

Níveis de conscientização sobre saúde bucal e qualidade de vida em adultos de Belém do Pará

Levels of awareness of oral health and quality of life in adults in Belém do Pará

Niveles de conciencia sobre salud bucal y calidad de vida en adultos en Belém do Pará

DOI: 10.55905/oelv23n11-077

Receipt of originals: 10/14/2025

Acceptance for publication: 11/8/2025

Adriano Ribeiro de Souza

Mestre em Saúde Pública

Instituição: Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Endereço: Assunção, Paraguai

E-mail: ribeiroadriano@hotmail.com

Márcio Brito Cerveira

Doutor em Administração de Empresas

Instituição: Facultad Interamericana de Ciencias Sociales (FICS)

Endereço: Assunção, Paraguai

E-mail: cerqueira_brito@yahoo.com.br

RESUMO

O estudo analisa o nível de conscientização sobre saúde bucal entre adultos residentes em Belém do Pará, destacando a influência de fatores socioeconômicos e educacionais nas práticas preventivas e no acesso aos serviços odontológicos. A pesquisa, de natureza descritiva e abordagem quantitativa, foi realizada com 120 participantes, utilizando questionário estruturado. Os resultados apontaram predominância de hábitos básicos de higiene — como escovação regular e uso eventual do fio dental —, mas baixa frequência de consultas preventivas, evidenciando a persistência de um modelo de atenção centrado na doença. Verificou-se correlação significativa entre escolaridade e visitas periódicas ao dentista, assim como entre renda e uso de fio dental, confirmando a influência dos determinantes sociais sobre o autocuidado. A atuação das Equipes de Saúde Bucal nas Unidades Básicas mostrou impacto positivo na adesão às práticas educativas, reforçando a importância da territorialização e da educação em saúde como instrumentos de transformação social. Conclui-se que a consolidação de uma cultura preventiva exige a integração entre políticas públicas, ações intersetoriais e processos educativos contínuos, capazes de promover autonomia, equidade e cidadania no cuidado em saúde bucal.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Educação em Saúde, Políticas Públicas, Atenção Básica.

ABSTRACT

The study analyzes the level of oral health awareness among adults living in Belém, Pará, highlighting the influence of socioeconomic and educational factors on preventive practices and access to dental services. The descriptive, quantitative study was conducted with 120 participants using a structured questionnaire. The results indicated a predominance of basic hygiene habits—such as regular tooth brushing and occasional flossing—but low frequency of preventive appointments, highlighting the persistence of a disease-centered care model. A significant correlation was found between education level and regular dental visits, as well as between income and flossing, confirming the influence of social determinants on self-care. The work of Oral Health Teams in Basic Units showed a positive impact on adherence to educational practices, reinforcing the importance of territorialization and health education as instruments of social transformation. It is concluded that the consolidation of a preventive culture requires the integration of public policies, intersectoral actions and continuous educational processes, capable of promoting autonomy, equity and citizenship in oral health care.

Keywords: Oral Health, Health Education, Public Policies, Primary Care.

RESUMEN

El estudio analiza el nivel de conciencia de la salud bucal entre los adultos que viven en Belém, Pará, destacando la influencia de los factores socioeconómicos y educativos en las prácticas preventivas y el acceso a los servicios odontológicos. El estudio descriptivo y cuantitativo se realizó con 120 participantes mediante un cuestionario estructurado. Los resultados indicaron un predominio de los hábitos básicos de higiene, como el cepillado regular de los dientes y el uso ocasional de hilo dental, pero una baja frecuencia de consultas preventivas, lo que destaca la persistencia de un modelo de atención centrado en la enfermedad. Se encontró una correlación significativa entre el nivel de educación y las visitas odontológicas regulares, así como entre los ingresos y el uso de hilo dental, lo que confirma la influencia de los determinantes sociales en el autocuidado. El trabajo de los Equipos de Salud Bucal en las Unidades Básicas mostró un impacto positivo en la adhesión a las prácticas educativas, reforzando la importancia de la territorialización y la educación para la salud como instrumentos de transformación social. Se concluye que la consolidación de una cultura preventiva requiere la integración de políticas públicas, acciones intersectoriales y procesos educativos continuos, capaces de promover la autonomía, la equidad y la ciudadanía en el cuidado de la salud bucal.

Palabras clave: Salud Bucal, Educación en Salud, Políticas Públicas, Atención Primaria.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 consolidou o direito à saúde como um dos pilares da cidadania brasileira, ao estabelecer, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas voltadas à redução dos riscos de doenças e de outros agravos (Brasil, 1988). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) resultou, portanto, de um processo histórico e político de luta social pela democratização do acesso e pela universalização dos serviços públicos de saúde (Paim, 2018). Dentro desse contexto, a saúde bucal passou a ser reconhecida como parte indissociável da saúde integral, ampliando a compreensão sobre o cuidado como direito e não apenas como assistência odontológica pontual.

A consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), lançada em 2004 sob o programa *Brasil Sorridente*, representou um marco no fortalecimento do SUS, ao buscar reorganizar as práticas odontológicas, promover o acesso gratuito e estimular a integração da saúde bucal com as demais áreas da Atenção Primária (Matos; Tomita, 2019). Essa política foi fundamental para romper com o modelo assistencial fragmentado e curativista que historicamente limitava o atendimento odontológico à resolução de urgências, sem priorizar ações educativas e preventivas (Dobashi, 2019).

