

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**LEONARDO ALEXANDRE FERNANDES**

**SAÚDE BUCAL E VULNERABILIDADES: UMA ANÁLISE BIOÉTICA**

**CURITIBA**

**2022**

**LEONARDO ALEXANDRE FERNANDES**

**SAÚDE BUCAL E VULNERABILIDADES: UMA ANÁLISE BIOÉTICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Área de Concentração: Bioética Social e Ambiental, da Escola de Medicina e Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Mário Antônio Sanches

**CURITIBA**

**2022**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Pamela Travassos de Freitas – CRB 9/1960

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F363s<br>2022 | <p>Fernandes, Leonardo Alexandre</p> <p>Saúde bucal e vulnerabilidades: uma análise bioética / Leonardo Alexandre Fernandes; orientador: Mário Antônio Sanches. – 2022.<br/>75 f.: il.; 30 cm</p> <p>Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2022<br/>Bibliografia: f. 64-66</p> <p>1. Bioética. 2. Saúde bucal. 3. Famílias. 4. Populações vulneráveis.<br/>5. Responsabilidade do Estado. I. Sanches, Mário Antônio. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.</p> <p>CDD 20. ed. – 174.9574</p> |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA de MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

**DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº021/2022  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética Social e Ambiental**

Em sessão pública às dezesseis horas do dia vinte e oito de novembro do ano de dois mil e vinte e dois, via plataforma zoom <https://us06web.zoom.us/j/84414591299?pwd=eWtSTFFXS1hY3ZrNOVBWHRwVVU1UT09> realizou-se em sessão pública de Defesa da Dissertação **Saúde Bucal E Vulnerabilidades: Uma Análise Bioética** apresentada pelo aluno Leonardo Alexandre Fernandes sob orientação do Professor Doutor Mário Antonio Sanches como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

**Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli**  
Presidente (PUCPR)

**Professora Doutora Leide da Conceição Sanches**  
Membro externo (FPP)

**Professor Doutor Romeu Cassiano Pucci da Silva Ramos**  
Membro externo (UnIBRASIL)

**Início: 16:00 - Término 17:30.**

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADO.

O aluno está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para ao cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno: **Leonardo Alexandre Fernandes**

**Professor Doutor Mário Antônio Sanches  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética**

## AGRADECIMENTOS

À minha família, alguns de forma mais próxima, outros mais distante, mas, sempre me estimularam com carinho e consideração.

Ao meu orientador Prof. Dr. Mário Sanches, coordenador do Programa de Pós-graduação em Bioética da PUCPR que me acolheu com muito carinho e respeito, além da instigação acadêmica para refletir e produzir este estudo.

À Prof<sup>a</sup>. Dra. Caroline Filla Rosaneli, agradeço por ouvir meus anseios, encorajar, motivar e me desafiar de forma afetiva a ser melhor hoje do que eu fui ontem. Te admiro muito!

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Bioética da PUCPR, sou grato por fomentarem, em cada disciplina, um novo e inspirador olhar.

Aos colegas discentes, que estiveram dividindo o conhecimento. Obrigado pela parceria.

A todos que, de alguma forma, compartilharam de todo o empenho para realização deste estudo, seja na PUCPR, seja fora dela. Muito obrigado!

"Os rios não bebem sua própria água; as árvores não comem seus próprios frutos. O sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham sua fragrância para si. Viver para os outros é uma regra da natureza. A vida é boa quando você está feliz; mas a vida é muito melhor quando os outros estão felizes por sua causa."

Papa Francisco

## RESUMO

As ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal vem crescendo progressivamente no Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar deste crescimento exponencial, tal fato não garante acesso a saúde bucal para as pessoas em situações de vulnerabilidade, principalmente para aqueles casos de maior complexidade. Considerando a estrutura metodológica adotada e a necessidade de ampliar a discussão do assunto, esta pesquisa tem seu desenvolvimento apresentado na forma de dois artigos científicos. O primeiro artigo intitulado: “Saúde bucal e vulnerabilidades familiares: uma revisão integrativa”, trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar a associação entre saúde bucal e vulnerabilidades familiares. O segundo artigo intitulado: “Relações entre vulnerabilidades e saúde bucal: uma análise a partir da perspectiva das famílias”, trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa que teve como objetivo situar a saúde bucal no contexto de vulnerabilidades familiares. A bioética apresenta-se como uma das formas libertadoras para que os mais vulneráveis sejam protegidos e respeitados. Fazer isso requer apoio, conscientização e empoderamento. Portanto, pode-se dizer que as virtudes exigidas pelo ser humano para que se desenvolvam e se tornem sujeitos racionais, livres e independentes são as mesmas virtudes exigidas para enfrentar a fragilidade da vida como um todo. Neste contexto, a bioética da proteção é uma importante aliada na discussão de medidas para o combate das vulnerabilidades familiares em saúde bucal, pois age diante de ameaças vulneráveis às pessoas, legitimando a responsabilidade do Estado de proteger a saúde dos indivíduos e traz reflexões que orientam a bioética coletiva. A finalidade da saúde pública, indica uma ferramenta de ponderação sobre a ética do comportamento humano. Nesse sentido, proteger os grupos vulneráveis está relacionado ao princípio da equidade, onde a ação social beneficia os mais necessitados quando os recursos de saúde pública são escassos.

**Palavras-chaves:** Família. Vulnerabilidades. Saúde bucal. Bioética.

## ABSTRACT

Actions aimed at promoting and preventing oral health have been progressively growing in the Unified Health System (SUS). Despite this exponential growth, this fact does not guarantee access to oral health for people in situations of vulnerability, especially for those cases of greater complexity. Considering the methodological structure adopted and the need to broaden the discussion of the subject, this research has its development presented in the form of two scientific articles. The first article entitled: "Oral health and family vulnerabilities: an integrative review", is an integrative literature review with the objective of analyzing the association between oral health and family vulnerabilities. The second article entitled: "Relationships between vulnerabilities and oral health: an analysis from the perspectives of families", is a descriptive exploratory study with a qualitative approach that aimed to situate oral health in the context of family vulnerabilities. Bioethics presents itself as one of the liberating ways for the most vulnerable to be protected and respected. Doing so requires support, awareness and empowerment. Therefore, it can be said that the virtues required by human beings to develop and become rational, free and independent subjects are the same virtues required to face the fragility of life as a whole. In this context, the bioethics of protection is an important ally in the discussion of measures to combat family vulnerabilities in oral health, as it acts in the face of vulnerable threats to people, legitimizing the State's responsibility to protect the health of individuals and brings reflections that guide collective bioethics. The purpose of public health indicates a tool for weighing the ethics of human behavior. In this sense, protecting vulnerable groups is related to the principle of equity, where social action benefits those most in need when public health resources are scarce.

**Keywords:** Family. vulnerabilities. Oral health. Bioethics.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura – Fluxograma do processo de seleção dos artigos para revisão.....22

Tabela – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa...23

Figura – Processo de organização da análise temática da relação de vulnerabilidade e saúde bucal das famílias.....46

Figura – Etapas de análises dos dados para obtenção das categorias.....46

Tabela – Perfil sociodemográfico e de saúde bucal das famílias estudadas.....50

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

PSF – Programa de Saúde da Família

PubMed/Medline – Web of Science e National Library of Medicine

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

|                                                     |           |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                          | <b>11</b> |
| <b>2. ARTIGO 1.....</b>                             | <b>16</b> |
| 2.1 INTRODUÇÃO .....                                | 19        |
| 2.2 MÉTODO .....                                    | 20        |
| 2.3 RESULTADOS.....                                 | 21        |
| 2.4 DISCUSSÃO .....                                 | 26        |
| 2.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA .....                    | 32        |
| 2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                      | 32        |
| 2.7 CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES.....                   | 33        |
| 2.8 CONFLITO DE INTERESSE.....                      | 33        |
| 2.9 REFERÊNCIAS.....                                | 33        |
| <b>3. ARTIGO 2.....</b>                             | <b>38</b> |
| 3.1 INTRODUÇÃO .....                                | 41        |
| 3.2 MÉTODO .....                                    | 42        |
| 3.2.1 População do estudo e perfil da amostra ..... | 43        |
| 3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão .....        | 43        |
| 3.2.3 Abordagem dos participantes da pesquisa ..... | 44        |
| 3.2.4 Roteiro para entrevista .....                 | 44        |
| 3.2.5 Análise dos dados .....                       | 44        |
| 3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....                    | 47        |
| 3.3.1 Perfil da amostra.....                        | 47        |
| 3.4 CONCLUSÃO .....                                 | 59        |
| 3.5 REFERÊNCIAS.....                                | 60        |
| <b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                | <b>64</b> |
| <b>5. REFERÊNCIAS .....</b>                         | <b>64</b> |
| <b>ANEXO1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>   | <b>67</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Vulnerabilidade é uma palavra latina derivada de *vulnus (eris)*, que significa ferida. Portanto, ela pode ser definida como a possibilidade de ser ferido (Radden, 2002). A vulnerabilidade é conceituada como o estado de pessoas ou grupo que, por algum motivo, tem seu potencial de autodeterminação diminuída, podendo apresentar dificuldades de proteção de seus próprios interesses, por causa de déficit de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outras propriedades. Para que se possa realizar a interpretação do conceito de vulnerabilidade é necessário compreender as três dimensões em que ela está inserida: individual, social e programática (Barchifontaine, 2006; Patrão Neves, 2006).

As vulnerabilidades individuais incluem características biológicas, emocionais, intelectuais, atitudinais e relativo às relações sociais. A vulnerabilidade social é determinada por fatores culturais, sociais e econômicos que determinam o acesso a bens e serviços. A vulnerabilidade programática está relacionada com os recursos sociais necessários para proteger os indivíduos de riscos à integridade física e ao bem-estar, psicológico e social. A vulnerabilidade depende da combinação de elementos dessas três áreas. Também está relacionada com as experiências vivenciadas e de como as pessoas lidam com as facilidades e dificuldades da vida (Ayres et al., 2006).

O conceito de vulnerabilidade da família no âmbito da saúde é descrito na literatura como ameaça a autonomia, por meio de interações com a doença, família e equipe de saúde, os autores ainda acrescentam que:

Os atributos definidores da vulnerabilidade estão relacionados ao contexto da doença que gera incerteza, impotência, ameaça real ou imaginária, exposição ao dano, temor do resultado, submissão ao desconhecido e expectativas de retornar à vida anterior; ao contexto da família com desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento, tendo desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares (Pettengill & Angelo, 2005 p. 987).

No contexto da bioética há três sentidos para o conceito de vulnerabilidade:

1) Vulnerabilidade como condição humana universal: os seres humanos são frágeis, como todos os seres vivos. Os animais são vulneráveis em sua biologia, e os humanos são vulneráveis não apenas em seus organismos e

fenômenos vivos, mas também em sua construção de vida e planos existenciais. Além disso, os humanos estão cientes das vulnerabilidades que compartilham com todos os seres vivos (Kottow, 2008).

2) Vulnerabilidade como característica particular de pessoas e grupos: na pesquisa biomédica envolvendo humanos em particular, a caracterização de pessoas como vulneráveis impõe um dever moral de protegê-las de abusos e danos. O Código Internacional de Ética para Pesquisa Biomédica em Seres Humanos do Conselho Internacional de Organizações de Ciências Médicas (CIOMs) define indivíduos vulneráveis como indivíduos com capacidade ou liberdade diminuída (CIOMs, 2004).

3) Vulnerabilidade como princípio ético internacional: na Declaração Universal da UNESCO sobre Bioética e Direitos Humanos, o artigo 8 estabelece a obrigação de respeitar a fragilidade humana e a integridade individual. Afirma que a fragilidade humana deve ser levada em conta, o que corresponde a reconhecê-la como traço indelével da condição humana, em sua irredutível finitude e fragilidade, como permanente exposição a uma lesão que jamais poderá ser suprimida (UNESCO, 2005).

O conceito de vulnerabilidade surgiu no campo da saúde, reordenando as práticas de prevenção e promoção para uma abordagem mais contextualizada e com foco nos aspectos sociais. Da mesma forma, o conceito de vulnerabilidade foi adicionado à palavra sociedade, indicando uma evolução na compreensão da privação e da desigualdade causada pela pobreza. A partir da década de 1990, iniciou um esforço teórico para compreender a pobreza e suas consequências, não apenas focando em variáveis puramente econômicas. Essa é a tônica realizada por organismos internacionais para incorporar o conceito mais amplo de vulnerabilidade à política social brasileira, reposicionando a política pública de assistência social (Alvarenga, 2012).

Embora se possa argumentar que nas sociedades capitalistas contemporâneas, onde as relações sociais se desenvolvem de forma complexa, os pobres são mais vulneráveis, as questões econômicas são relevantes, mas não decisivas. Devido ao acesso instável à renda, os sujeitos são privados ou menos capazes de obter os meios para superar a vulnerabilidade vivenciada, sejam meios materiais ou habilidades imperceptíveis como autonomia, liberdade, autoestima. É nesse sentido que é possível vincular a vulnerabilidade

a instabilidade do acesso aos direitos e garantias de proteção social, caracterizando a ocorrência de incerteza, insegurança e vulnerabilidade no acesso a serviços e recursos para manutenção da qualidade de vida (Monteiro, 2011).

A noção de vulnerabilidade observada nos resultados teóricos das políticas públicas de saúde e assistência social demonstra um processo de formação de conceitos, mas, sobretudo, evidenciam os múltiplos fatores que determinam o fenômeno. Examinar a integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade nada mais é do que reconhecer que esses sujeitos têm diferentes ordens de necessidades e desejos, são competentes e estão em estado de suscetibilidade ao risco por viverem em ambientes diferentes propícios a desigualdade e injustiça social. Portanto, justiça e equidade na distribuição da riqueza, poder de decisão e estrutura de oportunidades é o horizonte para romper a ordem capitalista e buscar uma nova ordem social sem discriminação e subordinação. Vulnerabilidade e capacidade estão inseridas em um processo de luta igualitária para superar, ou seja, na vulnerabilidade está o cerne de seu próprio antagonismo (Sánchez & Bertolozzi, 2007).

Não há consenso entre os profissionais de saúde sobre o conceito de família, sugerindo que não há documento oficial para definição de família e orientações estratégicas para trabalhar com ela. Essa indefinição impede a superação do modelo biomédico predominante (Silva et al., 2011; Ditz et al., 2013).

Nesse sentido, a capacitação profissional torna-se fundamental para entender as potencialidades, fragilidades e necessidades de cada família no campo da saúde. O papel social da família é dividido em componentes de subsistência e afetivos, e não requer que se tenha grandes conhecimentos teóricos para inferir a importância da família em prover o ambiente e as condições para o desenvolvimento saudável. No entanto, para que tenham um bom desempenho, os profissionais de saúde da família devem ter algumas noções fundamentais, para que se possa atuar entre diferentes formas de solidariedade, valores, vínculos e arranjos familiares, pautando suas ações sempre na ausência de preconceito ou perplexidades inconvenientes e, ao

mesmo tempo, seja possível compreender sua importância e influência na saúde da população (Silveira, 2000, p.61).

A consideração da família no processo saúde-doença é essencial para consolidar a integralidade como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, que engloba ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação, partindo do pressuposto de que a atenção está voltada para o indivíduo, a família e a comunidade, em vez de doença (BRASIL, 2009).

Os cuidados de saúde primários também ocorrem em casa. A casa representa, na verdade, a unidade básica de saúde, é o primeiro nível de cuidados de saúde. As mudanças na estrutura familiar, função e dinâmica interna nas últimas décadas tiveram impacto no cuidado que as famílias prestam aos seus membros (Serapioni, 2005, p. 244).

O acesso equitativo deve ser uma preocupação constante nos cuidados de saúde. Devido à situação de saúde bucal desigual no Brasil, a disponibilidade dos serviços de saúde deve ser assegurada na organização das necessidades, levando em consideração as diferenças individuais. Para o acesso equitativo aos cuidados bucais, é necessário considerar questões específicas de saúde bucal, bem como aspectos socioeconômicos, familiares e de saúde geral (Pimentel, 2012).

A partir de novas expectativas para a prática de prevenção e promoção da saúde, e abrindo importantes possibilidades para discussões epistemológicas e ético-jurídicas relacionadas à saúde, a vulnerabilidade apresenta-se como uma frutífera articulação conceitual capaz de atingir amplos e heterogêneos espaços de reflexão e prática. Dessa forma, o objetivo desta dissertação de mestrado é situar a saúde bucal no contexto de vulnerabilidades familiares.

