

**THAIS CRISTINA VASCONCELOS RAMOS**

**ANÁLISE DO PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR CONCERNENTE  
À SAÚDE BUCAL: FATORES DETERMINANTES E IMPLICAÇÕES  
DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa, como  
parte das exigências do Programa de  
Pós-Graduação em Economia  
Doméstica, para obtenção do título de  
*Magister Scientiae*.

**VIÇOSA  
MINAS GERAIS – BRASIL  
2011**

**THAIS CRISTINA VASCONCELOS RAMOS**

**ANÁLISE DO PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR CONCERNENTE  
À SAÚDE BUCAL: FATORES DETERMINANTES E IMPLICAÇÕES  
DO TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa, como  
parte das exigências do Programa de  
Pós-Graduação em Economia  
Doméstica, para obtenção do título de  
*Magister Scientiae*.

APROVADA EM: 30 de março de 2011.

---

Profa. Karla Maria Damiano Teixeira  
(Coorientadora)

---

Profa. Andréa Maria Duarte Vargas  
(Coorientadora)

---

Profa. Simone Caldas Tavares Mafra

---

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira

---

Profa. Maria das Dores Saraiva de Loreto  
(Orientadora)

*O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem. O que Deus quer, é ver a gente aprendendo a ser capaz de ficar alegre a mais no meio da alegria, e ainda mais alegre no meio da tristeza! Só assim, de repente, na horinha em que se quer, de propósito, por coragem.*

*João Guimarães Rosa  
Grande Sertão Veredas*

*Dedico este trabalho a Deus, por permitir que eu tenha oportunidades na vida e, através delas, possa aprender cada vez mais; aos meus pais, Jesus e Sandra, por tanto amor e dedicação e pelos grandes ensinamentos; ao Fábio, meu amor, por entender minhas ausências, me incentivar e me fazer feliz.*

## AGRADECIMENTOS

Às minhas irmãs, Thelma e Thalita, pelo companheirismo e amizade.

À minha orientadora, Prof. Dorinha, pelos ensinamentos, carinho, confiança e por sua sabedoria.

Às professoras Karla Damiano e Andréa Vargas, pelo apoio, atenção e colaboração na co-orientação deste trabalho.

Aos professores Flávio Godinho, Ivan Vieira e Neimar, pelo apoio ao desenvolvimento do Minter.

Aos colegas do Minter, Aline, Arnaldo, Dênis, Érik, Helainne, Joelma, Lina, Márcia, Margarida, Mariângela, Ronaldo, Stella, Vinícius, e também do mestrado convencional, Alessandra e Rita, pela amizade, companheirismo e pelos ótimos momentos juntos.

Aos colegas da Assistência Estudantil do IFMG Campus Bambuí, Ana Kelly, Andréia, Joel, José Maria, Júlio, Heloísa, Márcia, Rogério e Tays, pelos incentivos e compreensão nos momentos de ausência.

Às amigas que fiz durante minha permanência em Viçosa, Aline, Nazaré e Carol, pelo carinho.

À Helena, pela acolhida; Luana, pelo cuidado; Letícia, por sua importância em minha vida, minha irmãzinha querida.

Ao meu padrinho, Tio Nilson, pelo auxílio imprescindível.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

À UFV, pela acolhida.

## **BIOGRAFIA**

**THAIS CRISTINA VASCONCELOS RAMOS**, filha de Jesus da Silva Ramos e Sandra Maria Pinheiro Vasconcelos Ramos, nascida aos 26 dias do mês de agosto de 1981, em Formiga, Minas Gerais.

Cursou o ensino fundamental e o médio no Colégio Santa Teresinha, na cidade de Formiga/MG, concluindo-o no ano de 1999.

Em março de 2001, ingressou no curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, em Belo Horizonte/MG. Tornou-se especialista em Odontologia em Saúde Coletiva, pela mesma instituição, em junho de 2006.