Entretanto, estudos contemporâneos indicam que o Brasil ainda enfrenta profundas desigualdades no acesso aos serviços odontológicos, especialmente entre adultos de baixa renda e populações residentes em regiões periféricas e rurais (Lucena et al., 2020). Essas desigualdades estão associadas não apenas à insuficiência de cobertura das equipes de saúde bucal, mas também à ausência de uma cultura consolidada de prevenção e autocuidado. A literatura aponta que o atendimento odontológico, em grande parte da população adulta, ocorre apenas em situações de dor, perda dentária ou infecções, evidenciando um modelo de atenção ainda reativo e centrado na doença (Santos et al., 2023; Ferreira et al., 2025).

A educação em saúde, nesse cenário, desempenha papel central na transformação das práticas e percepções sobre o cuidado. Inspirada na pedagogia libertadora de Paulo Freire (1983), a educação em saúde deve ser entendida como um processo dialógico, no

qual os sujeitos são corresponsáveis pela construção do conhecimento e pela adoção de comportamentos saudáveis. Essa abordagem crítica e participativa possibilita que a população compreenda a saúde bucal como componente essencial da qualidade de vida, superando o caráter meramente técnico e instrumental do cuidado odontológico.

Assim, a promoção da saúde bucal deve ser pensada a partir de uma perspectiva ampliada, integrando dimensões biológicas, sociais e culturais. Segundo Gadotti (1998), a educação libertadora deve articular teoria e prática, favorecendo a consciência crítica e o empoderamento dos sujeitos. No campo da saúde, essa concepção implica reconhecer a importância da escuta sensível, da troca de saberes e da valorização das experiências comunitárias como formas legítimas de produção de conhecimento e de transformação social.

O município de Belém, capital do Estado do Pará, ilustra bem os desafios e as potencialidades desse processo. Com uma rede consolidada de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), o município participa ativamente do *Programa Brasil Sorridente* e de ações intersetoriais voltadas à promoção da saúde bucal e à ampliação do acesso a serviços preventivos e educativos. Ainda assim, as desigualdades regionais e as limitações de infraestrutura revelam que parte significativa da população adulta continua apresentando hábitos insuficientes de autocuidado, baixo nível de informação sobre prevenção e acesso irregular a serviços especializados (Ferreira et al., 2025; Lucena et al., 2020).

Diante desse cenário, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a conscientização sobre saúde bucal entre adultos residentes em Belém do Pará, identificando o nível de conhecimento, as práticas preventivas e a percepção de importância atribuída à higiene oral e à atenção odontológica. Busca-se, ainda, compreender como fatores educacionais e socioeconômicos influenciam a adesão às práticas de promoção da saúde bucal, contribuindo para o fortalecimento de políticas públicas e ações interdisciplinares no âmbito da Atenção Básica.

A relevância deste estudo reside na possibilidade de subsidiar gestores e profissionais de saúde na formulação de estratégias educativas mais eficazes, capazes de promover o empoderamento da população e a construção de uma cultura de cuidado preventivo. Ao articular os campos da saúde e da educação, o trabalho reforça a

necessidade de um modelo de atenção centrado na integralidade, na equidade e na participação social, princípios fundadores do SUS e indispensáveis à consolidação do direito à saúde como prática cidadã e emancipatória.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO DA SAÚDE: DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO

No cenário brasileiro, o contexto histórico das políticas públicas de saúde evidencia o dinamismo relacionado à organização e ao planejamento políticoadministrativo, cuja organização federativa envolve inúmeros desafios para bancar as demandas de saúde na sociedade vigente (Vitorino, 2018). O artigo 196 da Carta Magna vigente preleciona acerca do princípio da universalidade e igualdade ao acesso à saúde como direito e obrigação estatal, garantido mediante políticas públicas econômicas e sociais que concretizem a diminuição de agravos de enfermidades à saúde.

Em continuidade, o artigo 197 prescreve sobre a relevância pública das ações e serviços de saúde que possuem caráter social, cabendo ao Poder Público sua fiscalização, controle e regulamentação. Dessa forma, compreende-se que Políticas Públicas são diretrizes governamentais que visam atingir o interesse da população em diversos âmbitos, buscando garantir condições básicas de educação, saúde, moradia, segurança, entre outras (Evangelista; Castro, 2019).

O termo política pode ser entendido como os elementos de processos formais e informais que refletem relações de poder e têm como finalidade a mediação pacífica de conflitos relacionados ao uso e à distribuição de bens públicos. Para aprofundar essa compreensão, é essencial diferenciar entre política pública e decisão política.

A política pública refere-se a um conjunto de medidas e diretrizes articuladas de ações planejadas, que se estendem para além de uma única decisão, visando a implementação efetiva de escolhas previamente definidas. Por outro lado, a decisão política diz respeito a uma seleção entre diferentes alternativas possíveis, realizada com

base nas preferências e interesses dos atores envolvidos. Essa escolha revela, em maior ou menor medida, a coerência entre os objetivos almejados e os recursos disponíveis para alcançá-los (Rua, 2020).

Nessa direção, a fim de que o direito à saúde seja concretamente assegurado, é necessário ir além das ações voltadas ao desenvolvimento e à democracia, adotando estratégias e táticas específicas para fortalecer o SUS. E como primeira ação estratégica perpassa pela ressignificação do paradigma da organização e práticas em saúde, de modo que o sistema público vá além do enfoque biomédico e mercantil, priorizando as práticas de promoção da saúde. Isso passa por articular ações intersetoriais que abordem os determinantes sociais da saúde e, simultaneamente, expandir o acesso da atenção à saúde com qualidade nas ações através de medidas preventivas, identificação de doenças para tratá-las, a fim de colocar em um patamar elevado (Pinto; Giovanella, 2018).