Considerando a estrutura metodológica adotada e a necessidade de ampliar a discussão do assunto, esta pesquisa tem seu desenvolvimento apresentado na forma de dois artigos científicos. O primeiro artigo intitulado: “Saúde bucal e vulnerabilidades familiares: uma revisão integrativa”, trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar a associação entre saúde bucal e vulnerabilidades familiares. O segundo artigo intitulado: “Relações entre vulnerabilidades e saúde bucal: uma análise a partir da perspectiva das famílias”, trata-se de um estudo exploratório descritivo, com

abordagem qualitativa, que teve como objetivo situar a saúde bucal no contexto de vulnerabilidades familiares.

## **2. ARTIGO 1**

### **Saúde bucal e vulnerabilidades familiares: uma revisão integrativa**

Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Medicina e Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Bioética. Grupo de Pesquisas Saúde Pública, Bioética e Direitos Humanos e Grupo de Pesquisas Vulnerabilidades e Família.

## **Saúde bucal e vulnerabilidades familiares: uma revisão integrativa**

### **Resumo**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo analisar a associação entre saúde bucal e vulnerabilidades familiares. A busca bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados: Web of Science e National Library of Medicine (PubMed/Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de 2011 a 2022. Foram selecionados artigos com texto completo e que apresentavam os seguintes descritores no título e/ou resumo: “família”, “vulnerabilidades” e “saúde bucal”. A busca encontrou 12 artigos elegíveis que foram incluídos no estudo. Notou-se que as vulnerabilidades familiares se associam negativamente na saúde bucal dos indivíduos, estando relacionadas às condições sociais, individuais e programáticas. A identificação dos grupos mais vulneráveis deve nortear as estratégias de promoção e prevenção da saúde bucal visando a defesa dos direitos humanos fundamentais à manutenção da vida.

**Palavras chaves:** Família. Vulnerabilidades. Direitos humanos. Saúde bucal. Bioética.

## **Oral health and family vulnerabilities: an integrative review**

### **Abstract**

Esta es una revisión integrativa de la literatura con el objetivo de analizar la asociación entre la salud bucal y las vulnerabilidades familiares. La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: Web of Science y National Library of Medicine (PubMed/Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Virtual Health Library (BVS) de 2011 a 2022. Se seleccionaron artículos con texto completo y que contó con los siguientes descriptores en el título y/o resumen: “familia”, “vulnerabilidades” y “salud bucal”. La búsqueda encontró 12 artículos elegibles que se incluyeron en el estudio. Se constató que las vulnerabilidades familiares asocian negativamente en la salud bucal de los individuos, estando relacionadas con condiciones sociales, individuales y programáticas. La identificación de los grupos más vulnerables debe orientar las estrategias de promoción y prevención de la salud bucal encaminadas a la defensa de los derechos humanos fundamentales para el mantenimiento de la vida.

**Keywords:** Family. Vulnerabilities. Human rights. Oral health. Bioethics.

## **Salud bucal y vulnerabilidades familiares: una revisión integradora**

### **Resumen**

Esta es una revisión integrativa de la literatura que tuvo como objetivo analizar cómo las vulnerabilidades familiares impactan en la salud bucal de los individuos. La búsqueda bibliográfica se realizó en las siguientes bases de datos: Web of Science y National Library of Medicine (PubMed/Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO) y Virtual Health Library (BVS), desde 2011 hasta 2022, se incluyeron artículos con texto completo y que presentó los siguientes descriptores en el título y/o resumen: “familia”, “vulnerabilidades” y “salud bucal”. La búsqueda encontró 12 artículos que cumplían con los requisitos y fueron incluidos en el estudio. Se notó que las vulnerabilidades familiares asociado negativamente en la salud bucal de los individuos, estando relacionadas con condiciones sociales, individuales y programáticas. La identificación de los grupos más vulnerables debe orientar las estrategias de promoción y prevención de la salud bucal visando la defensa de los derechos humanos fundamentales para el mantenimiento de la vida.

**Palabras clave:** Familia. Vulnerabilidades. Derechos humanos. Salud bucal. Bioética.

## 2.1 INTRODUÇÃO

As ações voltadas para a promoção e prevenção em saúde bucal vem crescendo progressivamente no Sistema Único de Saúde (SUS) (Bulgarelli et al., 2016). Apesar deste crescimento exponencial, tal fato não garante acesso à saúde bucal para as pessoas em situações de vulnerabilidade, principalmente para aqueles casos de maior complexidade (Peres Neto et al., 2017). Dessa forma, a identificação das vulnerabilidades familiares na saúde bucal pela equipe de saúde é de suma importância, pois por meio deste levantamento é possível que os profissionais criem ações que permitam que os membros familiares mais necessitados, tenham oportunidade de acesso aos serviços de saúde (Neto et al., 2021).

É fundamental a identificação na comunidade de outros mecanismos sociais que potencializem e promovam a ampliação do olhar sobre o processo de saúde-doença e integralidade do cuidado, compreendendo e contribuindo para a qualidade da saúde bucal dos cidadãos. A participação da população e o controle social, são princípios fundamentais na melhoria da qualidade de vida da sociedade de uma forma geral, no entanto, sua implementação é desafiadora (Neto et al., 2021).

Para que se possa alcançar melhores condições de saúde bucal, torna-se necessário a adesão pela comunidade ao tratamento proposto pelo cirurgião-dentista, passando os usuários a seguirem as orientações desse profissional, que tem por objetivo prevenir e tratar as doenças do aparelho estomatognático (Pimentel et al., 2021). A adesão e efetividade do serviço prestado representa a melhora das condições de saúde bucal. Essa aceitação também possuiu relação fundamental de combate a iniquidade social, que é um dos principais problemas de cunho coletivo e individual que dificultam o acesso aos serviços de saúde (Travassos & Martins, 2004; Lamy et al, 2020).

É possível identificar a presença de três dimensões interdependentes de delimitação da vulnerabilidade, sendo estas: vulnerabilidade individual, social e programática. A vulnerabilidade individual é refletida por meio do conhecimento que o cidadão possui sobre os agravos de saúde e a capacidade que este possui de aplicar e elaborar estas informações em sua vida. A vulnerabilidade social é

refletida por meio dos fatores que determinam o acesso às informações, bens culturais e serviços. Está relacionada com o poder de participação das decisões políticas, nas condições de moradia, trabalho, educação e renda. Já a vulnerabilidade programática está determinada nas ações do poder público e no grau de envolvimento das organizações sociais e de iniciativa privadas, com os programas nos diferentes níveis de atenção à saúde (Carmo & Guizardi, 2018; Ayres et al, 2006).

Portanto, conhecer como as vulnerabilidades familiares interferem na saúde de forma geral é fundamental para que todos indivíduos, tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, assim o objetivo deste estudo foi analisar a associação entre saúde bucal e vulnerabilidades familiares.

## 2.2 MÉTODO

Trata-se de estudo que revisou a literatura com o intuito de identificar as produções científicas referente as vulnerabilidades familiares na saúde bucal. Escolheu-se a revisão integrativa da literatura, uma vez que esta auxilia o processo de sistematização e análise dos resultados, com o intuito de compreender de determinado assunto, tendo como fonte outros estudos independentes (Souza et al., 2010).

Esta revisão integrativa foi construída a partir de um protocolo de pesquisa já validado e consolidado na literatura, tendo com base seis passos fundamentais, sendo eles: 1) definição da pergunta de pesquisa; 2) determinação dos critérios para inclusão dos estudos e de seleção da amostra; 3) disposição dos estudos incluídos em forma de tabelas, reunindo todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, pontuando conflitos e diferenças; 5) interpretação dos resultados e 6) relato claro da evidência científica descoberta (Ganong, 1987; Whitemore & Knafl, 2005).

Para nortear esta revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: qual a associação entre saúde bucal e vulnerabilidades familiares? A busca na literatura foi realizada nas bases de dados: Web of Science e National Library of Medicine (PubMed/Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os estudos que se repetiram em duas bases

de dados foram agrupados nas bases de dados que possuía o maior número de artigos sobre o assunto (Whittemore & Knafl, 2005).

Os critérios de inclusão dos artigos foram: 1) todos os tipos de artigos publicados e indexados, tais como: revisão de literatura, artigos originais, relato de experiência, dentre outros publicados em português ou inglês no período de janeiro de 2011 a janeiro de 2022; 2) artigos com resumos e textos completos e 3) artigos que apresentassem no título e/ou resumo os seguintes descritores: “Família”, “Vulnerabilidades e “Saúde bucal”, em português e inglês. Já os critérios de exclusão foram: 1) Artigos repetidos (duplicidade); 2) Artigos que não estejam disponibilizados gratuitamente; 3) Artigos que não estejam relacionados à temática proposta.

Os estudos foram comparados e dispostos em grupos de acordo com sua similaridade de assuntos. O procedimento de coleta de dados dos artigos que foram incluídos, foi realizado por meio de um instrumento proposto por Ursi & Galvão (2006), contendo os seguintes itens: título do artigo, autores, objetivo da pesquisa, resultados, conclusão ou considerações finais. Os resultados e discussão dos dados foram apresentados de forma descritiva, com intuito de facilitar a compreensão da aplicabilidade da revisão integrativa construída.

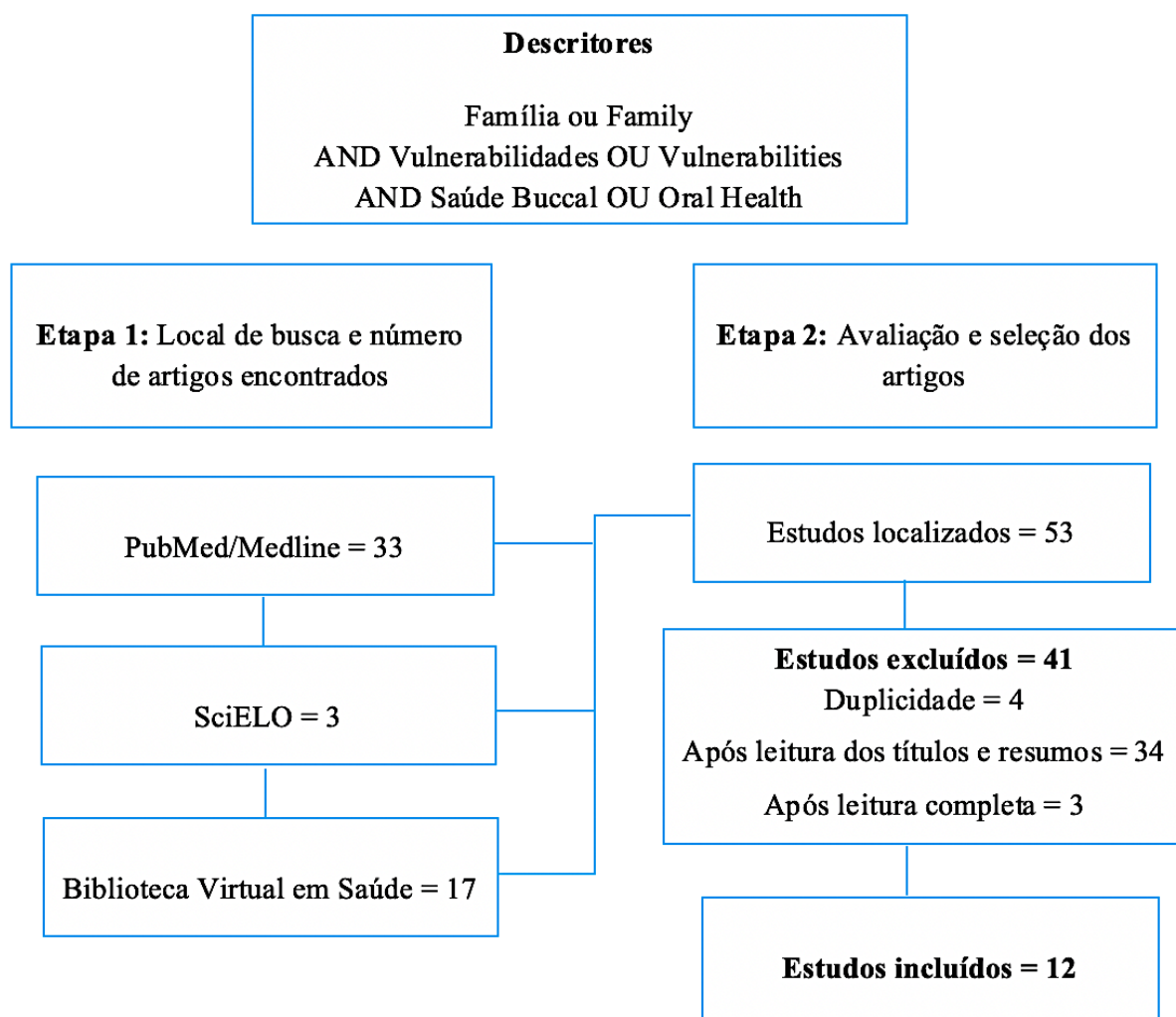
## 2.3 RESULTADOS

Na busca de estudos nas bases de dados, de acordo com a figura 1, 53 artigos foram encontrados, 33 no PubMed/Medline, 3 no SciELO e 9 na Biblioteca Virtual em Saúde. Após a aplicação dos critérios de inclusão 12 artigos atenderam os requisitos e foram incluídos, assim distribuídos nas bases de dados selecionadas: 2 artigos no PubMed/Medline, 1 artigos no SciELO e 9 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde. Dos 12 artigos incluídos, 1 foi publicado no ano de 2011, 2 no ano de 2013, 2 no ano de 2014, 1 no ano de 2017, 1 no ano de 2018, 2 no ano de 2019, 1 no ano de 2020 e 2 no ano de 2021.

Com relação às metodologias aplicadas nesses estudos, percebeu-se que: cinco eram estudos transversais, um relato de experiência, um estudo analítico, exploratório e de análise documental, uma revisão de literatura, três

estudos descritivos exploratórios e um estudo observacional analítico transversal.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos para revisão, 2022.



Quanto ao tema pesquisado, observou-se que apenas artigos brasileiros tratam da questão, os estudos em inglês encontrados sobre a temática foram escritos por brasileiros. Verificou-se nos estudos que são muitas as vulnerabilidades familiares que afetam a saúde bucal dos indivíduos, tais como: relações econômicas, sociais, políticas, residência em áreas precárias, déficits relacionados a higiene oral, insegurança alimentar, baixo nível de escolaridade das mães de família e presença elevada de cáries e outros agravos bucais. A Tabela 1 mostra a descrição dos estudos avaliados.