Em março de 2009, na Universidade Federal de Viçosa, iniciou o Programa de Pós Graduação em Economia Doméstica, a nível de mestrado, tendo como linha de pesquisa “Família, bem estar social e qualidade de vida”, submetendo-se à defesa da Dissertação em março de 2011.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	ix
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	x
<b>RESUMO</b> .....	xi
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii
<b>1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM</b> .....	1
<b>2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	4
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	6
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	7
4.1 Caracterização da pesquisa .....	7
4.2 População e amostra .....	8
4.3 Instrumentos de coleta de dados .....	9
4.4 Variáveis de análise .....	9
4.5 Procedimentos de análise dos dados .....	10
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1 – ARTIGO ORIGINAL</b>	
<b>O CENÁRIO DA SAÚDE BUCAL E SUA PRÁTICA CONCRETA</b> .....	13
<b>RESUMO</b> .....	14
<b>ABSTRACT</b> .....	15
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	17
<b>3 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	18
3.1 Sistemas de organização do mercado odontológico: uma análise histórica .....	18
3.1.1 O setor público .....	18
3.1.2 A prática liberal .....	23
3.1.3 Sistema suplementar ou privatizado .....	24
3.2 O cenário brasileiro e mineiro acerca da saúde bucal .....	25
3.3 Percepção sobre a prática ortodôntica: o caso dos dentistas de Bambuí/MG.....	27

<b>4 CONCLUSÕES</b> .....	32
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	34

## **CAPÍTULO 2 – ARTIGO ORIGINAL**

<b>SAÚDE BUCAL E TRATAMENTO ORTODÔNTICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE BAMBUÍ/ MG</b> .....	37
<b>RESUMO</b> .....	38
<b>ABSTRACT</b> .....	39
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	40
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b> .....	41
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	44
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	46
4.1 Características sócioeconômicas das famílias .....	46
4.2 Representações quanto à saúde bucal .....	47
4.3 Representações quanto ao tratamento ortodôntico .....	51
<b>5 CONCLUSÕES</b> .....	54
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	55

## **CAPÍTULO 3 – ARTIGO ORIGINAL**

<b>PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR QUANTO AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO</b> .....	58
<b>RESUMO</b> .....	59
<b>ABSTRACT</b> .....	60
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	61
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	62
2.1 Fatores determinantes do consumo de produtos e serviços .....	62
2.2 O processo decisório: papéis e etapas .....	64
2.2.1 Reconhecimento de necessidades .....	66
2.2.2 Busca de informações .....	66
2.2.3 Avaliação das alternativas .....	67
2.2.4 Decisão de compra .....	67
2.2.5 Avaliação pós compra ou feedback .....	68

2.3 Implicações do processo decisório no sistema família .....	68
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>70</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>72</b>
4.1 Etapas do processo decisório .....	73
4.2 Papéis nas compras familiares .....	79
4.3 Implicações nos subsistemas pessoal e administrativo .....	81
<b>5 CONCLUSÕES .....</b>	<b>85</b>
<b>6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>86</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>93</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1:	O processo decisório do consumidor .....	69
Figura 2:	Dinâmica intrassistêmica: indivíduos como subsistemas do sistema familiar .....	73

## LISTA DE SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIB	Produto Interno Bruto
UFV	Universidade Federal de Viçosa
EUA	Estados Unidos da América
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CD	Cirurgião Dentista
CRO	Conselho Regional de Odontologia
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
MEC	Ministério da Educação
POF	Pesquisa Orçamentária Familiar

## RESUMO

RAMOS, Thais Cristina Vasconcelos, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2011. **Análise do processo decisório familiar concernente à saúde bucal: fatores determinantes e implicações do tratamento ortodôntico.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Coorientadoras: Karla Maria Damiano Teixeira e Andréa Maria Duarte Vargas.