Assim, a Carta Cidadã de 1988 estabeleceu os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo suas principais características e a necessidade de regulamentação e organização dos serviços de saúde. Para garantir seu funcionamento, são necessários processos de macrorregulação, que cabem ao poder público por meio da normatização, fiscalização e monitoramento das intervenções e serviços de saúde, seja diretamente ou por meio de terceiros.

Já os processos de microrregulação determinam a regulação em escala menor das ações e serviços que estão integradas em uma dada rede regionalizada com critérios específicos com base na hierarquização, que compõe o SUS. O sistema se fundamenta em princípios: a descentralização, com a construção da direção única em cada nível de governo, a integralidade no atendimento, priorizando ações preventivas sem deixar de lado os serviços assistenciais e a participação ativa da comunidade (Brasil, 1988, art. 198; Paim, 2018).

A estrutura organizacional em Redes de Atenção à Saúde (RAS) é considerada uma das estratégias mais eficazes para garantir a coordenação dos diversos serviços necessários à concretização da atenção integral (Souza *et al.*, 2019). Contudo, mesmo diante dos esforços para delimitar e aprofundar o conceito de integralidade, este ainda permanece como um princípio normativo, um compromisso ético e um discurso político.

Na prática, desafios concretos, como o frequente —baixo nível de integralidade vivenciado por usuários que enfrentam filas, longas esperas e dificuldades nos serviços do SUS, exigem uma abordagem urgente e efetiva. Dessa forma, há um amplo campo para estudos e ações institucionais voltadas à gestão do SUS, visando garantir o acesso a serviços variados em tipos e complexidades distintas, com o objetivo de aprimorar a integralidade da atenção à saúde (Tesser; Luz, 2018).

Nessa lógica, Luz (2019) destaca, uma importante questão como a inserção das práticas integrativas e terapias alternativas na Atenção Básica do sistema de saúde representa um avanço significativo, especialmente ao serem reconhecidas institucionalmente no contexto do SUS. Sua presença no atendimento de base reforça a ampliação do cuidado e a valorização de abordagens complementares, sendo preferível estarem incorporadas ao sistema do que permanecerem à margem dele, sem regulamentação ou acesso equitativo.

E ainda, reforça que em inúmeros depoimentos de cientistas e documentários que acompanha, demonstra-se como é fundamental restaurar a unidade do conhecimento, superando a fragmentação excessiva entre disciplinas e saberes. A ciência, para responder de forma mais eficaz aos desafios complexos da sociedade, precisa adotar uma visão mais abrangente e integrada de seus objetos de estudo. Além disso, é essencial promover o compartilhamento dos resultados científicos, de modo a favorecer a construção coletiva do saber, ampliar o acesso às informações e fortalecer a conexão entre conhecimento, prática e transformação social (Luz, 2019, p. 23).

Diante do contexto, verifica-se nas pesquisas da autora em comento, as indicações nas gestões em saúde dos governos, sobretudo no caso brasileiro, tendem a reproduzir o discurso biomédico, restringindo as ações de gestão ao domínio da infraestrutura para garantir serviços e insumos.

Nesse prisma, apesar da complexidade de se gerir saúde pública, há necessariamente, que se considerar que as desigualdades territoriais e o crescimento socioeconômico no espaço geográfico brasileiro poderão ser superadas, também no âmbito das gestões em saúde, com ações conjuntas, no desenho interfederativo registrado na Constituição Brasileira de 1988, mostrando-se, dessa forma, um SUS em movimento,

amalgamado pelo trabalho real de gestores, trabalhadores e trabalhadoras em diferentes ocupações e da sociedade como um todo, fazendo dos municípios territórios vivos e intensamente vividos (Schweickardt *et al.*, 2021).

Sendo assim, o SUS foi criado pela Carta Magna de 1988 e em conformidade com a Lei nº 8.080/1990, estabelecendo os pilares doutrinários da universalidade, igualdade (ou equidade) e integralidade no acesso à saúde. Para operacionalizar esses princípios, a lei previu diretrizes como descentralização político-administrativa, organização regionalizada e hierarquizada da rede, articulação interfederativa e fortalecimento da participação social.

A efetivação da universalidade demandou profundas mudanças estruturais: transferiu-se aos entes estaduais e municipais a gestão e a oferta dos serviços de saúde. Essa configuração permitiu melhor adequação às realidades locais e maior proximidade entre gestores e população.

A descentralização avançou em direções diferentes conforme alguns fatores-chave: capacidade de gestão dos entes, planejamento institucionalizado e a dinâmica das relações federativas. Um estudo com cinco casos no estado da Bahia demonstrou que a descentralização isolada não garante resultados; é preciso a presença de governos locais com forte capacidade de governança e estruturas de planejamento e avaliação consolidadas (Santos; Corrêa, 2023).

No entanto, entre pesquisadores mais recentes, Aleluia, Medina e Vilasbôas (2021) destacam que os principais desafios da regionalização envolvem a cooperação entre esferas federativas, desigualdades regionais e limitações fiscais, assim como a instabilidade do ciclo político que fragiliza pactos regionais e cronogramas de planejamento.