Tabela 1 - Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa.

| Nome do artigo                                                                                      | Autores                                                                                      | Intervenção estudada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Resultados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Conclusão ou considerações finais                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atenção à saúde bucal de crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família: um relato de experiência | Cunha RO, Silva VAN, Leite ICG.                                                              | Apresentar a experiência do desenvolvimento de ações de saúde bucal destinadas a crianças beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em um município mineiro e propor uma reflexão sobre a importância da atenção à saúde bucal voltada para populações em vulnerabilidade social a partir da compreensão da determinação social da saúde. | As relações econômicas, sociais e políticas afetam a forma como as pessoas vivem e o seu contexto e, desse modo, acabam por moldar os padrões de distribuição das doenças. As ações destinadas à promoção, prevenção e recuperação de saúde bucal de crianças beneficiárias do PBF colocaram em exercício o princípio da equidade e da integralidade. Além disso, favoreceram a construção do vínculo e aumento do acesso aos serviços odontológicos. | Dentro das possibilidades do sistema de saúde, a atenção à saúde bucal poderia ser incorporada às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família visando diminuir as iniquidades em saúde bucal que afetam seus beneficiários.                                                                                               |
| Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis?          | Oliveira LJC, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBC, Torriani DD, Demarco FF. | Analisar a associação entre ser beneficiário do Programa Bolsa Família e condições de saúde bucal entre escolares.                                                                                                                                                                                                                            | A prevalência de escolares que nunca haviam ido ao dentista foi mais de seis vezes maior em beneficiários do Programa Bolsa Família (RP 6,18; IC95% 3,07;12,45), em comparação com aqueles das escolas privadas, após ajustes.                                                                                                                                                                                                                        | Escolares beneficiários do Programa Bolsa Família possuem maior carga de cárie e são os que menos acessam os serviços odontológicos.                                                                                                                                                                                               |
| O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças                          | Santos Junior VE, Alencar AV, Sousa RMB, Cavalcanti F, Heimer MV, Rosenblatt A.              | Avaliou o impacto do Programa Bolsa Família na prevalência de cárie dentária de crianças de 4 a 8 anos de idade, que receberam esse benefício desde o nascimento.                                                                                                                                                                             | Verificou-se que a prevalência de cárie dentária das crianças incluídas no programa foi de 78,5% e que o índice de dentes cariados, extraídos e obturados (ceo-d) na dentição decídua médio foi de 4,77, com predominância do componente cariado, o qual representa 81,8% desse índice.                                                                                                                                                               | Embora esse programa de transferência de renda possa promover alívio imediato da condição de extrema pobreza, as crianças nascidas e criadas obtendo esse benefício continuaram apresentando uma média de ceo-d quase o dobro da média regional verificada no último levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado em 2010. |

|                                                                                                                     |                                                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evento sentinela em saúde bucal: experiência com crianças até seis anos de idade usuárias do Sistema Único De Saúde | Pereira NNR, Paiva SM, Sá EMO, Pinto RS, Lucas SD. | Conhecer o perfil das crianças identificadas como evento sentinela em saúde bucal pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.                               | A maior parte das crianças reside em áreas de média e elevada vulnerabilidade à saúde, são pardas, têm de cinco a seis anos de idade, são do sexo masculino, não beneficiárias do Programa Bolsa família, não são acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família, não residem em território do Programa BH cidadania e estudam em instituições próprias da rede municipal de ensino.                                                          | O estudo demonstra como a adoção de políticas sociais abrangentes pode influenciar a situação de saúde bucal.                                                                                                                                |
| Autopercepção dos hábitos de saúde bucal de idosos em um município do Ceará                                         | Beserra MMN, Lima CEM, Martins LFB, Silva CHF.     | Identificar a autopercepção de idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família acerca de sua higiene bucal.                                                         | A população estudada na pesquisa apresentou déficits relacionados a higiene oral: 83% (n=25) dos participantes escovam os dentes de 1 a 2 vezes durante o dia. 90% (n=27) dos entrevistados relataram não fazer uso de fio dental e 73% (n=22) afirmaram-se nem satisfeito/nem insatisfeito quanto a sua saúde oral.                                                                                                                         | Nesta população há desconhecimento sobre hábitos de saúde bucal, sendo estes influenciados por fatores socioeconômicos e intrínsecos do indivíduo, tais como a coordenação motora e firmeza durante a execução de tais processos cotidianos. |
| Abordagem da saúde bucal frente ao programa de saúde na escola: uma revisão da literatura                           | Sá FA, Lins MAF, Marinho PHC, Lima GS, Bueno FLDS. | Realizar uma revisão da literatura sobre os avanços e principais estratégias utilizadas no programa saúde na escola frente a abordagem de saúde bucal.                | A posição do programa de saúde bucal e PSE, enfatizando alguns pontos importantes do qual destacam-se: o processo de aprendizagem do aluno seguida de informações do cotidiano e envolvimento da saúde, a perspectiva de autonomia do sujeito e o aluno como agente transformador e multiplicador de informações.                                                                                                                            | É necessário que haja maiores incentivos para aplicação no programa, seja de recurso ou de motivação, pois percebeu-se nos estudos esse déficit o que se torna uma limitação do programa.                                                    |
| Organização da demanda em saúde bucal e a vulnerabilidade familiar                                                  | Neto JP, Cortellazzi KL, de Sousa MDLR.            | Analisar a relação de um instrumento de vulnerabilidade familiar com fatores sociodemográficos e odontológicos e sua distribuição espacial em determinado território. | O estimador de densidade de Kernel foi utilizado para análise espacial. Indivíduos que residiam com mais de quatro pessoas (OR = 3,46; IC 95%), que estavam insatisfeitos com a saúde bucal (OR = 2,38; IC 95%) e que tinham vergonha ao sorrir e falar (OR = 3,03; IC 95%) apresentavam mais chances de estar “em risco” familiar. A análise espacial possibilitou a visualização de uma área de maior concentração de famílias “em risco”. | O instrumento pode ser adotado para um acesso mais equânime por parte das equipes de saúde bucal.                                                                                                                                            |

|                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica        | Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA.          | Foram estudadas as frequências de variáveis nos eixos: Reorientação de Serviços; Ações Comunitárias; Ambientes Saudáveis; Habilidades Pessoais (n=17.202 equipes).                                                                                                            | A abordagem territorial restringe-se aos aspectos geográficos; reconhece-se a vulnerabilidade de beneficiários do Bolsa Família; na escola há predomínio das ações clínicas (saúde bucal); educação para sexualidade/reprodução; informações do ambiente foram restritas.                                                                                                                                                                             | As práticas são fragmentadas e focaliza- das; urge integrar, equilibradamente, cuidado clínico, prevenção e promoção da saúde.                                                                                                                                           |
| Comparação entre o risco social e o risco de cárie em famílias em situação de vulnerabilidade                                                                      | Jensen T, Vieira M, Scutti CS.                                             | Avaliar a associação entre risco social familiar (RSF), risco individual bucal e risco coletivo de cárie com as variáveis demográficas de adultos e crianças (famílias) de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Sorocaba, SP.                                             | A análise não mostrou diferenças significativas ao comparar os riscos de vulnerabilidade em relação ao CPOD médio das famílias.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A utilização do índice de vulnerabilidade à saúde mostrou-se como importante instrumento para a identificação de usuários com piores condições de saúde bucal, sendo que o nível de agregação das informações constitui fator decisivo na potência da relação existente. |
| Insegurança alimentar domiciliar, cárie dentária e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em Indígenas adultos brasileiros                                    | Soares GH, Mota JMS, Mialhe FL, Biazovic MGH, Araújo ME, Michel-Crosato E. | Investigar a relação entre insegurança alimentar domiciliar, cárie dentária, qualidade de vida relacionada à saúde bucal, e determinantes sociais de saúde entre indígenas adultos.                                                                                           | Aproximadamente 95% dos participantes viviam em famílias com insegurança alimentar. Insegurança alimentar grave esteve presente em 58% dos domicílios. O fenômeno foi associado ao Bolsa Família, densidade familiar e percepção dos impactos da saúde bucal na qualidade de vida.                                                                                                                                                                    | O alto número de famílias afetadas pela insegurança alimentar revela a vulnerabilidade social do povo Kaingang. Insegurança alimentar em adultos Kaingang está associada à percepção da saúde bucal e determinantes sociais da saúde.                                    |
| Levantamento Epidemiológico de Cárie em Crianças de Cinco anos de uma População sob Responsabilidade de um Serviço de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS | Souza RS, Fajardo AP, Garcia R.                                            | Realizar um levantamento epidemiológico de cárie dentária em criança sob responsabilidade de duas unidades de saúde pertencentes ao Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição e relacionar os achados com fatores associados à vulnerabilidade das famílias. | Média de 2,18 dentes com experiência de cárie por criança, semelhante aos 1 apresentados no levantamento nacional SB Brasil 2010. Houve associação significativa entre o nível de escolaridade das mães e presença de cárie. O mesmo ocorreu referente à relação entre relação morador/cômodo e presença de cárie, demonstrando que fatores associados à vulnerabilidade das famílias podem estar relacionados à experiência de cárie aos cinco anos. | Para atuar sobre esses fatores, as equipes de saúde da família têm um importante papel, com uma abordagem inclusiva e ações intersetoriais, buscando a melhoria da condição de saúde bucal dessa população.                                                              |

|                                                                              |                                              |                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Experiências do familiar em relação ao cuidado com a saúde bucal de crianças | Lima CMG, Palha PF, Zanetti ML, Parada CMGL. | Verificar a compreensão das experiências dos familiares em relação ao cuidado com a saúde bucal das crianças. | Entre outros elementos potencializadores da vulnerabilidade infantil aos agravos bucais, emergiu a supervalorização da causalidade biológica, do atendimento de alta complexidade e da odontologia estética e, entre os protetores, a valorização do saber popular e a integração de ações e conhecimentos profissionais. | Aponta-se para a revisão das estratégias de prevenção e promoção de saúde bucal, fornecendo elementos para auxiliar os serviços de saúde a reorganizarem o cuidado com a saúde bucal de crianças. |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Fernandes et al., 2022.

## 2.4 DISCUSSÃO

Os estudos incluídos na presente revisão integrativa visa esclarecer sobre a saúde bucal dos indivíduos e suas vulnerabilidades familiares. Várias foram as vulnerabilidades relatadas nas pesquisas encontradas. Primeiramente será abordado o conceito de vulnerabilidade e seus fatores e em seguida serão expostas as vulnerabilidades destacadas nos diversos estudos e como elas se relacionam à saúde bucal das famílias.

A palavra vulnerabilidade deriva do latim *vulnus (eris)* que quer dizer “ferida” (Patrão Neves, 2006). A vulnerabilidade pode ser considerada como uma condição antropológica, essencial para a existência da humanidade. Nessa visão, parte-se do princípio que todas as pessoas são vulneráveis, devido ao fato de qualquer indivíduo estar exposto de certo modo a fragilidades, entretanto, uma pessoa é considerada potencialmente vulnerável quando esta é exposta a riscos frequentes aos quais não pode se defender (Sanches et al., 2018).

É importante destacar, como visto acima, que as vulnerabilidades devem ser analisadas por meio da síntese de três elementos: individual, social e programático (ênfase no setor da saúde). Esses elementos conceituais de vulnerabilidade sintetizam, sistematizam e aperfeiçoam uma série de preocupações e proposições que há muitos anos guiam as teorias e práticas voltadas ao entendimento e intervenção das dimensões sociais do processo saúde-doença (Ayres et al, 2006).

A vulnerabilidade individual está relacionada com valores, credos, interesses, crenças, desejos, conhecimentos, atitudes, comportamento, relações familiares, de amizade, afetivo-sexuais, profissionais, situação material, psicossocial e física. A vulnerabilidade social relaciona-se com as normas sociais, referências culturais, relações de gênero, de etnia, entre gerações, normas e crenças religiosas, estigma e discriminação, empregos, salários, suporte social, acesso à educação, à justiça, à cultura, esporte, lazer, à mídia, à liberdade de pensamento e expressão, participação política e cidadania (Ayres et al, 2006).

A vulnerabilidade programática está relacionada com compromissos políticos, com as definições de políticas específicas englobando o planejamento e avaliação dessas políticas e a participação social, com a governabilidade, controle social, qualidade, responsabilidade social e jurídica dos serviços, integralidade da atenção, respeito, promoção e proteção dos direitos humanos, com a participação comunitária na gestão destes serviços, com o preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes, equidade das ações multidisciplinares e interdisciplinares (Ayres et al, 2006).

Estudar a vulnerabilidade em saúde é compreender melhor ou de outras formas um problema de saúde, pois em todos os aspectos sejam eles sociais, individuais ou programático acarretam no adoecimento. A vulnerabilidade transpassa o direito e a saúde, culmina com posturas que geram ideias de uma inserção social fragilizada do indivíduo ao coletivo, no entanto, esta deve ser encarada como uma característica da humanidade devido sua finitude e fragilidade (Cestari et al., 2022).

Com relação a condição de saúde bucal e fatores socioeconômicos, fica evidente que famílias que possuem melhores condições sociais também possuem melhor saúde bucal, o contrário ocorre em famílias vulneráveis que não possuem acesso à moradia, emprego, renda, alimentação, água potável, educação, dentre outros direitos humanos fundamentais. Dessa forma, a saúde bucal é um forte marcador socioeconômico, sendo de suma importância para compreender as iniquidades sociais em saúde (Cunha et al., 2021; Lamy, Andrade e Matta, 2021).

A pobreza gera um enorme impacto na saúde das famílias, não sendo aleatória a distribuição das condições de saúde e doença. Os determinantes

sociais e políticos afetam a forma de viver dos indivíduos e moldam os padrões de distribuição de doenças. Assim, a saúde é considerada um produto social e os mesmos fatores que determinam a estruturação da sociedade são os causadores das desigualdades sociais, moldando os perfis epidemiológicos de saúde e doença (Cunha et al., 2021).

O acesso aos serviços odontológicos também está intimamente relacionado com as iniquidades socioeconômicas, apesar de ser observado no Brasil um aumento do acesso aos serviços de saúde bucal nos últimos anos, este ainda é desigual pois, com relação ao número de pessoas que nunca visitaram o dentista, esta taxa é oito vezes maior entre os mais vulneráveis economicamente (Santos Junior et al., 2013). A cárie dentária é o principal agravamento de saúde bucal das famílias, é considerada uma doença crônica, com alto poder de provocar dor e perda dos dentes. A sua origem está pautada na interação de determinantes sociais, ambientais e biológicos, sendo predominante na parcela mais economicamente desfavorecida da população (Oliveira et al., 2013).

Com intuito de combater as iniquidades sociais, foram criados pelo poder público programas sociais com objetivo de transferência direta de renda para as famílias socioeconomicamente vulneráveis, possibilitando a inserção da comunidade a ter acesso a serviços básicos, como: moradia, educação, assistência social e alimentação. Embora os programas sejam uma importante ferramenta no combate às desigualdades, estes não resolvem efetivamente os problemas relacionados a saúde bucal de seus beneficiários, tal situação poderia mudar se fosse exigido a visita ao dentista como parte dos requisitos para manutenção do benefício econômico (Santos Junior et al., 2013).

A vulnerabilidade tem como consequência a exposição intensificada a fatores de risco e privação social elevando, assim, a prevalência de cárie dentária nas famílias. Foi observado nesta revisão integrativa, tendo como base os princípios que norteiam as equidades sociais, que a discussão sobre as vulnerabilidades familiares, vão além dos limites da saúde bucal e se associam negativamente de forma geral a saúde dos indivíduos (Santos Junior et al., 2013).

A população negra é a predominante entre as pessoas mais vulneráveis economicamente da sociedade, possuindo acesso precário a políticas públicas

de distribuição de renda, saúde e acesso à educação. Um dado muito importante relatado em um estudo sobre saúde bucal realizado com crianças de até 6 anos de idade, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) é que com medo da discriminação social, as mães recusam reconhecer seus filhos como negros. Dados mostram que a cor da pele de crianças cujos pais tem combinação de cor negra é declarada como se a cor da pele fosse mais clara. Já chegou ser notório no Censo a preferência dos pais em declarar as crianças menores de um ano de idade como brancas (Pereira et al., 2018). Esta tendência pode ser um indicador de discriminação da população negra na assistência em saúde, além de uma violação moral de se sentir acolhida em seu país.

O envelhecimento causa agravos na saúde das pessoas, surgindo várias doenças devido a vulnerabilidades que estes sujeitos estão expostos, o que afeta diretamente a saúde bucal. A literatura evidencia que há desconhecimento por parte dos idosos sobre hábitos de saúde bucal, que está relacionado com as vulnerabilidades socioeconômicas e intrínsecas do indivíduo. É fundamental que sejam realizadas intervenções de promoção em saúde bucal desse grupo, tais como: incentivo às consultas de rotinas ao dentista, ao uso do fio dental e escovação dental regular com intuito de minimizar este problema (Beserra et al., 2019).

As equipes de saúde devem ser multidisciplinares e capacitadas para identificarem as vulnerabilidades individuais e sociais em que as famílias estão inseridas. Devem buscar parcerias intersetorias com intuito de alcançar a integralidade da assistência, mitigando as vulnerabilidades programáticas. A educação em saúde bucal, tem sido considerada como um excelente meio de propiciar melhoria nas condições de saúde bucal dos indivíduos, o que pode influenciar na diminuição de prevalência da cárie dentária, do sangramento gengival e de placa bacteriana (Sá et al., 2020).

A educação é uma ferramenta para combater as vulnerabilidades em saúde, pois através dela as famílias desenvolvem maiores possibilidades de criarem mecanismos geradores de uma consciência crítica, transformando a saúde em um fator determinante de bem-estar individual e coletivo. O processo de educação em saúde é complexo e demorado, devendo ser ativo. Nele o educador deve estimular a curiosidade para que o próprio educando enxergue

suas falhas e necessidades, estimulando a prática do autocuidado e de ações de prevenção aos agravos de saúde (Sá et al., 2020).