As oclusopatias possuem alta prevalência em adolescentes brasileiros. Porém, mesmo com a Política Nacional de Saúde Bucal, que oferece à população uma rede de tratamentos odontológicos especializados, o serviço de ortodontia na saúde pública ainda é muito incipiente. Neste sentido, pressupõe-se que, a partir das diversas demandas e necessidades da família, esta deverá buscar alocação e manejo eficiente de seus recursos. Sendo assim, esta pesquisa objetivou analisar como a família percebe, estrutura e se organiza, em termos do processo de tomada de decisão relativo à saúde bucal, examinando seus fatores determinantes e implicações sobre os subsistemas pessoal e administrativo da unidade familiar. Mais especificamente, buscou-se caracterizar a saúde bucal no cenário brasileiro e mineiro, caracterizando o desenvolvimento das políticas de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde bucal, e o exercício da prática ortodôntica, em função das percepções dos ortodontistas do município de Bambuí/MG sobre o contexto de saúde bucal, bem como sobre o tratamento e o processo decisório familiar. Além disso, foram analisadas as representações sociais das mães acerca da saúde bucal e do tratamento ortodôntico, a fim de se entender qual o sentido e o significado atribuídos pelo segmento materno a estes serviços. Posteriormente, foram identificados os papéis, as etapas e os fatores intervenientes no processo decisório referente ao uso do aparelho ortodôntico pelo adolescente, bem como suas implicações sobre os subsistemas pessoal e administrativo da família. Como procedimento metodológico, foi feito uso da pesquisa documental sobre dados da Odontologia no Brasil e em Minas Gerais, como também de entrevistas semiestruturadas com ortodontistas e com mães ou responsáveis por adolescentes que são submetidos a tratamento ortodôntico, no município de Bambuí/MG. Os profissionais foram entrevistados em sua totalidade, enquanto que a amostra das mães foi definida por critério de

quotas, relacionado ao número de famílias repassadas à pesquisadora por cada dentista. Os resultados mostraram uma diversificação do mercado de trabalho odontológico, porém, com o exercício predominantemente privado e com a prática clínica ainda centrada no modelo curativista e normativo. A ortodontia é a especialidade que mais desperta interesse em dentistas, sendo a região Sudeste do Brasil a que mais concentra ortodontistas. Em nível local, os odontólogos ressaltaram os avanços na Odontologia local, com maior conhecimento da população por serviços de saúde bucal. Além disso, destacaram os baixos valores cobrados pelos procedimentos clínicos, muitas vezes, fruto da baixa renda da população de Bambuí/MG e do aumento do número de profissionais. Com relação ao processo decisório, os ortodontistas identificam as mães como tomadoras de decisão quanto ao tratamento, sendo a estética ou a insatisfação com a aparência dento facial o principal motivo pela procura do serviço ortodôntico. As mães associam a saúde bucal à ausência de doença. Seu significado é traduzido em termos de cuidado, simbolizado por idas ao dentista, higiene e tratamento curativo. A aparência e a estética são consideradas essenciais para uma boa saúde bucal, sendo o tratamento ortodôntico o símbolo da conquista de dentes “perfeitos”. Assim, as mães revelaram-se como componente essencial para o desenvolvimento das etapas do processo decisório, sendo seus comportamentos cognitivo e afetivo determinantes das estratégias de promoção da saúde bucal. A mudança no uso dos recursos familiares, em termos de realocação e manejo, envolveu decisões por prioridades, fundamentadas na lógica da produção simbólica, com reflexos sobre o subsistema administrativo familiar, cujo orçamento sofreu reajustes e controle de gastos, com a finalidade de manter o tratamento ortodôntico dos filhos e buscar a adaptabilidade do sistema familiar.

## ABSTRACT

RAMOS, Thais Cristina Vasconcelos, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, March, 2011. **Analysis of the family decision making process concerning oral health: decisive factors and implications in orthodontic treatment.** Adviser: Maria das Dores Saraiva de Loreto. Co-Advisers: Karla Maria Damiano Teixeira and Andréa Maria Duarte Vargas.

Malocclusions have high incidence among teenagers; however, notwithstanding fact that the National Politics of Oral Health offers the population a net of specialized dental treatments, the service of orthodontics in the public health system is still very incipient. In this sense, it is estimated that, from the diverse demands and necessities of the family, this will have to look for allocation and management of its resources for the accomplishment of the orthodontic treatment. Being thus, this research aimed to analyze as the family perceives, structures and organizes itself in terms of the decision-making process regarding oral health, examining its determinative factors and implications on the personal and administrative subsystem of the familiar unit. More specifically, this paper aimed to characterize oral health in the Brazilian and Minas Gerais state scenario, taking in account the development of the politics of prevention, promotion, recovery and maintenance of oral health; the exercise of orthodontic practice, as to the perceptions of the orthodontists from Bambuí/MG regarding oral health, as well as the treatment and the familiar decision process. Moreover, mothers social representations concerning oral health and orthodontic treatment were analyzed, in order to understand the sense and meaning attributed by the maternal segment to these services. Later, were identified the roles, stages and intervenient factors on the decision process related to the use of orthodontic appliances by the adolescent, as well as its implications on the personal and administrative subsystem of the family. The methodology consisted of a documentary research on dentistry data, in Brazil and Minas Gerais, as well as half-structured interviews with orthodontists and mothers, or another responsible person, of the teenagers submitted to orthodontic treatment in the city of Bambuí. The professionals were interviewed in their totality, whereas the mothers sample was defined by quota criterion, related to the number of families indicated by each dentist. The results showed a diversification of the dentistry labor market, even though the practice is