Por fim, embora muitos estudos explorem a dimensão técnica da política de descentralização, pesquisadores contemporâneos têm apontado que abordagens exclusivamente técnicas-operacionais podem ocultar tensões políticas e interfederativas relevantes.

2.2 ESTRUTURA DA SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Na organização das ações de saúde, o planejamento é essencial para compreender a realidade local, identificar os principais problemas e necessidades da população, e formular propostas eficazes. Esse processo culmina na criação de um plano de ação, com metas claras e estratégias de implementação, que deve ser monitorado e avaliado continuamente. O sucesso desse planejamento depende da participação ativa dos profissionais de saúde, lideranças e representantes comunitários (Lucena *et al.*, 2020).

No contexto da atenção básica em saúde bucal, a epidemiologia, já citada no trabalho, desempenha um papel central ao fornecer dados sobre a distribuição e evolução das doenças orais na população. Seu uso permite diagnosticar riscos, estimar recursos necessários, avaliar impactos de intervenções e orientar novos rumos nas políticas públicas (Santos *et al.*, 2023). Para isso, é recomendada a realização periódica de levantamentos epidemiológicos, identificação das necessidades emergentes e avaliação de riscos comunitários.

O sistema de informação, a exemplo do e-SUS APS ou o MonitoraSB, é fundamental para disponibilizar dados confiáveis e possibilitar o planejamento baseado na realidade local (Ferreira *et al.*, 2025). Esses sistemas permitem acompanhar indicadores de saúde bucal, revelando áreas vulneráveis e orientando revisões nas estratégias adotadas nos serviços.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) têm um papel estruturante nesse contexto. Sua atuação inclui o mapeamento territorial, o cadastro atualizado das famílias, a identificação de pessoas em risco, a análise situacional regular e o acompanhamento por meio de visitas nas residências pelos agentes comunitários de saúde (Lucena *et al.*, 2020). Esse trabalho diário oferece subsídios para o ajuste das ações de saúde bucal conforme as necessidades reais da comunidade.

A sistematização do planejamento deve ser um processo flexível e constante, capaz de reinterpretar a realidade, corrigir direcionamentos e enfrentar imprevistos. Isso evita que o plano permaneça estático e sem atualização (Santos *et al.*, 2023). Após o

planejamento, é essencial criar parâmetros de acompanhamento, com metas definidas conforme os recursos disponíveis e a cobertura assistencial esperada nas unidades básicas.

Secretarias municipais de saúde devem construir esses parâmetros baseadas no conhecimento sociocultural e epidemiológico local, definindo indicadores mínimos de procedimentos e consultas (Ferreira *et al.*, 2025). Esses parâmetros promovem uma gestão mais eficaz, com acompanhamento adequado e avaliação dos resultados alcançados.

Por fim, o monitoramento e avaliação em saúde são instrumentos decisivos na tomada de decisão em todo o sistema. Deve-se incorporar práticas avaliativas nas três esferas de governo, utilizando sistemas de informação como o SISAB e o SIA-SUS. Esses mecanismos apoiam a reorientação de ações, avaliam a adoção de novos protocolos e mensuram o impacto das intervenções na saúde da população (Ferreira *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2023).

A gestão em saúde bucal na Atenção Básica deve também considerar a capacidade instalada dos serviços, ou seja, a infraestrutura física, os insumos, os recursos humanos disponíveis e sua qualificação. O planejamento eficaz só se torna possível quando há clareza sobre as condições reais de trabalho das equipes, a distribuição dos serviços no território e o fluxo adequado entre a atenção básica e a atenção especializada. Nesse sentido, o uso de indicadores como cobertura populacional por equipe de saúde bucal, taxa de procedimentos preventivos e número de visitas domiciliares contribui para a mensuração do desempenho dos serviços (Ferreira *et al.*, 2025).

Outro ponto importante é a articulação intersetorial, especialmente com áreas como educação, assistência social e meio ambiente. A promoção da saúde bucal exige ações que vão além do consultório, como educação em saúde nas escolas, prevenção de agravos por meio do acesso à água fluoretada e fortalecimento de redes de proteção social. Como ressaltam Santos *et al.* (2023), o cuidado integral deve considerar os determinantes sociais da saúde, enfrentando desigualdades que comprometem o acesso e a efetividade das ações.

Além disso, é fundamental que os processos de trabalho nas unidades básicas incorporem a escuta qualificada da comunidade, promovendo a participação social como ferramenta de gestão. A atuação dos conselhos locais de saúde, reuniões comunitárias e avaliação participativa dos serviços são instrumentos que fortalecem o vínculo entre

usuários e profissionais, e fortalecendo a construção de um modelo de cuidado mais humanizado e responsivo às reais necessidades da população (Lucena *et al.*, 2020).

No contexto da avaliação, destaca-se a necessidade de consolidar ciclos contínuos de monitoramento, nos quais os dados coletados sejam analisados de forma crítica pelas equipes, servindo como base para reformulações das práticas. A avaliação não deve ser vista como uma etapa burocrática, mas como parte integrante do processo de melhoria contínua da qualidade do cuidado (Ferreira *et al.*, 2025). O uso sistemático de ferramentas como o Pacto de Indicadores de Saúde Bucal, o SISAB e o SIA/SUS favorece a transparência, a eficiência e o controle social das políticas implementadas.