É notório que as vulnerabilidades dificultam o acesso aos serviços de saúde especializados, que com o avanço das biotecnologias se tornam cada vez mais sofisticadas. Com esse progresso, também surgiram novos dilemas éticos que são vivenciados pelos profissionais, que são desafiadores e exigem deliberação e ponderação para sua solução ou manejo. A deliberação ética é um relevante instrumento utilizado pelos profissionais de saúde com a finalidade de analisar, avaliar e indicar uma forma justa de agir na solução desses conflitos, pois procura entender os problemas de forma contextualizada e sistematizada, com intuito de encontrar as melhores soluções entre as alternativas prudentes (Nora et al., 2015).

A bioética da proteção é uma reflexão ética sobre a justiça sanitária em circunstâncias de escassez. Ela emerge como um projeto bioético e político de cientistas latino-americanos com objetivo de pensar as políticas públicas de saúde a partir do saber bioético. A bioética de proteção pode ser aplicada a pacientes em situação de vulnerabilidade, que não conseguem se proteger sozinhos ou que não possuam auxílio familiar, do estado, grupo a qual estão inseridos ou da sociedade (Schramm, 2017).

A identificação de grupos mais vulneráveis deve ser um dos pilares balizadores para nortear as estratégias utilizadas no diagnóstico e planejamento das ações voltadas para promoção e prevenção da saúde bucal, tendo a família como foco do cuidado. Deve ser aplicado instrumentos de estratificação de vulnerabilidades sociais e de saúde, individuais e coletivas, que determinem o potencial de adoecimento de cada família, promovendo uma percepção qualificada dos riscos que aquela família está suscetível (Neto et al, 2021).

A insatisfação com a saúde bucal e a vergonha de sorrir são condições relatadas pelos sujeitos de uma pesquisa que teve como objetivo de analisar a relação de um instrumento de vulnerabilidade familiar com fatores sociodemográficos e odontológicos. Isto coloca esses indivíduos como potenciais necessitados de tratamento, devendo a equipe de saúde realizar ações que minimizem este problema, com foco nestas famílias mais vulneráveis. O estudo ainda demonstrou que o instrumento de vulnerabilidade possibilitou a

identificação de áreas mais vulneráveis, o que auxilia no planejamento de ações com foco na saúde bucal e na proteção dos indivíduos (Neto et al, 2021).

A Política Nacional de Promoção da Saúde é uma estratégia criada pelo poder público para combater as desigualdades sociosanitárias através da incorporação e implementação de promoção a saúde com ênfase na atenção básica, ampliando a autonomia e corresponsabilidade dos sujeitos e da coletividade. Tal política incentiva o combate a vulnerabilidades através da priorização da alimentação saudável, do estímulo a prática habitual de exercícios físicos, do combate ao tabagismo, da redução do uso abusivo do álcool e de outras drogas psicoativas, da promoção do desenvolvimento sustentável, da redução da mortalidade decorrentes de acidentes de trânsito, do combate a violência e da disseminação da cultura de paz entre todos (Teixeira et al., 2014)

Um estudo avaliou a associação entre risco social familiar, risco individual bucal e risco familiar de cárie e as variáveis demográficas através da utilização do instrumento de vulnerabilidade à saúde, ficando evidente que a predominância de famílias detentoras de algum risco social estava intimamente relacionada com alto risco de cárie, indicando deficiência na higiene bucal destes indivíduos (Jensen et al., 2017).

Outra vulnerabilidade que causa problemas na saúde bucal das famílias é a insegurança alimentar. A literatura demonstra que há uma grave situação de insegurança alimentar entre os povos indígenas e que a fome representa um forte indicador de desigualdades sociais e de saúde, quando se compara indígenas e não indígenas. A fome é considerada como uma violação dos direitos humanos (Rosaneli, 2020). Os programas sociais quando são empregados isoladamente de outras políticas públicas, não conseguem combater de forma efetiva a fome, nem as vulnerabilidades associadas. É urgentemente necessário que a sociedade e os governantes se unam em prol de medidas que combatam a vulnerabilidade alimentar destas famílias (Soares et al., 2021).

As ações no ambiente familiar voltadas para a melhoria das condições de saúde bucal possuem importante papel, pois possibilitam conhecer a realidade destas famílias e identificar aquelas que estão em situação de risco. É evidente a associação direta entre privação social e piores condições de saúde bucal, portanto, o acompanhamento contínuo destas famílias fortalece o suporte e a

manutenção do vínculo com a equipe de saúde e combate às vulnerabilidades (Souza et al., 2014).

A saúde bucal das crianças está entrelaçada a do cuidador e de outros familiares, quando estes possuem uma higiene bucal inadequada, na maioria das vezes, este problema também é evidenciado nas crianças daquele grupo familiar, principalmente entre as menores, que são mais dependentes do cuidado. É necessário investir no trabalho multidisciplinar, na superação da fragmentação da saúde, no encontro da universalidade do acesso a saúde bucal e na capacitação profissional para que a equipe de saúde tenha condições de oferecer acesso a uma saúde bucal adequada para todas as crianças (Lima et al., 2011).

## 2.5 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

As distintas metodologias dos artigos encontrados dificultaram a associação entre os estudos, no entanto, pode-se evidenciar claramente as diversas vulnerabilidades que afetam a saúde bucal dos indivíduos. Outra limitação foi a pequena quantidade de publicações sobre a temática disponíveis nas bases de dados, o que sugere a necessidade de realização de novas pesquisas.

## 2.6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível identificar por meio dos estudos analisados, que as vulnerabilidades familiares se associam negativamente à saúde bucal dos indivíduos, estando elas relacionadas com as condições econômicas, sociais, políticas, residência em áreas precárias; déficits relacionados a higiene oral, insegurança alimentar, baixo nível de escolaridade na família e presença elevada de cáries e outros agravos bucais, sendo a iniquidade social a mais preponderante. A pobreza gera um enorme impacto na saúde das famílias, não sendo aleatória a distribuição das condições de saúde e doença. A vulnerabilidade tem como consequência a exposição intensificada a fatores de

risco e privação social elevando, assim, a prevalência de cárie dentária nas famílias, vulnerabilizando os indivíduos e o seu coletivo familiar. Ficou evidente que negros são mais suscetíveis a vulnerabilidades em saúde bucal, quando comparadas com brancos, o que torna essa vulnerabilidade moral e social, violando a população de várias formas.

Os programas sociais quando são realizados isoladamente de outras políticas públicas, possuem pouco poder de combate às vulnerabilidades em saúde bucal. Pode-se observar que famílias que possuem melhores condições sociais também possuem melhor saúde bucal, o contrário ocorre em famílias mais vulneráveis. A identificação de grupos mais vulneráveis deve nortear as estratégias utilizadas no planejamento das ações com foco na promoção e prevenção da saúde bucal, combatendo as vulnerabilidades e tendo a família como foco central do cuidado.

## 2.7 CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## 2.8 CONFLITO DE INTERESSE

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

## 2.9 REFERÊNCIAS

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco. Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2006, 353-395.

Beserra MMN, Lima CEM, Martins LFB, Silva CHF. Autopercepção dos hábitos de saúde bucal de idosos em um município do Ceará. *Jornada Odontológica dos Acadêmicos da Católica*. 2019; 5(1):1-5.

Bulgarelli AF, Nunes AA, Warmling CM, Hugo FN, Frichembruder K, Lemos VMA. *Redes de atenção à saúde: práticas, experiências e propostas na gestão da Saúde Coletiva*. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida. 2016, 433.

Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(3):e00101417.

Cestari VRF, Florêncio RS, Pessoa VLMP, Moreira TMMM. Vulnerabilidade em saúde, educação e liberdade: reflexão à luz de Hannah Arendt. *Esc Anna Nery* 2022; 26:e20210207

Cunha RO, Silva VAN, Leite ICG. Atenção à Saúde Bucal De crianças beneficiárias Do Programa Bolsa Família: Um Relato De Experiência. *Hu ver*. 2021; 47(1):1-5.

Ganong LH. Integrative Reviews of Nursing. *Rev Nurs Health*. 1987; 10(1):1-11.

Jensen T, Vieira M, Scutti CS. Comparação entre o risco social e o risco de cárie em famílias em situação de vulnerabilidade. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2017; 19(1):33-7.

Lamy RLRF, Andrade CLT; Matta GC. Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa. *Rev. Aten. Saúde*. 2020; 18(63):82-98.

Lima CMG, Palha PF, Zanetti ML, Parada CMGL. Experiências do familiar em relação ao cuidado com a saúde bucal de crianças. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(1):1-8.

Neto JP, Cortellazzi KL, de Sousa MDLR. Organização da demanda em saúde bucal e a vulnerabilidade familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(S2):3623+.

Nora CRD, Zoboli ELCO, Vieira MM. Deliberação ética em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2015; 23(1):114-123.

Oliveira LJC, Correa MB, Nascimento GG, Goettems ML, Tarquínio SBC, Torriani DD, Demarco FF. Iniquidades em saúde bucal: escolares beneficiários do Bolsa Família são mais vulneráveis? *Rev Saúde Pública* 2013; 47(6):1039-1047.

Patrão Neves M. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira De Bioética*. 2006;2(2):157–172.

Pereira NNR, Paiva SM, Sá EMO, Pinto RS, Lucas SD. Evento sentinela em saúde bucal: experiência com crianças até seis anos de idade usuárias do Sistema Único de Saúde. *RGO, Rev Gaúch Odontol*. 2018; 66(2):129-135.

Peres Neto J, Mendes KLC, Wada RS, Sousa MLR. Relação entre classificações de risco utilizadas para organização da demanda em saúde bucal em município de pequeno porte de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(6):1905-1911.

Pimentel BV, Carvalho BG, Domingos CM, Caldarelli P. A não adesão ao atendimento odontológico de crianças em situação de vulnerabilidade. *Cad Saúde Colet*. 2021; 1(1):1-8.

Rosaneli, CF. *Fomes Contemporâneas*. Curitiba: Pucpress, 2020.

Sá FA, Lins MAF, Marinho PHC, Lima GS, Bueno FLDS. Abordagem da saúde bucal frente ao programa de saúde na escola: uma revisão da literatura. *Rev.Multi.Sert*. 2020; 2(1):154-162.

Sanches MA, Mannes M, Cunha TR. Vulnerabilidade moral: leitura das exclusões no contexto da bioética. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2018; 26(1):39-46.

Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(5):1531-1538.

Santos Junior VE, Alencar Filho AV, Sousa RMB, Cavalcanti F, Heimer MV, Rosenblatt A. O impacto de um programa social brasileiro sobre a saúde bucal de crianças. *RFO, Passo Fundo*. 2013; 18(1):61-66.

Soares GH, Mota JMS, Mialhe FL, Biazevic MGH, Araújo ME, Michel-Crosato E. Insegurança alimentar domiciliar, cárie dentária e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em Indígenas adultos brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021; 26(4):1489-1500.

Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *einstein (São Paulo)*. 2010; 8(1):102-106.

Souza RS, Fajardo AP, Garcia R. Levantamento Epidemiológico de Cárie em Crianças de Cinco anos de uma População sob Responsabilidade de um Serviço de Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre, RS. *Coleciona SUS*. 2014; 1(1):1-18.

Teixeira MB, Casanova A, Oliveira CCM, Engstrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate*. 2014; 38(1):52-68.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(2 Supl. 2):S190-198.

Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2006; 14(1):124-131.

Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005; 52(5):546–553.

### 3. ARTIGO 2

#### **Relações entre vulnerabilidades e saúde bucal: uma análise a partir da perspectiva das famílias**

<sup>1</sup>Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Bioética. Grupo de Pesquisas Saúde Pública, Bioética e Direitos Humanos e Grupo de Pesquisas Vulnerabilidades e Família.

## **Relações entre vulnerabilidades e saúde bucal: uma análise a partir da perspectiva das famílias**

### **Resumo**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa que teve como objetivo situar a saúde bucal no contexto de vulnerabilidades familiares. Foram realizadas entrevistas compostas por uma parte estruturada, utilizando um formulário de papel e outra parte semiestruturada, de abordagem qualitativa, coletada com o auxílio de um gravador de áudio. Foi realizada análise descritiva dos dados da parte estruturada, por meio do software IBM Statistics SPSS 25.0 com intuito de obter o perfil da amostra. Já as entrevistas semiestruturadas foram transcritas e organizadas em documentos de texto (Microsoft Word®) e analisadas por meio do método de análise de conteúdo descrito por Bardin (1994). Ficou evidente que a maioria das famílias deste estudo possuem filhos adolescentes e/ou filhos pequenos. Há um predomínio de baixo nível de escolaridade, de emprego e de pouco acesso a serviço público de saúde bucal. A análise permitiu localizar na fala das entrevistadas três categorias: autocuidado; custo do tratamento dentário e acesso ao SUS. Pode-se concluir que a baixa escolaridade e o consequente conhecimento limitado sobre a importância do autocuidado em saúde estão intimamente interligados com baixos índices de renda e escolaridade, muitas vezes associados a condições desfavoráveis de acesso aos serviços odontológicos, constituem vulnerabilidades familiares que se relacionam negativamente com a saúde bucal dos indivíduos.

**Palavras chaves:** Família. Vulnerabilidades. Saúde bucal. Bioética.

## **Relationships between vulnerabilities and oral health: an analysis from the perspective of families**

### **Abstract**

This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach that aimed to situate oral health in the context of family vulnerabilities. Interviews were made up of a structured part, using a paper form and another semi-structured part, with a qualitative approach, collected with the aid of an audio recorder. A descriptive analysis of the data of the structured part was performed using the IBM Statistics SPSS 25.0 software in order to obtain the profile of the sample. The semi-structured interviews were transcribed and organized into text documents (Microsoft Word®) and analyzed using the content analysis method described by Bardin (1994). It was evident that most families in this study have teenage children and/or small children. There is a predominance of a low level of education, employment and little access to public oral health services. The analysis made it possible to locate three categories in the interviewees' speech: self-care; cost of dental treatment and access to SUS. It can be concluded that low education and the consequent limited knowledge about the importance of self-care in health are closely intertwined with low levels of income and education, often associated with unfavorable conditions of access to dental services, constitute family vulnerabilities that are negatively related to the oral health the individuals.

**Keywords:** Family. Vulnerabilities. Oral health. Bioethics.

### 3.1 INTRODUÇÃO

A vulnerabilidade não é sinônimo de risco. Enquanto o risco está associado a uma comunidade, a vulnerabilidade refere-se a um indivíduo ou família e sua predisposição a consequências negativas (Brasil, 2016). O conceito de vulnerabilidade da família no âmbito da saúde é descrito na literatura como ameaça a autonomia, por meio de interações com a doença, família e equipe de saúde, os autores ainda acrescentam que:

Os atributos definidores da vulnerabilidade estão relacionados ao contexto da doença que gera incerteza, impotência, ameaça real ou imaginária, exposição ao dano, temor do resultado, submissão ao desconhecido e expectativas de retornar à vida anterior; ao contexto da família com desequilíbrio em sua capacidade de funcionamento, tendo desestrutura, distanciamento, alteração na vida familiar e conflitos familiares (Pettengill & Angelo, 2005 p. 987).

As vulnerabilidades estão impregnadas em diferentes cenários da humanidade e se relacionam negativamente a vida das famílias. No Brasil, 32 jovens entre 10 e 19 anos em situação de vulnerabilidade são assassinados todos os dias no país. Em 2018, na mesma faixa etária, 3,5 milhões de alunos de escolas públicas reprovaram ou abandonaram a escola (UNICEF, 2019). A América Latina, onde o Brasil está localizado, é a região com maior desigualdade no mundo. A saúde bucal é a quarta temática mais analisada nos estudos que procuram desvendar as iniquidades em saúde da população brasileira (Lamy et al., 2020).

Dadas as complexidades das vulnerabilidades sociais que orientam as políticas públicas e o acesso aos serviços odontológicos, torna-se relevante entender como as vulnerabilidades familiares se manifestam na saúde bucal, tanto na ótica do processo saúde-doença, quanto no cuidado com a saúde bucal.

É evidente que existem grupos sociais mais favorecidos que possuem acesso a serviços odontológicos privados e técnicas de tratamento modernos que superestimam a estética. Por outro lado, há outra parte da população que enfrenta dificuldade de acesso, o que revela sinais de exclusão e desigualdade social, que contribui para a evolução da doença de cárie, que pode levar a perda de elementos dentários, dor, infecções odontogênicas e outros agravos à saúde (Lamy et al., 2020; Moreira et al., 2007).

