.
2. Silva CJP, Ferreira EF, Magnago FM, Alves RG. Percepção de saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Coimbra/Minas Gerais. Rev Fac Odontol Porto Alegre. 2006;47:23-8.
3. Paixão HH. Saúde e Doença: Um estudo de

representação social. Arq Centro de Estud Curso Odontol. 1986;23:9-17.

4. Abreu MHNG, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG). Ciênc Saúde Coletiva. 2002;10:245-9.
5. Amaral LA, Nader Filho A, Rossi Júnior OT, Ferreira FLA, Barros LFS. Água de consumo humano como fator de risco à saúde em propriedades rurais. Rev Saúde Pública. 2003;37:510-4.
6. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. Cad Saúde Pública. 1998;14:355-65.
7. Yépez MT, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. Cad Saúde Pública. 2004;20:80-8.
8. Solla JJSP, Medina MG, Dantas MBP. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Rev Saúde Debate. 1996;51:4-15.
9. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família da Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:123-30.
10. Manfredini MA. Saúde bucal no Programa Saúde da Família no Brasil. In: Dias AA. Saúde bucal coletiva: metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos; 2006. p.43-73.
11. Oliveira JLC, Saliba NA. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goitacazes. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10:297-302.
12. SIAB/DATASUS - Secretaria municipal de Saúde de Montes Claros-MG, 2007.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2ªed. São Paulo: Hucitec; 2000.
14. Giddon DB. Oral health and the quality of life. J Am Coll Dent. 1987;54:10-5.
15. MacEntee MI, Gibson GWR. Oral health in a long term care institution equipped with a dental service. Community Dent Oral Epidemiol. 1985;13:260-3.
16. Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Lisbôa, IC, Curra LCD, Souza LNS, et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. Rev Saúde em Debate. 1992;34:33-9.
17. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores sobre a responsabilidade pela perda dentária. Cad Saúde Pública.

- 2001;17:1545-7.
18. Vargas AMD. Políticas públicas e qualidade de vida: um estudo epidemiológico sobre a perda dentária [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Veterinária; 2002.
  19. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 3ªed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
  20. Capra F. O ponto de mutação. a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix; 1989.
  21. Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. Ver Assoc Paul Cir Dent. 1998;52:1545-7.
  22. Faria CNG. Corpolatria: uma busca de relação [monografia]. Belo Horizonte: Universidade do Estado de Minas Gerais. Instituto de Ensino Superior; 2005.
  23. Trad LAB, Bastos ACS, Santana EM, Nunes MO. O estudo etnográfico da satisfação de usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7:581-89.
  24. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande de Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19:27-34.
  25. Rodrigues MP, Lima KC, Roncalli AG. A representação social do cuidado no Programa Saúde da Família na cidade de Natal. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13:71-82.
  26. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ªed. São Paulo: Hucitec; 2002.
  27. Teixeira MCB. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. Ciênc Saúde Coletiva. 2006;11:45-51.
  28. Lopes MJM, Silva JLA. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. Rev Latinoam Enferm. 2004;12:683-8.
  29. Aguiar ACS, Moura ERF. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia – CE. Ver Brás Promoção Saúde. 2004; 17:163-9.
  30. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Rev Bras Enferm. 1995;48:109-19.

Recebido em 03/06/2009 - Aceito em 10/11/2009