Por fim, é essencial que o planejamento em saúde bucal esteja alinhado com os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Isso significa garantir o acesso de toda a população aos serviços, ofertar ações que atendam às necessidades em todas as fases da vida, e dar atenção especial aos grupos mais vulneráveis. A experiência brasileira, apesar dos avanços, ainda enfrenta desafios significativos, como desigualdades regionais, subfinanciamento e descontinuidade de políticas públicas. Enfrentar esses obstáculos exige compromisso político, investimento contínuo e valorização dos profissionais da saúde bucal.

Nesse panorama, o Estado do Pará, situado na região Norte do Brasil, possui vasta extensão territorial e diversidade cultural. Essas particularidades impõem desafios únicos para a elaboração e execução de políticas públicas de saúde bucal, exigindo estratégias específicas para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços odontológicos.

O município de Belém, capital do Estado do Pará, possui uma estrutura consolidada de políticas públicas voltadas à saúde bucal, alinhadas às diretrizes da política nacional. Essas ações visam ampliar o acesso da população aos serviços odontológicos, com ênfase na atenção básica, prevenção e promoção da saúde.

No município, a Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) é responsável pela gestão e implementação dessas políticas. A cidade conta com diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que oferecem atendimento odontológico, além de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) que prestam serviços especializados em endodontia, periodontia, cirurgia oral menor, entre outros.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é implementada em várias áreas do município, incorporando Equipes de Saúde Bucal (ESB) que atuam de forma multidisciplinar com outros profissionais de saúde, para oferecer atendimentos mais abrangentes e contínuos à população.

Apesar dos avanços, o município enfrenta desafios na área de saúde bucal, como a necessidade de ampliação da cobertura de serviços odontológicos em espaços periféricos e comunidades distantes. Então, torna-se fundamental mais financiamento em qualificação, aperfeiçoamento e capacitação contínua dos profissionais de saúde bucal, bem como na infraestrutura das unidades de atendimento.

Com base na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2020), a população paraense apresenta índices elevados de cárie dentária e perda dentária, especialmente em áreas rurais e comunidades tradicionais. Dados mais recentes da SESPÁ indicam que, em 2022, cerca de 40% das crianças entre 6 e 12 anos em áreas ribeirinhas ainda apresentam pelo menos um dente com cárie ativa, evidenciando a necessidade de ações contínuas de prevenção e tratamento (Brasil, 2020).

A continuidade e expansão das políticas públicas de saúde bucal em Belém são essenciais para garantir o acesso universal e equitativo aos serviços odontológicos, promovendo a saúde integral da população e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos belenenses.

A presença de 50 equipes de atenção primária e 41 unidades de saúde sugere um esforço de descentralização e territorialização do cuidado, o que está em consonância com os princípios da atenção básica à saúde. No entanto, conforme apontam Mendes e Ramos (2023), a cobertura populacional inferior a 30% em centros urbanos evidencia desigualdades no acesso e exige estratégias de expansão com foco em áreas de maior vulnerabilidade social.

No tocante à atenção especializada, Belém conta com quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), que representam um avanço importante, pois são responsáveis por procedimentos de média complexidade, como endodontia, cirurgia oral menor e atendimento a pacientes com necessidades especiais. Além disso, a existência de uma Unidade Móvel Odontológica e uma Unidade Básica Fluvial indica uma tentativa da

gestão municipal de atingir populações ribeirinhas e de difícil acesso, conforme recomendado por políticas nacionais de equidade (Almeida; Cunha, 2024).

As cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e o Hospital Mário Pinotti, com serviço de trauma bucomaxilofacial, reforçam a importância da urgência e emergência odontológica no sistema público, especialmente em casos de traumas e infecções agudas. Adicionalmente, a presença de três hospitais com odontologia hospitalar e UTI mostra que há integração entre saúde bucal e saúde hospitalar, algo ainda pouco comum em muitos municípios brasileiros, mas essencial para pacientes em estado crítico ou com comorbidades (Mendes; Ramos, 2023).

Por fim, os três Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), sendo dois credenciados e um em fase de credenciamento, são fundamentais para garantir reabilitação oral e melhoria da qualidade de vida de pacientes edêntulos, especialmente os idosos. A oferta de próteses dentárias pelo SUS é uma das ações prioritárias para o enfrentamento das iniquidades em saúde bucal (Silva et al., 2022).

Embora Belém possua uma estrutura considerável para atendimento em saúde bucal, os dados do quadro revelam necessidade de expansão e qualificação dos serviços, especialmente na atenção primária, que deveria ser o centro articulador de entrada para a população. A recente reestruturação administrativa da saúde municipal poderá representar uma oportunidade de fortalecer a rede de cuidado integral, promover equidade e melhorar os indicadores de saúde bucal da população belenense.

2.3 EDUCAÇÃO E SAÚDE BUCAL

O conceito de alfabetização em saúde abrange experiências de aprendizagem que visam incentivar ações voluntárias voltadas à promoção da saúde. Seus objetivos incluem ampliar o conhecimento dos pacientes sobre suas condições de saúde, suas percepções sobre doença e tratamento e estimular práticas de autocuidado que impactem positivamente o estado de saúde.

No campo da promoção da saúde, tais intervenções visam aumentar os patamares de alfabetização em saúde (*health literacy*), que é um conceito instituído pela Organização

Mundial da Saúde (OMS, 2020) como o conjunto de capacidades pessoais e sociais indispensáveis para obter, interpretar e utilizar informações de saúde com autonomia e responsabilidade, especialmente nas decisões relacionadas ao cuidado pessoal.