A desigualdade social e a precária condição de vida são fatores que deixam marcas físicas e psicológicas decorrentes da longa exposição ao sofrimento, marcas estas evidentes na boca, que afetam negativamente o sorriso das pessoas (Moreira et al., 2007). Dessa forma, as políticas de saúde bucal que podem impactar positivamente à saúde têm ganhado destaque perante a Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como outras intervenções com objetivo de combater as desigualdades de renda, moradia e educação (CDSS, 2010; Petersen & Kwan, 2011).

Apesar de todo o esforço, o Relatório Mundial da Saúde Bucal da Organização Mundial da Saúde, analisado à luz da bioética, não evidencia mecanismos eficazes no combate aos determinantes sociais e não realça os deveres do Estado. Assim, não pode ser considerado como um instrumento teórico-político para a garantia do direito à saúde bucal, se mantendo distante da bioética, dado que o paciente não é contemplado nos vários cenários do processo saúde-doença (Rueda & Albuquerque, 2017).

Outro ponto importante e que leva ao agravamento da saúde bucal é a falta de participação da família no incentivo e orientação dos jovens aos cuidados básicos de higiene oral, que atinge negativamente as crianças e adolescentes, tornando-os mais vulneráveis a doenças bucais (Sarmiento et al., 2020). É necessário desvendar as diversas vulnerabilidades familiares causadoras de danos irreversíveis à saúde bucal, pois tal conhecimento é capaz de nortear políticas públicas mais assertivas no combate a esses agravos (Bueno et al., 2014). Assim, o objetivo deste estudo foi situar a saúde bucal no contexto de vulnerabilidades familiares.

### 3.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, aprovado pelo comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob nº 5.134.533 e que se deu por meio de uma pesquisa de campo, com realização de entrevistas. As entrevistas foram compostas por uma etapa estruturada, utilizando um formulário de papel e outra etapa semiestruturada, de abordagem qualitativa, coletada com o auxílio de um gravador de áudio. As

variáveis de investigação estruturadas foram: faixa etária, gênero, escolaridade e situação atual de emprego e perfil do participante da pesquisa; tipo de apoio que a família busca quando há uma crise de relacionamento; situação econômica e financeira; acesso aos serviços públicos e/ou particulares de saúde; se a família se considera saudável; hábitos e acesso ao lazer; práticas de exercício físico; consumo de frutas e verduras; presença de cáries em membros da família; condições de tratamentos e cuidados dentários na família; forma de acesso ao dentista. Na abordagem semiestruturada, para este artigo, o seguinte questionamento foi feito: “na tua opinião, o que favorece ou dificulta a tua família a ter saúde bucal?” No total 39 entrevistas foram realizadas.

### 3.2.1 População do estudo e perfil da amostra

A população foi selecionada em diversas localidades, em diferentes Estados do Brasil, totalizando 5 cidades. Todos os indivíduos que aceitaram participar do estudo leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O perfil da amostra é formado por pessoas de cada uma das seis fases da vida familiar. Ciente que as configurações familiares são diversas assume-se, neste estudo, a busca pelas diferentes fases da família com uma linguagem mais claramente inclusiva, assim define-se o perfil dos participantes da pesquisa: jovem que reside com parentes ou sozinho; pessoa recém-casada; pessoa com filho(a) pequeno(a); pessoa morando com filho(a) adolescente; pessoa cujo(a) filho(a) deixou o lar; pessoa idosa que reside com parentes ou sozinha.

### 3.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de Inclusão: pessoas que se enquadram no perfil das fases da família definido da amostra; pessoas maiores de 18 anos e capazes. Critérios de exclusão: pessoas que estejam vivenciando uma situação de enfermidade; pessoas relacionadas com algum membro da equipe de pesquisa; pessoas da família de alguém que já participou da mesma pesquisa.

### 3.2.3 Abordagem dos participantes da pesquisa

A entrevista foi realizada do seguinte modo: primeiramente foi feita a identificação e contato com as instituições onde os participantes com o perfil desejado foram entrevistados; foi solicitado autorização do responsável pela instituição, antes de qualquer contato com os participantes da pesquisa. Após a autorização assinada pelo responsável da instituição, iniciou-se o contato com os entrevistados.

### 3.2.4 Roteiro para entrevista

Os participantes do estudo foram abordados do seguinte modo: explicou-se os objetivos e a forma como a entrevista seria realizada; apresentou-se o TCLE, e após explicação e respostas às dúvidas, pediu-se o consentimento para a entrevista; caso o participante da pesquisa concordasse com o TCLE, este foi assinado e recolhido; a entrevista se iniciou com o preenchimento de um questionário com dados relacionados ao perfil do participante; na sequência procedeu-se a entrevista semiestruturada com uso de um gravador.

Nas entrevistas, buscou-se criar uma relação respeitosa, gentil, evitando qualquer tipo de constrangimento, de invasão da privacidade, de quebra de sigilo sobre a identidade e ainda, de incitação emocional de elementos traumáticos. Como consta no TCLE, o participante manteve em todo o tempo o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou a interromper a sua participação, sem que tivesse que apresentar qualquer justificativa.

### 3.2.5 Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva dos dados relacionados à parte estruturada do estudo, por meio do software IBM Statistics SPSS 25.0, com distribuição das frequências e porcentagens com o intuito de determinar o perfil da amostra. Já as entrevistas semiestruturadas foram transcritas e organizadas em documentos de texto (Microsoft Word®). Foi realizado pelo pesquisador a leitura e conferência de cada um dos textos juntamente com nova escuta das

gravações, buscando confirmar a exatidão do seu conteúdo e o correto entendimento do sentido dado pelas falas de cada um dos entrevistados.

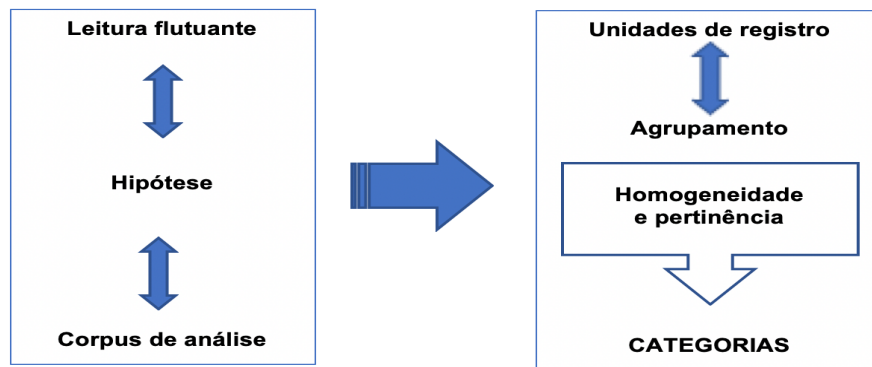
A análise foi realizada por meio do método de análise de conteúdo, que é uma ferramenta que possibilita a compreensão da construção do significado que os atores sociais manifestaram em seu discurso. Para a análise foram seguidos os passos fundamentais descrito por Bardin (1994), que são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (Godoy, 1995).

Na pré-análise foi realizada a organização do material utilizado para a coleta de dados, esta organização possibilita definir o *corpus* da investigação, que nada mais é que a especificação do campo onde o pesquisador deve centrar sua atenção. A fase de descrição analítica foi a etapa onde o material reunido passou por um aprofundamento, guiado pelas hipóteses e pelo referencial teórico, buscando divergências e coincidências em relação às ideias. Já a interpretação referencial foi a realização da análise propriamente dita, construída por meio da reflexão, intuição e embasamento de materiais empíricos. Assim, as categorias surgiram conforme as respostas dos entrevistados, sendo agrupadas na mesma categoria daquelas que possuíam o mesmo sentido, mesmo que elas fossem narradas de forma diferente (Bardin, 2016).

As categorias projetadas no conteúdo partem da hipótese de que a percepção sobre a saúde bucal está relacionada com o nível de vulnerabilidade enfrentada pela família. Guiados por essa hipótese, os discursos expressos no texto de resposta foram recortados, codificados e organizados, resultando nos agrupamentos de discursos que compõem o *corpus* para análise. Com base na análise de conteúdo, os dados brutos (texto das respostas escritas) foram recortados, enumerados e categorizados para criar categorias para discussão. Nessa técnica de análise, a leitura inicial do *corpus* torna-se mais precisa à medida que surgem hipóteses adicionais sobre o objetivo e o objeto da pesquisa (Bardin, 2016).

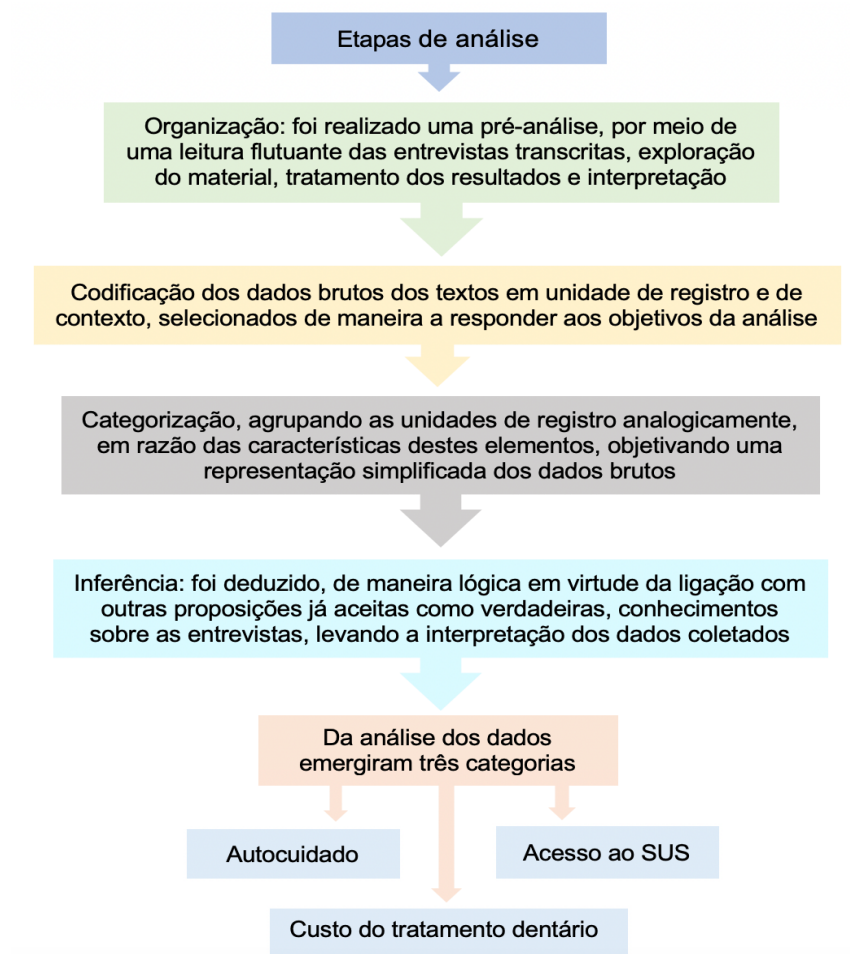
Durante o processo de sistematização, buscou-se unidades de registro para esclarecer os conteúdos dentro de cada tema. Assim, os temas foram utilizados como unidade de registro, partindo do pressuposto que os temas são significados que emergem naturalmente do texto analisado, como recortes de sentido verbal ao invés de representações formais e reguladas (figura 1).

Figura 1. Processo de organização da análise temática da relação de vulnerabilidade e saúde bucal das famílias.



Com base nessa lógica, por meio das regras de homogeneidade e pertinência, foram derivados três temas de conteúdo de dados, que constituem três categorias de análises que representam as percepções das famílias sobre a pergunta de pesquisa (Figura 2).

Figura 2. Etapas de análises dos dados para obtenção das categorias.



O processo de classificação é entendido como a fase de Análise de Conteúdo, que consiste na operação de classificação dos elementos constitutivos de um conjunto (unidade de registro), composta por diferenciação e reagrupamento, que representa a organização em um sistema de categorias. A validade dos achados é resultado da coerência interna e sistemática entre essas fases, e seu rigor na organização da pesquisa suprime a ambiguidade e constitui uma premissa fundamental (Bardin, 2016).

É de suma importância que ocorra a interação dos materiais, pois o pesquisador não deve limitar sua análise ao conteúdo dos documentos. Deve ainda, tentar aprofundar-se na análise com o intuito de revelar as ideologias e a tendência das características dos fenômenos sociais analisados, ao contrário do conteúdo manifesto que é estrutural, histórico e dinâmico (Trivinos, 1987).

O rigor metodológico da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), contribui para que os aspectos qualitativos deste estudo sejam tão sólidos quanto os delineamentos quantitativos do levantamento demográfico, tornando a triangulação desses métodos uma fonte confiável para apresentação geral dos resultados alcançados.

### 3.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.3.1 Perfil da amostra

Foram realizadas no total 39 entrevistas, os participantes pertenciam as localidades de Cambé/PR, Curitiba/PR, Montes Claros/MG, Pinhais/PR e São Paulo/SP, com base na estatística descritiva foi traçado o perfil das famílias estudadas, onde de acordo com a tabela 1 observa-se que:

Em relação ao sexo dos participantes 71,8% eram do sexo masculino e 28,2% do sexo feminino. Sobre a etapa familiar verificou-se que 12,8% eram jovens não casados, 5,2% eram pessoas recém-casadas, 20,5% eram pessoas com filhos pequenos, 35,9% eram pessoas com filhos adolescentes, 17,9% eram pessoas com filhos que já deixaram o lar e 7,7% eram pessoas idosas. Quanto a faixa etária dos entrevistados 15,4% possuíam idade entre 18 a 25 anos, 17,9% tinham idade entre 26 a 35 anos, 15,4% possuíam idade entre 36 a 45 anos,

33,4% possuíam idade entre 46 a 60 anos e 17,9% estavam no grupo das pessoas acima de 60 anos de idade.

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos participantes 5,1% não possuíam estudo, 10,3% estudaram até as séries iniciais do ensino fundamental, 7,7% possuíam a 4ª série concluída, 28,2% estudaram de 5ª a 8ª série, 5,1% possuíam o ensino médio incompleto, 23,1% concluíram o ensino médio, 5,1% possuíam graduação completa e 15,4% pós-graduação completa. Sobre a situação atual de emprego 28,2% estavam empregados, 15,4% desempregados, 10,3% eram autônomos, 20,5% do lar, 25,6% possuíam outras situações de emprego.

No tocante ao tipo de apoio buscado em crise na família 76,9% disseram que resolvem o assunto na própria família, 2,6% contam com apoio dos amigos, 7,7% contam com apoio de grupos religiosos, 10,3% contam com apoio de profissionais da saúde e 2,5% recebem outros tipos de apoio. Quando a família enfrenta uma doença 48,7% são atendidos pelo SUS de modo satisfatório, 30,8% são atendidos pelo SUS de modo precário, 17,9% são atendidos por plano de saúde de modo satisfatório e 2,6% são atendidos por plano de saúde de modo precário.

Com relação aos hábitos de lazer das famílias 5,1% realizam leitura, 15,4% frequentam praças e parques públicos, 7,7% vão a clubes privados, 46,2% tem como hábito de lazer assistir TV e 25,6% possuem outros hábitos de lazer. Com relação aos membros da família que tem acesso a áreas de lazer (praças / quadras / academias), pode-se verificar que 28,2% não tem nenhum acesso, 33,4% tem um pouco de acesso, 5,1% tem muito acesso, 28,2% tem um pouco de acesso e 5,1% responderam que todos têm muito acesso.

Sobre o questionamento se a família poderia ser considerada uma família saudável, 15,4% consideram a família pouco saudável, 35,9% saudável, 48,7% muito saudável. Sobre os membros da família que praticam atividade física 35,9% tem nenhuma prática, 17,9% alguns praticam um pouco, 15,4% alguns praticam bastante, 20,5% todos praticam um pouco e 10,3% responderam que todos praticam bastante. Sobre o consumo de frutas e verduras pelas famílias deste estudo 10,3% raramente consomem, 20,5% às vezes consomem, 17,9% muitas vezes consomem e 51,3% sempre consomem.