predominantly private and still centered in the curative and normative model. Orthodontics is the specialty that arouses more interest among dentists, and southeastern Brazil is the region that concentrates the highest number of orthodontists. At a local level, the orthodontists emphasized the advances of dentistry in the city, with greater knowledge of the population about oral health services. Moreover, they highlighted the low fees charged for the clinical procedures, as being due to the population low income as well as to the increasing number of professionals. When it concerns the decision process, the orthodontists identify mothers as the decision-makers of the treatment, being aesthetic or the insatisfaction with the dentofacial appearance the main reason for the demand for orthodontic services. Oral health is associated, by the mothers, to the absence of diseases. Its meaning is translated into care, which is symbolized by dental appointments, hygiene and curative treatment. The appearance and the aesthetics are considered essential for a good oral health, being the orthodontic treatment the symbol of the acquisition of “perfect” teeth. Thus, mothers showed as essential components for the development of the stages of the decision process, being their cognitive and affective behavior determinant of the strategies for the promotion of oral health. The change in use of the familiar resources, in terms of reallocation and management, involved setting priorities, based on the logic of the symbolic production, with consequences on the familiar administrative subsystem, whose budget suffered readjustments and expenses control, with the purpose of keeping up the orthodontic treatment of their children and search for the adaptability of the familiar system, considering its social insertion.

## **1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: A TEMÁTICA DO ESTUDO E SUA ABORDAGEM**

O conceito de saúde tem sido muito discutido nos últimos anos e seu significado vem sendo ampliado ao longo do tempo. A saúde deixou de ser estudada como ausência de doenças, passando a ser considerada como um estado de bem-estar físico, mental e social, sendo um meio, isto é, um recurso para a vida das pessoas, e não o objetivo da vida.

A saúde é considerada como um dos elementos da qualidade de vida, a qual, segundo disposto no artigo 3 da Lei 8080, de 1990 (BRASIL,1990), tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Considerando que a saúde bucal é um componente indissociável da saúde geral, a compreensão de seus determinantes e implicações se faz importante. Segundo Narvai (2001, p.1), a saúde bucal é conceituada como sendo:

“um conjunto de condições objetivas (biológicas) e subjetivas (psicológicas), que possibilita ao ser humano exercer funções como mastigação, deglutição, fonação e também, tendo em vista a dimensão estética inerente à região anatômica, exercitar a auto-estima e relacionar-se socialmente sem inibição ou constrangimento.”  
(NARVAI, 2001, p.1)

De acordo com esta concepção, Domingues et al. (2008) afirmam que a saúde bucal é o resultado da harmonia entre as condições objetivas e subjetivas do ser humano, sendo esta a função da prática odontológica e das ações necessárias à sua produção, tanto no âmbito da sociedade quanto no acompanhamento preventivo-terapêutico realizado pelo dentista.

O Relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003) reconhece que as doenças bucais causam dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, acarretando prejuízos em níveis individual e coletivo. Dentre as patologias bucais mais prevalentes, estão as oclusopatias, que compreendem os problemas relacionados ao crescimento e desenvolvimento que afetam a oclusão dos dentes, sendo indicados os tratamentos ortodônticos, na expectativa de melhorar a aparência e a função mastigatória dos indivíduos.

Entretanto, para “entender” saúde, é preciso que se vá além de aspectos clínicos e biomédicos.