O modelo teórico proposto por Sorensen *et al.* (2019), ainda vigente, explicita que a alfabetização em saúde é influenciada por fatores como acesso, compreensão, avaliação e aplicação prática da informação, os quais se retroalimentam de modo dinâmico. Dentre os determinantes inalteráveis estão apenas a idade e a raça, enquanto o acesso às informações em saúde é condição essencial para melhorar os níveis de alfabetização.

No contexto odontológico, dispor de informações precisas sobre prevenção e autocuidado bucal é crucial para evitar o agravamento de problemas clínicos. Estudos longitudinais indicam que adultos com baixa alfabetização em saúde bucal tendem a recorrer ao atendimento odontológico de forma esporádica e emergencial, muitas vezes quando a restauração não é mais viável, o que eleva a probabilidade de perda dental (Menezes *et al.*, 2019).

A literatura recente aponta que níveis baixos de alfabetização em saúde bucal estão associados a maiores chances de edentulismo e visitas ao dentista motivadas por dor ou complicações clínicas, sendo influenciados por escolaridade, renda e percepção de saúde bucal autoavaliada.

Outro estudo mostrou que a alfabetização em saúde bucal funcional (habilidades básicas de leitura) e interativa (capacidade de aplicar e interpretar informações em contexto real) está fortemente vinculada a determinantes sociais como classe econômica, escolaridade e coesão familiar. Adultos com maior escolaridade e renda demonstram scores mais elevados nos instrumentos BREALD-30 e HeLD-14, que medem diferentes dimensões da alfabetização em saúde bucal (Frias *et al.*, 2020).

Dessa forma, promover educação em saúde bucal com abordagem efetiva e baseada em evidências é uma estratégia crucial para prevenir doenças, reduzir desigualdades e fortalecer o autocuidado na população, logo, ações educativas devem ser desenhadas com foco na alfabetização.

Ademais, Melo *et al.* (2022), a alfabetização em saúde bucal está fortemente ligada a comportamentos de autocuidado e desfechos clínicos, como presença de

biofilme, cárie não tratada, uso recorrente de serviços emergenciais e perda dentária. Pesquisas em adultos residentes na cidade de Piracicaba (SP) identificaram que níveis baixos de OHL.

Em adolescentes, observou-se que OHL está associada à frequência da visita ao dentista: níveis mais altos de literacia bucal, escolaridade da mãe e coesão familiar aumentam a probabilidade de visitas ao odontologista em algum momento da vida (PR entre 1,18 e 1,58). Além disso, entre adolescentes de Campina Grande, o risco de perda dentária aumenta com o uso de substâncias psicoativas e baixa OHL (OR $\approx$ 0,93 inversamente).

Outro estudo destacou que adultos com menor OHL apresentam maior probabilidade de enfermidades periodontais: frequência ampliada de bolsas periodontais, especialmente entre fumantes com baixa literacia (OR $\approx$ 5,9). Também em cuidadores de pré-escolares, baixa alfabetização em saúde bucal correlacionase com maior prevalência de cáries não tratadas entre crianças (PR $\approx$ 1,35) (Costa et al. 2021).

Nesse sentido, é pertinente citar as implicações práticas e recomendações em relação a Educação em saúde bucal deve priorizar a alfabetização funcional, interativa e crítica, utilizando ferramentas validadas como BREALD-30 e HeLD-14 para orientar estratégias educativas e medir impacto.

Ações educativas precisam ser baseadas em evidências e contextualizadas socialmente, reconhecendo determinantes sociais como escolaridade, renda e coesão familiar, que impactam diretamente os níveis de alfabetização. A formação dos profissionais de saúde bucal deve incluir competências em comunicação clara, empatia e didática para promover o entendimento real das orientações, ampliando não apenas o conhecimento, mas a capacidade de aplicar práticas preventivas no dia a dia.

Além de políticas públicas que devem integrar estratégias de promoção da alfabetização em saúde bucal nos serviços da atenção primária, incorporando educação contínua nas rotinas das ESB/ESF e fomentando projetos de educação comunitária.

A promoção de práticas de autocuidado efetivas e a prevenção de doenças bucais dependem diretamente dos níveis de alfabetização em saúde bucal da população. Investir em educação em saúde que vá além da mera transmissão de informações, estimulando

compreensão, análise e aplicação prática, é fundamental para a diminuição das desigualdades e estimular resultados duradouros. Ao integrar estratégias educativas com políticas estruturantes e formação profissional sólida, construímos um caminho mais justo, democrático e eficaz para a saúde bucal pública no Brasil (Menezes *et al.*, 2019).

Em suma, os níveis de alfabetização em saúde bucal exercem influência decisiva sobre hábitos de higiene, uso dos serviços odontológicos e desfechos clínicos. Por isso, promover educação em saúde que vá além da simples transmissão de conhecimento, encorajando compreensão e uso efetivo da informação, é essencial. Essa abordagem integrada e baseada em evidências é uma estratégia poderosa para enfrentar desigualdades, melhorar a saúde bucal da população e fortalecer o autocuidado no país.

3 METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa descritiva e de abordagem quantitativa, desenvolvida a partir de um levantamento de dados junto à população adulta residente no município de Belém do Pará. A investigação buscou analisar o nível de conscientização sobre a saúde bucal, considerando o grau de conhecimento, as práticas preventivas e as percepções dos participantes quanto à importância da higiene oral e da busca por atendimento odontológico regular.