No tocante à saúde bucal 43,6% dos participantes deste estudo consideram suas famílias pouco saudável, 35,9% saudável e 20,5% muito saudável. Quanto as condições de tratamentos e cuidados dentário na família 25,6% responderam ser precárias para todos, 10,3% precárias para alguns, 12,8% razoáveis para todos, 12,8 boas para alguns e 38,5% boas para todos. Sobre a presença de cáries em membros da família 17,9% diz não possuir, 7,7% não, que saibam, 10,3% que sim, provavelmente, 28,2% um pouco, com certeza e 35,9% muita cárie, com certeza. Com relação ao acesso ao dentista 2,6% responderam não ter nenhum acesso, 12,8% tem pouco acesso a serviço privado, 35,9% tem pouco acesso a serviço público, 30,8% tem bom acesso a serviço privado, 17,9% bom acesso a serviço público.

**Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e de saúde bucal das famílias estudadas.**

|                                                               |                                                         | Frequência | Porcentagem |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------|-------------|
| <b>Sexo</b>                                                   | Masculino                                               | 28         | 71,8        |
|                                                               | Feminino                                                | 11         | 28,2        |
|                                                               | Total                                                   | 39         | 100,0       |
| <b>Etapa Familiar</b>                                         | Jovem - não casado                                      | 5          | 12,8        |
|                                                               | Recém-casado(a)                                         | 2          | 5,2         |
|                                                               | Com filho(a) pequeno(a)                                 | 8          | 20,5        |
|                                                               | Com filho(a) adolescente                                | 14         | 35,9        |
|                                                               | Filhos(as) já deixaram o lar                            | 7          | 17,9        |
|                                                               | Idoso(a)                                                | 3          | 7,7         |
|                                                               | Total                                                   | 39         | 100,0       |
| <b>Faixa etária</b>                                           | Entre 18 e 25 anos                                      | 6          | 15,4        |
|                                                               | Entre 26 e 35 anos                                      | 7          | 17,9        |
|                                                               | Entre 36 e 45 anos                                      | 6          | 15,4        |
|                                                               | Entre 46 e 60                                           | 13         | 33,4        |
|                                                               | Acima de 60 anos                                        | 7          | 17,9        |
|                                                               | Total                                                   | 39         | 100,0       |
| <b>Escolaridade</b>                                           | Sem estudo                                              | 2          | 5,1         |
|                                                               | Séries iniciais                                         | 4          | 10,3        |
|                                                               | 4ª. Série concluída                                     | 3          | 7,7         |
|                                                               | Entre 5ª e 8ª série                                     | 11         | 28,2        |
|                                                               | Ensino Médio incompleto                                 | 2          | 5,1         |
|                                                               | Ensino Médio completo                                   | 9          | 23,1        |
|                                                               | Faculdade Completa                                      | 2          | 5,1         |
|                                                               | Pós-graduação completa                                  | 6          | 15,4        |
|                                                               | Total                                                   | 39         | 100,0       |
| <b>Situação de emprego atual</b>                              | Empregado(a)                                            | 11         | 28,2        |
|                                                               | Desempregado(a)                                         | 6          | 15,4        |
|                                                               | Autônomo(a)                                             | 4          | 10,3        |
|                                                               | Do lar                                                  | 8          | 20,5        |
|                                                               | Outro                                                   | 10         | 25,6        |
|                                                               | Total                                                   | 39         | 100,0       |
| <b>Tipo de apoio buscado em crise na família?</b>             | Resolvemos o assunto na própria família                 | 30         | 76,9        |
|                                                               | Contamos com apoio dos amigos                           | 1          | 2,5         |
|                                                               | Contamos com apoio de grupos religiosos                 | 3          | 7,7         |
|                                                               | Contamos com apoio de profissionais da saúde            | 4          | 10,3        |
|                                                               | Outro                                                   | 1          | 2,6         |
|                                                               | Total                                                   | 39         | 100,0       |
| <b>Quando a família enfrenta uma doença?</b>                  | Somos atendidos pelo SUS de modo satisfatório           | 19         | 48,7        |
|                                                               | Somos atendidos pelo SUS de modo precário               | 12         | 30,8        |
|                                                               | Somos atendidos por Plano de Saúde de modo satisfatório | 7          | 17,9        |
|                                                               | Somos atendidos por Plano de Saúde de modo precário     | 1          | 2,6         |
|                                                               | Total                                                   | 39         | 100,0       |
| <b>Qual lazer a sua família tem como hábito?</b>              | Leitura                                                 | 2          | 5,1         |
|                                                               | Praça e parques públicos                                | 6          | 15,4        |
|                                                               | Clubes privados                                         | 3          | 7,7         |
|                                                               | TV                                                      | 18         | 46,2        |
|                                                               | Outro                                                   | 10         | 25,6        |
|                                                               | Total                                                   | 39         | 100,0       |
| <b>Sua família pode ser considerada uma família saudável?</b> | Pouco saudável                                          | 6          | 15,4        |
|                                                               | Saudável                                                | 14         | 35,9        |
|                                                               | Muito saudável                                          | 19         | 48,7        |

|                                                                                            |                                |    |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|-------|
| <b>Quantos membros da família que praticam atividade física?</b>                           | Não, nenhum                    | 14 | 35,9  |
|                                                                                            | Alguns praticam um pouco       | 7  | 17,9  |
|                                                                                            | Alguns praticam bastante       | 6  | 15,4  |
|                                                                                            | Todos praticam um pouco        | 8  | 20,5  |
|                                                                                            | Todos praticam bastante        | 4  | 10,3  |
|                                                                                            | Total                          | 39 | 100,0 |
| <b>Quantos membros da família tem acesso às áreas de lazer (praças/quadras/academias)?</b> | Não, nenhum                    | 11 | 28,2  |
|                                                                                            | Alguns tem um pouco de acesso  | 13 | 33,4  |
|                                                                                            | Alguns tem muito acesso        | 2  | 5,1   |
|                                                                                            | Todos têm um pouco de acesso   | 11 | 28,2  |
|                                                                                            | Todos têm muito acesso         | 2  | 5,1   |
|                                                                                            | Total                          | 39 | 100,0 |
| <b>A família consome verduras e/ou frutas?</b>                                             | raramente                      | 4  | 10,3  |
|                                                                                            | às vezes                       | 8  | 20,5  |
|                                                                                            | Muitas vezes                   | 7  | 17,9  |
|                                                                                            | Sempre                         | 20 | 51,3  |
|                                                                                            | Total                          | 39 | 100,0 |
| <b>Em relação à saúde bucal, a sua família é?</b>                                          | Pouco saudável                 | 17 | 43,6  |
|                                                                                            | Saudável                       | 14 | 35,9  |
|                                                                                            | Muito saudável                 | 8  | 20,5  |
|                                                                                            | Total                          | 39 | 100,0 |
| <b>Há presença de cáries em membros da família?</b>                                        | Não                            | 7  | 17,9  |
|                                                                                            | Não, que eu saiba              | 3  | 7,7   |
|                                                                                            | Sim, provavelmente             | 4  | 10,3  |
|                                                                                            | Um pouco, com certeza          | 11 | 28,2  |
|                                                                                            | Muita cárie, com certeza       | 14 | 35,9  |
|                                                                                            | Total                          | 39 | 100,0 |
| <b>Quais as condições de tratamentos e cuidados dentário na família?</b>                   | Precárias para todos           | 10 | 25,6  |
|                                                                                            | Precárias para alguns          | 4  | 10,3  |
|                                                                                            | Razoáveis para todos           | 5  | 12,8  |
|                                                                                            | Boas para alguns               | 5  | 12,8  |
|                                                                                            | Boas para todos                | 15 | 38,5  |
|                                                                                            | Total                          | 39 | 100,0 |
| <b>Quanto ao acesso ao dentista?</b>                                                       | Nenhum acesso                  | 1  | 2,6   |
|                                                                                            | Pouco acesso a serviço privado | 5  | 12,8  |
|                                                                                            | Pouco acesso a serviço público | 14 | 35,9  |
|                                                                                            | Bom acesso a serviço privado   | 12 | 30,8  |
|                                                                                            | Bom acesso a serviço público   | 7  | 17,9  |
|                                                                                            | Total                          | 39 | 100,0 |

Ficou evidente que a maioria das famílias deste estudo possuem filhos adolescentes e filhos pequenos. A literatura demonstra que ao identificar as crenças e percepções famílias em situações de vulnerabilidade, fica claro como a forma que questões de saúde bucal são pensadas pode interferir nas práticas de cuidado à criança e ao adolescente. Existem inúmeros relatos de que as decisões sobre os cuidados bucais das crianças e a responsabilidade de transmitir bons hábitos às crianças são das mães. Alguns relatos incluíam discussões entre as famílias sobre os cuidados, mas o foco está nas opiniões relevantes da avó. Além das crenças, comportamentos, emoções e tipo de atendimento odontológico, a experiência negativa da mãe com a cárie dentária é um importante destaque da higiene bucal das crianças e adolescentes (Arora et al., 2021).

Nota-se que há um predomínio de um baixo nível de escolaridade e de emprego entre os sujeitos desta pesquisa o que impacta negativamente nas condições de renda e consequentemente dificulta a família a ter saúde bucal:” 34EFC5F4: “Eu acho, mas são as condições financeiras, né? As condições financeiras... de nós mesmos, no caso”. 10EFD3F1: “Ter dinheiro (risos).”

Desta forma, é possível observar que os fatores escolaridade e renda estão intimamente relacionados com a percepção de saúde bucal, pois 43,6% dos participantes deste estudo consideram suas famílias pouco saudáveis nesse quesito. A literatura demonstra que a utilização do fio dental se mostra com mais frequente em indivíduos que possuem um grau de escolaridade mais elevado (Zanatta et al., 2008).

Em geral, os determinantes sociais como renda, escolaridade, sexo, cor da pele e local de residência, apareceram em diversas pesquisas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal. Estudos têm demonstrado que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal varia de acordo com o nível socioeconômico e está associada ao nível educacional, renda, ambiente ocupacional e indicadores (Petersen PE & Yamamoto, 2005; Donaldson et al., 2008).

Considerando as altas disparidades socioeconômicas do Brasil, as regiões com os maiores índices de desigualdade social do país também apresentam maiores índices de comprometimentos e complicações da saúde bucal, reforçando o impacto das vulnerabilidades na saúde bucal (CRUZ, 2019).

A alta escolaridade é um fator de proteção contra a perda dentária. Por outro lado, famílias de baixa renda, analfabetas ou apenas com ensino fundamental tendem a perder mais de quatro dentes devido a patologias odontológicas, em comparação com indivíduos de maior renda e mais escolarizados (Borges et al., 2014). A baixa escolaridade também é um dos principais fatores limitantes que afetam na procura dos serviços odontológicos pelas famílias, esse aspecto é de fácil compreensão, considerando que os indivíduos aprendem mais sobre saúde bucal ao longo do tempo e com isso estimula a utilização os serviços de saúde de forma preventiva (Machado et al., 20212).

Com relação à saúde bucal as famílias deste estudo se sentem desassistidas pelo Estado. 36EFD14F4: “Essa falta de ... do ... vamos supor, do PSF encaminhar logo a gente para um atendimento, a gente fica na lista lá

meses e meses e meses e não sai. Sabe? É a falta de ... muita gente e pouco lugar para atender.”

De acordo com a Constituição Federal, o Estado deve proporcionar, dentre outras funções, melhores condições de saúde, renda, moradia e lazer para todos. A redução das desigualdades em saúde bucal é um dos principais desafios enfrentados pelos formuladores de políticas de saúde pública, e identificar os determinantes sociais da saúde bucal é uma forma possível de superar essa dificuldade. É necessário que se compreenda os diferentes arranjos familiares, e se supere as percepções de um modelo único baseado na família nuclear e partir do pressuposto da função básica da família garantindo acesso igualitário e melhores condições de saúde aos mais vulneráveis (Santos et al., 2017).

Os fatores socioeconômicos são considerados determinantes da saúde da população e, recentemente, tem crescido o interesse em compreender como as características sociais e as diferentes formas de organização social afetam à saúde e o bem-estar de indivíduos e grupos. Há evidências robustas de que a saúde individual é fortemente condicionada por processos sociais (Petersen & Kwan, 2011; Piovesan, 2011).

A vulnerabilidade baseia-se nas dimensões da exposição ao risco e nas respostas materiais e simbólicas que os indivíduos, agregados familiares e comunidades podem dar em resposta a um risco ou choque (o que significa a materialização do risco). Existem múltiplos fatores de risco, que são interdependentes e interagem de forma complexa. Como princípio básico, assume-se que as vulnerabilidades consistem na soma de diferentes vulnerabilidades (BRONZO, 2008).

A bioética da proteção é uma importante aliada na discussão de medidas para o combate das vulnerabilidades familiares em saúde bucal. Esta pode ser definida como a ética da responsabilidade social, agindo diante de ameaças vulneráveis às pessoas, legitimando a responsabilidade do Estado de proteger a saúde das pessoas e trazendo reflexões que orientam a bioética coletiva. A finalidade da saúde pública, indica uma ferramenta de ponderação sobre a ética do comportamento humano. Nesse sentido, proteger os grupos vulneráveis está relacionado ao princípio da equidade, onde a ação social beneficia os mais

necessitados quando os recursos de saúde pública são escassos (Schramm, 2005).

A saúde bucal desempenha um papel significativo na construção de uma autoimagem positiva, na manutenção da função oral e é fundamental para a alimentação, o desenvolvimento e fala. Do ponto de vista comportamental, a cárie dentária é resultado de barreiras sociais e culturais. A compreensão das causas das doenças mudou o foco do planejamento de ações públicas preventivas, que começam a adotar estratégias efetivas para reduzir as desigualdades sociais, aumentar a renda e a qualidade da educação e melhorar à saúde básica. Uma dieta rica em carboidratos induz a formação de biofilme através da proliferação de microrganismos cariogênicos. A dieta e o estado nutricional de uma pessoa afetam diretamente à saúde bucal de várias maneiras, principalmente levando a defeitos na estrutura e formação dos dentes (Barbosa et al., 2021).

As condições sociais têm um impacto decisivo na saúde bucal. Dentre os problemas bucais mais comuns na população, a cárie dentária é o mais observado devido à sua distribuição desigual, que se deve à concentração da doença, com um pequeno grupo de indivíduos que concentram a maior parte das lesões. Tal fato é evidenciado principalmente em grupos de riscos, por exemplo, em famílias vulneráveis que possuem crianças e adolescentes em núcleo e acesso limitado a atendimento odontológico. Os efeitos negativos da cárie dentária na vida das crianças e adolescentes incluem: diminuição do apetite, perda de peso, dificuldade para mastigar, alterações comportamentais (irritabilidade e baixa autoestima), dificuldade para dormir e diminuição do desempenho escolar (Barbosa et al., 2010).

Os resultados deste pesquisa corroboram com a literatura, tendo em vista que em estudos de rastreamento populacional, mesmo em países de alta renda, as condições precárias de saúde bucal foram encontradas entre grupos marginalizados, jovens, crianças e famílias socialmente desfavorecidas, em situação de rua, em pessoas encarceradas, entre pessoas com doenças infecciosas crônicas, como HIV/AIDS, pessoas com deficiência, comunidades indígenas e quilombolas, ciganos, tendo em vista que esses indivíduos têm pouco ou nenhum acesso a serviços odontológicos e altas taxas de cárie dentária (Arantes et al., 2018; Peres et al., 2019). A presença da doença cárie

está associada a uma autopercepção negativa da qualidade de vida (Costa et al., 2013).

É possível verificar que a maioria dos participantes deste estudo tem pouco acesso a serviço público de saúde bucal. 07EFC2F4: “Voltou o atendimento no PSF, eu estou tentando marcar pra eles lá pra ver se consegue ter um acompanhamento mais de perto, mas é muito procurado né... às vezes não tem dentista.”

O acesso aos serviços é uma das principais metas do sistema de saúde e tem sido objeto de ampla discussão entre gestores e acadêmicos após a reforma sanitária brasileira. Essa discussão se intensificou após as mudanças políticas e sociais no Brasil, culminando com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que visa garantir direitos de acesso ao cidadão. No entanto, muito ainda precisa ser feito para que se possa garantir um acesso igualitário as famílias mais vulneráveis (Paim et al., 2011).