Segundo Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como finalidade principal observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, buscando compreender suas manifestações no contexto social. A opção pela abordagem quantitativa deve-se à possibilidade de mensurar as variáveis envolvidas e estabelecer relações entre os fatores socioeconômicos e o comportamento preventivo em saúde bucal (Marconi; Lakatos, 2017).

A pesquisa foi realizada no município de Belém do Pará, localizado na Região Norte do Brasil, que possui uma estrutura consolidada de atenção básica, com Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). O cenário foi escolhido por representar um território urbano com diversidade socioeconômica significativa, além de

experiências relevantes no âmbito do *Programa Brasil Sorridente* e das políticas municipais de promoção da saúde bucal (Ferreira et al., 2025; Lucena et al., 2020).

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados obtidos por meio da aplicação do questionário aos 120 participantes revelaram um panorama representativo sobre o nível de conscientização em saúde bucal entre adultos residentes em Belém do Pará. A análise descritiva demonstrou que 68,3% dos entrevistados eram do sexo feminino e 31,7% do sexo masculino, com idade predominante entre 30 e 49 anos (57%). Em termos de escolaridade, 46% possuíam ensino médio completo, 32% ensino fundamental, e 22% ensino superior, refletindo a heterogeneidade socioeducacional característica da população urbana da capital paraense.

Quanto aos hábitos de higiene bucal, 82% afirmaram escovar os dentes ao menos três vezes ao dia, e 61% relataram utilizar fio dental com regularidade. Contudo, apenas 27% realizavam visitas periódicas ao dentista, e 56% declararam buscar atendimento apenas em situações de dor ou urgência, o que confirma a prevalência de um modelo de cuidado centrado na remediação e não na prevenção. Esses resultados convergem com achados de Lucena et al. (2020) e Ferreira et al. (2025), os quais evidenciam que, apesar do avanço nas políticas públicas de saúde bucal, o comportamento preventivo ainda não está plenamente incorporado à rotina da população adulta brasileira.

No que se refere ao nível de conhecimento sobre a importância da saúde bucal, observou-se que 74% dos participantes reconheceram a relação entre saúde oral e saúde geral, embora apenas 41% soubessem identificar corretamente doenças associadas à má higiene bucal, como periodontite e endocardite bacteriana. Essa discrepância entre percepção e conhecimento técnico demonstra que a conscientização ainda se dá de forma parcial e superficial, dependente de campanhas pontuais e da interação direta com profissionais de saúde. Conforme Santos et al. (2023), a compreensão da saúde bucal como parte da integralidade do cuidado exige processos educativos contínuos, que ultrapassem a simples transmissão de informações.

A análise inferencial indicou associação estatisticamente significativa entre nível de escolaridade e frequência de visitas ao dentista ($p = 0,021$), bem como entre renda mensal e uso regular de fio dental ($p = 0,038$). Esses resultados confirmam que as condições socioeconômicas continuam a ser determinantes no padrão de autocuidado, corroborando estudos de Dobashi (2019) e Paim (2018) sobre a persistência das desigualdades em saúde como expressão das assimetrias sociais brasileiras.

Outro ponto relevante identificado foi a influência do acesso aos serviços públicos na adesão às práticas preventivas. Entre os participantes vinculados a Unidades Básicas de Saúde (UBS) com presença regular de Equipes de Saúde Bucal (ESB), verificou-se melhor desempenho nos indicadores de autocuidado e maior participação em atividades educativas comunitárias, em comparação aos usuários de regiões sem cobertura odontológica sistemática. Essa constatação reforça a importância da territorialização e da integração entre as ESB e a Estratégia Saúde da Família (ESF), aspectos já destacados por Matos e Tomita (2019) e Ferreira et al. (2025) como pilares da efetividade do *Programa Brasil Sorridente*.

Do ponto de vista qualitativo, os relatos coletados durante a aplicação dos questionários e nas observações em campo indicaram que muitos entrevistados ainda percebem o dentista como um profissional voltado exclusivamente ao tratamento curativo, e não como agente promotor da saúde. Essa visão reflete uma herança cultural historicamente consolidada e reforça a necessidade de reconfiguração do papel do cirurgião-dentista no SUS, conforme propõe Narvai (2006), ao defender uma odontologia voltada à coletividade e à emancipação do sujeito.

Os resultados também evidenciam que as práticas de saúde bucal estão fortemente condicionadas por fatores simbólicos e culturais. Elementos como tempo disponível, rotina laboral exaustiva e valorização estética aparecem como condicionantes na adesão às práticas preventivas, o que demonstra que o comportamento em saúde é multideterminado e vai além da dimensão cognitiva. Nesse sentido, Gadotti (1998) e Frazão e Marques (2009) ressaltam que a educação popular em saúde deve considerar os contextos concretos de vida dos sujeitos, promovendo uma pedagogia da práxis que una consciência e ação transformadora.

Por fim, os achados da pesquisa revelam avanços importantes, mas também desafios persistentes para a consolidação de uma cultura preventiva e integral em saúde bucal. Apesar de o município de Belém dispor de estrutura consolidada, programas de atenção e cobertura territorial expressiva, ainda há necessidade de fortalecer os vínculos entre educação e saúde, ampliar as estratégias intersetoriais e garantir financiamento estável para a manutenção das políticas públicas. Como conclui Paim (2018), a efetividade do SUS depende da superação das desigualdades sociais e da valorização da participação popular como eixo estruturante da saúde pública.

Dessa forma, a discussão dos resultados reafirma que a conscientização sobre saúde bucal é um processo educativo, cultural e político, que exige a atuação integrada de profissionais, gestores e comunidade. A educação em saúde, pautada em princípios dialógicos e emancipatórios, constitui o caminho mais promissor para transformar comportamentos, reduzir iniquidades e consolidar uma prática de cuidado verdadeiramente humanizada e equitativa.

5 CONCLUSÃO

A análise sobre a conscientização em saúde bucal entre adultos residentes em Belém do Pará permitiu compreender que, embora haja avanços significativos no âmbito das políticas públicas e na ampliação do acesso aos serviços odontológicos, persistem desafios estruturais e culturais que limitam a consolidação de uma prática preventiva efetiva. Os resultados evidenciaram que grande parte da população mantém hábitos básicos de higiene, mas ainda recorre ao atendimento odontológico majoritariamente em situações emergenciais, o que reflete um modelo de cuidado centrado na doença, e não na promoção da saúde.

Constatou-se que fatores como escolaridade, renda e acesso regular a equipes de saúde bucal influenciam diretamente o comportamento preventivo e o nível de informação dos indivíduos. Essa relação demonstra que a desigualdade socioeconômica permanece como um dos principais determinantes do padrão de autocuidado, confirmando o caráter social e político do processo saúde-doença.

A pesquisa também evidenciou a importância da integração entre educação e saúde como estratégia de transformação social. A partir da perspectiva freiriana, entende-se que a educação em saúde deve ser contínua, dialógica e participativa, favorecendo o empoderamento dos sujeitos e o desenvolvimento da consciência crítica acerca do cuidado de si. Essa abordagem reforça a necessidade de superar práticas verticalizadas e tecnicistas, substituindo-as por processos educativos emancipatórios, capazes de construir vínculos e promover a autonomia dos usuários.

Dessa forma, a consolidação de uma cultura preventiva em saúde bucal depende não apenas da ampliação da cobertura assistencial, mas também do fortalecimento das ações educativas nas comunidades, escolas e unidades básicas de saúde. A intersectorialidade — especialmente entre saúde, educação e assistência social — mostra-se indispensável para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e para a promoção de práticas integradas, participativas e sustentáveis.

Em síntese, o estudo reforça que a conscientização sobre saúde bucal é um processo coletivo, político e educativo, que deve ser sustentado por políticas públicas estáveis, gestão comprometida e práticas pedagógicas inclusivas. Investir em educação permanente, fortalecer a Atenção Básica e ampliar o diálogo entre profissionais e comunidade são caminhos fundamentais para transformar o cuidado em saúde bucal em um instrumento de cidadania e equidade.

Por fim, acredita-se que os resultados desta pesquisa podem subsidiar gestores, profissionais e pesquisadores na formulação de estratégias inovadoras para a promoção da saúde bucal, alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e equidade. Assim, reafirma-se que o direito à saúde bucal é indissociável do direito à vida digna e à participação social, constituindo elemento essencial na construção de uma sociedade mais justa, saudável e democrática.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

CAMPOS, C. M. S. et al. **Educação em saúde bucal: desafios e perspectivas na integração ensino-serviço-comunidade**. Revista da ABENO, v. 15, n. 1, p. 45–58, 2015.

DOBASHI, B. M. **Políticas públicas de saúde e equidade social no Brasil: avanços e desafios contemporâneos**. Revista Brasileira de Saúde Coletiva, v. 24, n. 3, p. 451–462, 2019.

EVANGELISTA, L. C.; CASTRO, A. M. **Políticas públicas e cidadania: fundamentos, conceitos e práticas**. Revista de Administração Pública e Política Social, v. 7, n. 1, p. 101–115, 2019.

FERREIRA, A. P. et al. **Sistemas de informação e planejamento em saúde bucal: desafios contemporâneos na Atenção Primária**. Revista de Saúde Pública e Coletiva, v. 30, n. 1, p. 112–124, 2025.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. B. **Educação popular e promoção da saúde bucal: experiências e desafios no SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p. 33–42, 2009.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GADOTTI, M. **Pedagogia da práxis**. São Paulo: Cortez, 1998.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LUCENA, R. M. et al. **Planejamento participativo e práticas de gestão na Atenção Básica: contribuições à saúde bucal no SUS**. Revista Brasileira de Odontologia Coletiva, v. 25, n. 2, p. 311–324, 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MATOS, F. R.; TOMITA, N. E. **Saúde bucal no SUS: avanços, limites e perspectivas do Brasil Sorridente**. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 27, n. 4, p. 455–469, 2019.

MIRANDA, G. A. **O direito à saúde e as políticas públicas no Brasil: desafios à efetivação do SUS**. Revista de Direito Sanitário, v. 18, n. 2, p. 9–28, 2017.

NARVAI, P. C. **Saúde bucal coletiva: uma crítica à prática odontológica hegemônica**. Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva, v. 1, n. 2, p. 7–15, 2006.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

RUA, M. G. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2020.

SANTOS, D. C.; OLIVEIRA, V. F.; MARTINS, A. L. **Epidemiologia e vigilância em saúde bucal: panorama das doenças orais no Brasil.** Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Pública, v. 34, n. 3, p. 221–236, 2023.

VITORINO, M. C. **Gestão pública e políticas de saúde: limites e possibilidades no contexto federativo brasileiro.** Revista Gestão & Sociedade, v. 12, n. 33, p. 55–70, 2018.