Para analisar o depoimento dos sujeitos desta pesquisa, foram utilizadas as técnicas de análise de conteúdo. Do ponto de vista operacional, esta técnica começa com a leitura em primeiro plano e atinge um nível mais profundo: nível além do significado óbvio (Minayo, 1992). Dessa forma, por meio das falas das entrevistas, foi possível obter uma compreensão mais aprofundada dos entrevistados, as categorias decorrentes da formação da unidade de registro, respeitam as cinco qualidades de uma boa classificação: exclusão mútua; homogeneidade; relevância; objetividade e fidelidade; e por fim, produtividade. Assim, a análise permitiu localizar na fala das entrevistadas as seguintes categorias:

- Autocuidado

Nota-se nessa categoria que a maioria das famílias que participaram deste estudo enfrentam dificuldades na realização do autocuidado, o que pode ser percebido com o seguinte relato: 07EFC2F4: “A gente tenta cuidar, mas é difícil quando o dente dói eu mando arrancar.” Dessa forma, torna-se necessário enfatizar a importância da disseminação do autocuidado em saúde na esfera familiar, cabendo aos profissionais de saúde práticas norteadoras de como as

famílias devem realizá-lo, pois não é somente tentar “cuidar”, a questão é muito mais profunda e deve estar pautada em como se deve cuidar. É de suma importância salientar que a família também deve estar engajada e consciente da necessidade do autocuidado. As práticas de autocuidado são essenciais para a manutenção da saúde bucal. Saber como se inserem na população pode ajudar a planejar ações de educação e prevenção mais efetivas (Lisbôa & Abegg, 2006).

A prática do autocuidado é um dos aspectos que, se incorporado ao estilo de vida, contribui para a manutenção da saúde bucal. O principal benefício é a prevenção, que está relacionada com a redução do biofilme bacteriano que ajuda a proteger o tecido periodontal e a cárie dentária por meio da escovação, com a utilização de creme dental com flúor e fio dental. Na perspectiva do autocuidado, a educação em saúde é compreendida como uma ação dos serviços de saúde que pode permitir maior utilização dos saberes e práticas de proteção à saúde bucal, apoiando-os no alcance da autonomia das famílias (Menezes, 2010).

Torna-se necessário o fortalecimento de ações educativas com foco na conscientização do autocuidado com objetivo de prevenir os agravos em saúde e consequentemente melhorar a saúde bucal da população. Percebe-se aqui uma relação entre desigualdades sociais e práticas de saúde bucal, pois os participantes deste estudo são famílias que possuem um baixo nível de escolaridade, de emprego e de pouco acesso a serviço público de saúde bucal. Percebe-se aqui a importância da educação em saúde e do incentivo da prática do autocuidado. 01EFB1M2: “Isso a gente geralmente vai ver quando o problema já está instalado, quando você tem dores daí a gente fica pensando para onde vai correr.”

As condições de vida, saúde e educação se aproximam e constituem um caminho para alcançar a qualidade de vida. No entanto, há um grande desafio nessa interação: os profissionais da educação devem trabalhar as questões de saúde, e os profissionais de saúde devem utilizar práticas pedagógicas adequadas para que as famílias percebam e compreenda a importância do autocuidado e das boas práticas em saúde (Carvalho, 2015).

- Custo do tratamento dentário

Nota-se aqui nessa categoria que embora a saúde seja constitucionalmente garantida como um direito universal, incluindo a saúde bucal como parte integrante da atenção integral à saúde e qualidade de vida, ainda há famílias que não conseguem atendimento odontológico especializado na rede pública, nem possuem condições financeiras para realizar o tratamento na rede privada. 11EFD4F1: “O dinheiro né, é porque ninguém tem a condição de estar indo do dentista direto, é questão financeira, porque o tratamento dentário é muito caro.” 09EFE2F4: “O que dificulta é a condição financeira mesmo né? porque é muito caro um tratamento particular, é caro e a gente às vezes tem que desfazer de outras coisas para poder cuidar.” 39EFA4F4: “O que dificulta é porque tem que pagar, né? Porque o dentista é um absurdo.”

Os entrevistados fazem referência a procedimentos que só podem ser realizados na rede privada. Em 5 casos, os usuários do SUS só conseguiram suprir suas necessidades participando financeiramente do tratamento: dois compraram aparelho ortodôntico e nos outros três casos, o dentista, que já a havia atendido os entrevistados no SUS, realizou tratamento particular nos pacientes confeccionando próteses dentárias totais.

Conforme destacado por Moreira et al. (2007), apesar dos avanços no campo jurídico, a realidade dos serviços odontológicos prestados está longe de garantir o direito à saúde, e os autores afirmam que a ida ao dentista para tratar os dentes ainda é considerada como um luxo, um ato supérfluo, não um direito civil. Porque, como disse um participante do estudo, 15EFE5M5: “Aqui em casa os dentes ruins são colocados em segundo plano diante de problemas graves como fome, alcoolismo, “nervoso”, diabetes, dentre outros.”

Um estudo sobre o conhecimento dos usuários do SUS sobre seus direitos ao atendimento odontológico mostrou que eles não reconheciam seu direito ao atendimento, pois declaravam que se não resolvessem seus problemas naquela unidade de saúde, metade deles incorreria em custos privados. A outra metade aguardaria o surgimento de vaga, desistindo ou se automedicando. Apenas 4,5% procurariam outro local sem dispêndio financeiro ou posto de saúde (Fernandes & Ferreira, 2010).

A maioria das doenças bucais não são diretamente ameaçadoras à vida, mas são importantes preocupações de saúde pública. As razões de sua importância residem em sua alta prevalência, alta demanda pública de serviços, impacto na vida individual e social em termos de dor, desconforto, restrição, comprometimento social e funcional, interferindo na qualidade de vida das famílias (Arora et al., 2021).

- Acesso ao SUS

Ficou evidente nesta categoria que o pouco acesso ao serviço público dificulta a família ter saúde bucal, conforme percebe-se nos relatos que expressam a opinião dos entrevistados: 32EFD13F4: “A gente aqui tem que ser encaminhado pra outro local e nunca que tem vaga nesse local. A dificuldade é essa. Eu mesmo já tentei várias vezes e nunca consegui. Então sabe, de saúde bucal é muito complicado.” 28EFB2F3: “Creio na minha comunidade era muito difícil a gente ter acesso ao SUS, né? Postinho de saúde essas coisas então era muita burocracia e aí eles davam preferência para o mais urgente e o menos urgente ficava para anos e anos. Então, quando passava esses anos se tornava urgente também.” Desta forma, percebe-se que a dificuldade de acesso à saúde bucal está intimamente relacionada com a proporcionalidade de oferta versus demanda, além de outras vulnerabilidades familiares como baixo nível de escolaridade e renda.

Pesquisas nacionais corroboram com os resultados deste estudo, pois demonstram que embora as desigualdades no acesso à saúde bucal tenham diminuído, as famílias com maior renda têm mais acesso a esses serviços do que aquelas com condições econômicas mais baixa (Peres et al, 2012; Soares et al., 2015).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde bucal oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é um problema que afeta a maioria das famílias, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade. É notório os desafios históricos que à saúde bucal tem enfrentado em 30 anos de implantação do (SUS), tais como: desigualdades regionais significativas, subfinanciamento, mudanças na saúde da população que no uso dos serviços de saúde; diversidade de formas de contratação, muitas das quais sem

estabilidade; e o tímido papel dos profissionais de saúde bucal no processo da reforma sanitária brasileira, o que dificultou sua entrada no sistema e continua sendo uma barreira para a efetiva integração da odontologia na esfera da saúde da família (Viacava et al. 2018).

A partir do acesso aos serviços odontológicos, discute-se a necessidade de políticas públicas para corrigir injustiças sociais e proteger a saúde das pessoas, principalmente daquelas cujas qualidades de vida estão em risco. Nesse sentido, a bioética de proteção é uma forte aliada no combate as desigualdades em saúde bucal, pois a proteção pode ser entendida como a cobertura de necessidades básicas ou moralmente indispensáveis, como saúde, educação, alimentação, dentre outras (Schramm, 2005).

### 3.4 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que as vulnerabilidades das famílias se relacionam negativamente com a saúde bucal dos seus membros. Estas manifestam-se por meio da baixa escolaridade e o consequente conhecimento limitado sobre a importância do autocuidado em saúde, que estão intimamente interligados aos baixos índices de renda e escolaridade, muitas vezes associados a condições desfavoráveis de moradia e de acesso aos serviços odontológicos. O que aponta para a necessidade de se aprofundar as interações entre dinâmicas interna e externa das famílias, que são condições interdependentes, e que apresentam efeitos cumulativos ao longo do tempo. Assim, a compreensão da dinâmica familiar possibilita delinear intervenções que favoreçam a saúde bucal dos seus integrantes.

No contexto da bioética, esta apresenta-se como uma das formas libertadoras para que os mais vulneráveis sejam protegidos e respeitados. Fazer isso requer apoio, empoderamento e conscientização. Portanto, pode-se dizer que as virtudes exigidas pelo ser humano para que se desenvolvam e se tornem sujeitos racionais, livres e independentes são as mesmas virtudes exigidas para enfrentar a fragilidade da vida como um todo. A bioética de proteção é uma importante aliada na discussão de medidas de saúde bucal para o combate das vulnerabilidades das famílias, pois age diante de ameaças vulneráveis às

peessoas, legitimando a responsabilidade do Estado de proteger a saúde dos indivíduos e traz reflexões que orientam a bioética coletiva.

Os estudos sobre famílias, no formato em que a pesquisa foi realizada, apontam a oportunidade de desenvolvimento de um conceito mais aprimorado de vulnerabilidade familiar que não foi desenvolvido neste artigo, mas abre margem para discussões futuras.

### 3.5 REFERÊNCIAS

Arantes R, Welch JR, Tavares FG, Ferreira AA, Vettore MV, Coimbra CEA. Human ecological and social determinants of dental caries among the xavante indigenous people in central Brazil. Plos One. 2018; 13e0208312.

Arora A, Lucas D, To M, Chimoriya R, Bhole S, Tadakamadla SK. et al. How do mothers living in socially deprived communities perceive oral health of young children? A qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;29;18(7):3521.

Barbosa AB, Ribeiro BR, Nogueira IL. Impacto do Consumo Alimentar na Saúde Bucal. Rease. 2021;7(12):472-85.

Barbosa TS, Mialhe FL, Castilho ARF, Gavião MBD. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. Rev. Saude; 2010; 20(1):283-300.

Bardin L. Análise de conteúdo. edição revista e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. Histórico de Cobertura Saúde da Família. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em 07 de junho de 2022.

Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro. 2014;19(6):1849-1858.

Bronzo C. Vulnerabilidade, empoderamento e proteção social. Reflexões a partir de experiências latinoamericanas. XXXII Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro-06 a 10 de setembro de 2008. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-B967.pdf>. Acesso em 08 de julho de 2022.

CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde; 2010.

Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. Physis. 2015;25(4):1207-27.

Costa SM, Vasconcelos M, Abreu MHNG. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2013;18(7):1971-1980.

Donaldson AN, Everitt B, Newton T, Steele J, Sherriff M, Bower E. The effects of social class and dental attendance on oral health. J Dent Res. 2008;87(1):60-64.

Fernandes ETP, Ferreira EF. Consciência do direito ao atendimento odontológico entre usuários de uma clínica de ensino. Saúde soc. 2010;19(4):961-968.

Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo. 1995;35(3):20-29.

Lamy RLRF, Andrade CLT, Matta GC. Iniquidades sociais e saúde bucal: revisão integrativa. Rev. Aten. Saúde. São Caetano do Sul. 2020;18(63):82-98.

Lisbôa IC, Abegg C. Hábitos de higiene bucal e uso de serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2006;15(4):29-39.

Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GAN. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(3):526-33.

Menezes VA, Lorena RPF, Rocha LCB, Leite AF, Ferreira JMS, Granville-Garcia AF. Oral hygiene practices, dental service use and oral health self-perception of schoolchildren from a rural zone in the Brazilian Northeast region. *Rev Odonto Ciênc*. 2010;25(1):25-31.

Minayo MCS. *Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO; 1992.

Moreira T P, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará. Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1383-1392.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377:1778-97.

Peres MA, Peres KG, Thomson WM, Broadbent JM, Gigante DP, Horta BL. The influence of family income trajectories from birth to adulthood on adult oral health: findings from the 1982 Pelotas birth cohort. *American Journal of Public Health*, 2011;101(4):730-6.

Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):250-8.

Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(2):81-92.

Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes-the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(6):481-87.

Pettengill MAM, Angelo M. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005;13(6):982-988.

Piovesan C, Mendes FM, Antunes JLF, Ardenghi TM. Inequalities in the distribution of dental caries among 12-year-old Brazilian schoolchildren. *Braz Oral Res.* 2011;25(1): 69-75.

Rueda MG, Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Rev Latinoam. Bioética.* 2017;17:36-59.

Sarmiento MGS, Santos OA, Lima MM. Desafios da educação em saúde bucal na adolescência. *REAOdonto.* 2020;2:e4249.

Schramm FR. Bioética da proteção: justificativa e finalidades. *Iatrós – Cadernos de Filosofia, Saúde e Cultura.* 2005;1:121-130.

Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cad Saude Publica.* 2015;31(3):586-96.

Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

Viacava. F, Oliveira, RD, Carvalho, CC, Laguardia J, Bellido, J. SUS: Oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cien Saude Colet.* 2018;23(6): 751-1762.

UNICEF - Fundo Das Nações Unidas Para A Infância. 30 anos da convenção sobre os direitos da criança: avanços e desafios para meninas e meninos no Brasil. Coordenação editorial Elisa Meireles Reis... [et al.]. São Paulo: UNICEF, 2019.

Zanatta FB, Machado E, Gomes SC, Rösing CK. Palito dental: razões para sua utilização e perfil cultural de usuário. R Periodontia. 2008;18(3):90-6.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base no acesso aos serviços odontológicos, discute-se a necessidade de políticas públicas que corrijam a desigualdade social e protejam a saúde das pessoas, principalmente daquelas cujas qualidades de vida está em jogo. Nesse sentido, a bioética da proteção é uma poderosa aliada contra as desigualdades em saúde bucal, pois a proteção pode ser entendida como a cobertura de necessidades básicas ou moralmente indispensáveis como saúde, educação, alimentação, etc.

A baixa escolaridade e a consequente compreensão limitada da importância dos cuidados com a saúde, fortemente associada à baixa renda e escolaridade, moradia e acesso são vulnerabilidades familiares que limitam o acesso aos serviços odontológicos e o autocuidado.

Quando os programas sociais são implementados isoladamente de outras políticas públicas, eles têm pouca capacidade de combater as vulnerabilidades familiares em saúde bucal. Pode-se observar que famílias com melhores condições sociais também apresentam melhor saúde bucal, enquanto o inverso ocorre para famílias desfavorecidas. A identificação dos grupos mais vulneráveis deve nortear estratégias para o planejamento de ações voltadas à promoção e prevenção da saúde bucal, abordando a vulnerabilidade e tornando a família o foco central do cuidado.

#### **5. REFERÊNCIAS**

Ayres J, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Jr I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos G, Minayo MCS,

Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Fiocruz; 2006. p. 375-417.

Alvarenga MS. Risco e vulnerabilidade: razões e implicações para o uso na Política Nacional de Assistência Social [Dissertação de Mestrado]. Vitória: Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo; 2012.

Barchifontaine CP. Vulnerabilidade e dignidade humana. O Mundo da Saúde. 2006;30(3):434-440.

Brasil. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

COIMs. Conselho de Organizações Internacionais de Ciências Médicas. Diretrizes éticas internacionais para a pesquisa biomédica em seres humanos. São Paulo: Loyola; 2004.

Dittz, AS; Melo, RR; Borges, CM; Campos, ACV. A percepção dos profissionais da Estratégia da Saúde da Família sobre o conceito de família. Enfermagem Revista. 2013;16(2):111-122.

Kottow M. Vulnerabilidad y protección. In: Tealdi JC, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Colômbia: Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética da Unesco, Universidad Nacional de Colômbia; 2008. p.340-2.

Monteiro SRRP. O marco conceitual da vulnerabilidade social. Sociedade em Debate. 2011;17(1):29-40.

Patrão Neves M. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Revista Brasileira De Bioética. 2006;2(2):157–172.

Pimentel, AEJP. A saúde bucal de adolescentes em situação de vulnerabilidade. Recife, 2012. 192 f. Dissertação (mestrado) - UFPE, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação Saúde da Criança e do Adolescente, 2012.

Radden J. Psychiatric ethics. Bioethics. 2002;16(5).

Sánchez, AIM; Bertolozzi, MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciência & Saúde Coletiva. 2007;12(2):319-324.

Serapioni, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Ciência & Saúde Coletiva. 2005;10(1):243-254.

Silva, MCLSR; Ribeiro; SILVA, L; Bousso, RS. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;45(5):1250-1255.

Silveira, MLF. Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. Família, Saúde e Desenvolvimento. 2000;2(2):58-64.

Unesco. Universal draft declaration on bioethics and human rights [Online]. [acessado em 2022 novembro]. Paris; 2005. Disponível em: URL: <http://unesco.org> .

## **ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**



Comitê de Ética  
em Pesquisa da  
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/  
PR



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ESTUDO SOBRE FAMÍLIAS E VULNERABILIDADES

**Pesquisador:** Mário Antonio Sanches

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53397721.7.0000.0020

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.134.533

#### **Apresentação do Projeto:**

**Desenho:**

**Desenho da pesquisa de campo:**

A pesquisa de campo será efetivada por realização de entrevistas semiestruturadas em diversas localidades, em diferentes Estados do Brasil, com uma visão inicial de 10 localidades. Nas localidades escolhidas serão realizadas 12 entrevistas, totalizando 120 entrevistas. O perfil da amostra é formado por pessoas de cada uma das 6 fases da vida familiar. Ciente que as configurações familiares são diversas assume-se, neste projeto, a busca pelas diferentes fases da família com uma linguagem mais claramente inclusiva, assim define-se o perfil dos participantes da pesquisa: 1. jovem que reside com parentes ou sozinho; 2. pessoa recém casada; 3. pessoa com filho/a pequeno/a; 4. pessoa morando com filho/a adolescente; 5. pessoa cujos filho/a deixou o lar; 6 - pessoa idosa que residem com parentes ou sozinha. Quadro do desenho da Pesquisa e perfil da amostra (12 participantes) Em cada localidade escolhida: entrevistar 2 jovens, acima de 18 anos e solteiros/as. 2 pessoas recém-casadas 2 pessoas com filho/a pequeno (1 a 6 anos) 2 pessoas com filho/a adolescentes 2 pessoas cujos filho/a deixou o lar 2 pessoas acima de 65 anos A metodologia de análise poderá ser também diversa, com uso de Atlas.ti ou outros Programas,

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br

como análise de conteúdo, análise narrativa ou história de vida. A equipe de pesquisadores irá se capacitar em metodologias diversas para permitir análises distintas do material pesquisado. Detalhamento da pesquisa: Submissão ao CEP: O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR. A submissão do projeto ao CEP pressupõe: a) identificação de todos os pesquisadores envolvidos – pós-graduandos e outros pesquisadores; b) compromisso dos pesquisadores com as questões relacionadas com a Ética em Pesquisa no Brasil, como a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do envolvimento de qualquer participante da pesquisa; c) autorização prévia de responsáveis por instituições, caso as entrevistas sejam realizadas em seu recinto;

- Abordagem dos participantes da pesquisa: A entrevista será realizada do seguinte modo:

a. Identificação e contato com as instituições onde os participantes – com o perfil desejado - serão entrevistados. Pode se tratar de Instituições de saúde, religiosas, educacionais, comunitárias ou ONGs. b. Solicitação de autorização do responsável pela Instituição, antes de qualquer contato com os participantes da pesquisa. Conseguindo-se a

autorização assinada pelo responsável da Instituição, inicia-se o contato com os participantes da pesquisa.

c. Dirige-se aos participantes da pesquisa do seguinte modo: explica-se os objetivos e o modo como a entrevista será realizada; apresenta-se o

TCLE, e após explicação e respostas às dúvidas, pede-se o consentimento para a entrevista; Caso o participante da pesquisa concorde o TCLE será assinado e recolhido; A entrevista se inicia com o preenchimento de uma questionário com dados relacionados ao perfil do participante; Na sequência inicia-se a entrevista semiestruturada com uso de gravador. Como consta no TCLE, o participante mantém o tempo o direito de recusar a participar da pesquisa ou a interromper a sua participação, sem apresentar justificativa.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar as diferentes dimensões de vulnerabilidades que afetam as famílias nas populações estudadas.

Objetivo Secundário:

|                                               |                             |
|-----------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Endereço:</b> Rua Imaculada Conceição 1155 |                             |
| <b>Bairro:</b> Prado Velho                    | <b>CEP:</b> 80.215-901      |
| <b>UF:</b> PR                                 | <b>Município:</b> CURITIBA  |
| <b>Telefone:</b> (41)3271-2103                | <b>Fax:</b> (41)3271-2103   |
|                                               | <b>E-mail:</b> nep@pucpr.br |

1. Identificar dimensões da vulnerabilidade familiar; 2. Relacionar as vulnerabilidades familiares com aspectos internos da dinâmica familiar; 3. Situar as vulnerabilidades familiares em relação aos seus contextos externos: sociais, sanitários, culturais e religiosos; 4. Analisar o impacto das vulnerabilidades familiares no tocante a potencializar ou não o fortalecimento das relações familiares; 5. Apontar boas práticas de políticas públicas para o enfrentamento das condições de vulnerabilidade familiar

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

Esta pesquisa pode apresentar riscos, tais como causar mal-estar ao participante devido o tempo da entrevista e seu conteúdo; Exposição da sua privacidade e exposição dos seus dados. A participação neste estudo implica em ser entrevistado pelos pesquisadores, ciente de que a entrevista será gravada. Para minimizar os riscos e manter a privacidade a entrevista gravada será transcrita sem os dados pessoais, os pesquisadores se comprometem em manter o anonimato e sigilo dos dados coletados, bem como a guarda dos mesmos em local adequado e seguro por 5 anos.

##### **Benefícios:**

O estudo tem potencial de gerar conhecimento para lidar com as vulnerabilidades geradas no âmbito intra e extra familiar e apoiar estudos e programas familiares no futuro.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

##### **Resumo:**

**Introdução:** O projeto Estudo sobre Famílias e Vulnerabilidades pretende somar-se ao esforço nacional de compreender e analisar a estrutura familiar no Brasil e o perfil das famílias em situações diversas de vulnerabilidades. **Objetivo:** Analisar as diferentes dimensões de vulnerabilidades que afetam as famílias nas populações estudadas. **Metodologia:** a pesquisa pode ser compreendida como uma exploratória e analítica com abordagem quanti e qualitativa. A pesquisa é realizada por meio de revisão de literatura com amplo escopo concernente à realidade familiar e por meio de pesquisa de campo, que será efetivada por realização de entrevistas

|                                               |                            |                             |
|-----------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <b>Endereço:</b> Rua Imaculada Conceição 1155 |                            |                             |
| <b>Bairro:</b> Prado Velho                    | <b>CEP:</b> 80.215-901     |                             |
| <b>UF:</b> PR                                 | <b>Município:</b> CURITIBA |                             |
| <b>Telefone:</b> (41)3271-2103                | <b>Fax:</b> (41)3271-2103  | <b>E-mail:</b> nep@pucpr.br |



Comitê de Ética  
em Pesquisa da  
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/  
PR



Continuação do Parecer: 5.134.533

semiestruturadas em diversas regiões do Brasil, sendo realizadas entre 06 e 12 entrevistas em cada localidade estudada. Estabelece-se claramente o perfil dos entrevistados e uma metodologia variada de análise dos dados.

#### Introdução:

O Estudo será realizado por Grupo de Estudo vinculado ao Programa de Pós-graduação em Bioética da PUCPR, em conjunto com o Programa de Pós-graduação em Teologia da mesma instituição. O Projeto pretende somar-se ao esforço nacional de compreender e analisar a estrutura familiar no Brasil e o perfil das famílias em situações diversas de vulnerabilidades, propondo uma postura metodológica complexa, com levantamento de

dados secundários e pesquisa de campo nas áreas definidas abaixo. O Estudo se situa no âmbito da Bioética entendida como uma área relativamente nova e no Brasil conta-se com apenas três Programas de Pós-Graduação na área. Por isso, além do fortalecimento do intercâmbio interno, a área se abre para construir redes com parceiros internacionais que realizam estudos e pesquisas em Bioética. O estudo da Bioética, na atualidade, encontra-se com novos desafios que vão além de um debate com diferentes áreas de conhecimento, buscando, a partir do diálogo e respeitando a especificidade de cada ciência, uma unificação conceitual em torno das melhores respostas que possam garantir a continuidade da dignidade da pessoa humana e da vida no planeta. Consideramos, igualmente, que a Bioética, por ser uma área de reflexão interdisciplinar, constitui -se em instrumento hábil para promover um diálogo ao mesmo tempo respeitoso e construtivo entre pessoas com diferentes percepções morais movidas pelo interesse de encontrar propostas as mais consensuais e razoáveis possíveis para a preservação da vida. Os estudos e a pesquisa em

bioética revelam posturas, conclusões, perspectivas e abordagens divergentes a respeito de temas específicos. Assumindo uma postura dialogante, o estudioso percebe que a diversidade surge do pluralismo cada vez mais evidenciado na comunidade global. Dentre as muitas faces do pluralismo, importa para a Bioética o estudo do pluralismo moral que surge de múltiplos condicionantes: cultura, religião, filosofia, ciência, prática cotidiana, história pessoal, dentre outros. A Bioética propõe o respeito à autonomia do sujeito, a beneficência e, principalmente, a não maleficência nos cuidados com a saúde do ser humano. Diferentes espaços, práticas e organizações tecnológicas são evidenciados na produção de cuidados em saúde, bem como processos de gestão. De um lado, o modelo liberal que vê o paciente/doente como consumidor

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br

Continuação do Parecer: 5.134.533

desses bens, sujeitos às regras de mercado; de outro, o paciente que busca atenção médica como legítima expressão de cidadania. Nesse contexto, situam-se os profissionais de saúde, cujas decisões são marcadas por esses paradoxos. Para tanto, as reflexões promovidas por grupos multidisciplinares e em contexto internacional, como propõe a Bioética, se fazem necessárias. Tais reflexões têm o objetivo de analisar e discutir mais profundamente sobre esses cuidados, procurando apreender a configuração das práticas, dos saberes, das relações sociais e das tecnologias que são operadas pelos agentes para as diferentes intervenções sobre o corpo doente. Em bioética os atores precisam amadurecer para o diálogo. Esse diálogo requer seja estabelecido na liberdade de pensamento, crenças, individualidades para que, tanto o confronto, quanto a convergência das várias tendências sejam respeitadas. Para tanto, torna-se necessário o exercício da tolerância e do respeito à pluralidade. Apresenta-se o projeto com os seguintes itens: a qualificação do problema a ser abordado, com mapeamento sumário dos temas centrais deste projeto: bioética, família e vulnerabilidade.

#### Hipótese:

As famílias estão expostas as vulnerabilidades que afetam as mesmas. A família é espaço de vulneração.

#### Metodologia Proposta:

Devido à amplitude de escopo deste projeto, a sua metodologia é igualmente diversa, podendo ser compreendida como uma pesquisa exploratória e analítica com abordagem quanti e qualitativa.

#### Desenho da pesquisa de campo.

A pesquisa de campo será efetivada por realização de entrevistas semiestruturadas em diversas localidades, em diferentes Estados do Brasil, com uma visão inicial de 10 localidades. Nas localidades escolhidas serão realizadas 12 entrevistas, totalizando 120 entrevistas. O perfil da amostra é formado por pessoas de cada uma das 6 fases da vida familiar. Ciente que as

|                                               |                            |                             |  |
|-----------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|
| <b>Endereço:</b> Rua Imaculada Conceição 1155 |                            |                             |  |
| <b>Bairro:</b> Prado Velho                    |                            | <b>CEP:</b> 80.215-901      |  |
| <b>UF:</b> PR                                 | <b>Município:</b> CURITIBA |                             |  |
| <b>Telefone:</b> (41)3271-2103                | <b>Fax:</b> (41)3271-2103  | <b>E-mail:</b> nep@pucpr.br |  |



Comitê de Ética  
em Pesquisa da  
PUCPR

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DO PARANÁ - PUC/  
PR



Continuação do Parecer: 5.134.533

configurações familiares são diversas assume-se, neste projeto, a busca pelas diferentes fases da família com uma linguagem mais claramente inclusiva, assim define-se o perfil dos participantes da pesquisa: 1. jovem que reside com parentes ou sozinho; 2. pessoa recém casada; 3. pessoa com filho/a pequeno/a; 4. pessoa morando com filho/a adolescente; 5. pessoa cujos filho/a deixou o lar; 6 - pessoa idosa que residem com parentes ou sozinha. A metodologia de análise poderá ser também diversa, com uso de Atlas.ti ou outros Programas, como análise de conteúdo, análise narrativa ou história de vida. A equipe de pesquisadores irá se capacitar em metodologias diversas para permitir análises distintas do material pesquisado.

#### Detalhamento da pesquisa:

Submissão ao CEP - O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR.

A submissão do projeto ao CEP pressupõe: a) identificação de todos os pesquisadores envolvidos – pós-graduandos e outros pesquisadores; b) compromisso dos pesquisadores com as questões relacionadas com a Ética em Pesquisa no Brasil, como a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do envolvimento de qualquer participante da pesquisa; c) autorização prévia de responsáveis por instituições, caso as entrevistas sejam realizadas em seu recinto; Abordagem dos participantes da pesquisa: A entrevista será realizada do seguinte modo: a. Identificação e contato com as instituições onde os participantes – com o perfil desejado - serão entrevistados. Pode se tratar de Instituições de saúde, religiosas, educacionais, comunitárias ou ONGs. b. Solicitação de autorização do responsável pela Instituição, antes de qualquer contato com os participantes da Metodologia de Análise de Dados: Esse projeto utilizará metodologias e abordagens qualitativas variadas, sobretudo nas frentes de análises das dimensões de vulnerabilidades que afetam as famílias estudadas. No âmbito qualitativo da pesquisa, como principal referencial teórico, será utilizada os pressupostos e indicações da Bioética Narrativa (MANCHOLA et al., 2016; MANCHOLA, 2018), e como técnica de análise dos materiais será empregada a análise de conteúdo. A análise quantitativa será realiza por meio do programa SPSS, versão 20.

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br

Continuação do Parecer: 5.134.533

**Desfecho Primário:**

Explorar as vulnerabilidades nas quais as famílias estão expostas.

Tamanho da Amostra no Brasil: 120

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Ver item " Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações "

**Recomendações:**

Não há recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices de ordem ética para a execução da proposta conforme apresentada. Projeto de pesquisa aprovado, pois em consonância com os ditames éticos e legais das Resoluções nºs 466/12 e 510/16, ambas do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê.

Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                 | Arquivo                                                                  | Postagem               | Autor                 | Situação |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1860136.pdf                            | 18/11/2021<br>17:39:56 |                       | Aceito   |
| Outros                         | Justificativa_da_Falta_de_Assinatura_de_Responsavel_por_Instituicoes.pdf | 18/11/2021<br>17:39:14 | Mário Antonio Sanches | Aceito   |

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155

**Bairro:** Prado Velho

**CEP:** 80.215-901

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3271-2103

**Fax:** (41)3271-2103

**E-mail:** nep@pucpr.br

Continuação do Parecer: 5.134.533

|                                                           |                                                   |                        |                       |        |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|--------|
| Folha de Rosto                                            | Estudo_Familias_Vulnerabilidades_FolhaDeRosto.pdf | 17/11/2021<br>16:39:53 | Mário Antonio Sanches | Aceito |
| Outros                                                    | Instrumento_da_pesquisa.pdf                       | 17/11/2021<br>16:36:00 | Mário Antonio Sanches | Aceito |
| Outros                                                    | Pesquisadores_e_link_dos_Lattes.pdf               | 17/11/2021<br>16:35:10 | Mário Antonio Sanches | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Consentimento.pdf                           | 17/11/2021<br>16:34:17 | Mário Antonio Sanches | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Estudo_Familias_Vulnerabilidades.pdf              | 17/11/2021<br>16:33:56 | Mário Antonio Sanches | Aceito |
| Declaração de concordância                                | Modelo_Autorizacao_Instituicao.pdf                | 16/11/2021<br>19:47:13 | Mário Antonio Sanches | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 29 de Novembro de 2021

---

**Assinado por:  
Ana Carla Efig  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição 1155  
**Bairro:** Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br