Essa concepção é compartilhada por Domingues et al. (2008), ao afirmarem que, embora a Odontologia se ocupe do sistema estomatognático e comporte especialidades variadas (como a reabilitação oral, a ortodontia, a endodontia), esta deveria ser sempre considerada em suas relações e integração com o corpo físico e o psíquico do ser humano. Exemplificando, o aparelho ortodôntico é visto, na maioria das situações, como objeto de consumo e desejo.

Contudo, na maioria das vezes, ocorre o contrário, ou seja, a prática odontológica tende a reduzir o paciente à cavidade bucal, desconsiderando o restante do corpo físico e de tudo o que está no seu entorno, com prejuízos ao conhecimento do paciente como um todo e com implicações sobre um adequado diagnóstico e tratamento.

Ademais, tendo em vista os conhecimentos atuais sobre o processo saúde-doença, sabe-se que promover saúde, e, portanto, saúde bucal, é tão necessário quanto desafiador num país em que uma grande porcentagem da população apresenta edentulismo, dentes cariados, problemas periodontais, ortodônticos e estéticos (DOMINGUES et al., 2008).

Entretanto, em função da escassez de recursos enfrentada pela maioria das famílias e do significativo custo do tratamento ortodôntico, problemas de saúde bucal não têm tido a prioridade exigida, com impacto na vida pessoal e social dos indivíduos, bem como na economia das famílias. O pressuposto central é de que a família, face às suas prioridades e disponibilidade de recursos, se organiza para enfrentar os desafios e tarefas da vida, tomando decisões que atendam às necessidades de seus membros.

A tomada de decisão é o termo utilizado para descrever o processo pelo qual famílias fazem escolhas entre duas ou mais alternativas, realizam julgamentos e chegam a conclusões que levam a determinadas atitudes. É um processo diário e inevitável, que está fortemente relacionado a valores (TURNER, 2010; GOLDSMITH, 2010). Valores são ideias que se tem do que é lícito ou ilícito. São guias para orientar a conduta, servindo de critérios para a seleção de objetivos, ajudando a avaliar e julgar, alocar recursos, ter discernimento para a tomada de decisões, entre outras tarefas, desempenhando papel fundamental nas decisões familiares (TEIXEIRA, 2005).

Segundo Turner (2010), as decisões familiares podem ser de vários tipos, como as instrumentais (aspectos funcionais, como provisão de dinheiro, moradia, comida, etc.); afetivas (sentimentos e emoções); sociais (valores, papéis e metas familiares); econômicas (escolhas sobre a utilização dos recursos financeiros); e técnicas (envolvem subdecisões para se chegar a uma decisão principal).

Por outro lado, como ressaltam Levy e Lee (2004), o processo decisório familiar possui uma série de estágios, que podem sofrer influências de seus membros, tanto diretas ou indiretas, verbais ou não verbais, embora não esteja claro exatamente quantas fases um indivíduo atravessa, antes de fazer uma escolha final. Porém, segundo Silva (2006), quatro etapas são citadas na maioria das pesquisas sobre processo decisório, sendo elas: reconhecimento da necessidade, busca de informações, avaliação das alternativas e escolha final.

Embora pareça que o processo decisório seja um processo linear, alguns autores, como Fisher (1970), Gersick (1988) e Lee e Marshall (1998), citados por Levy e Lee (2004), consideram que o processo de tomada de decisão pode avançar em ciclos interativos, e não, necessariamente, em uma ordem linear. Tudo começa com um planejamento e acaba com a avaliação final, sendo esta apontada por Teixeira (2005) como crucial para a administração dos recursos familiares.

Face a essa breve incursão introdutória, justifica-se o trabalho em questão, que tem como foco a análise do processo decisório na família, com relação à saúde bucal, em especial ao serviço ortodôntico.

Além disso, existe a motivação da pesquisadora para o desenvolvimento dessa pesquisa, quando, a partir de sua experiência em um serviço público de saúde, observou que muitos adolescentes faziam uso de aparelhos ortodônticos e, como este tratamento é realizado, principalmente no âmbito de consultórios odontológicos privados, questionou-se se sua realização poderia interferir na dinâmica do sistema familiar e em seu bem-estar. A partir desse ponto, buscou-se também sanar outros questionamentos, como a distribuição dos ortodontistas no mercado de trabalho no Brasil e também se estes profissionais conseguem perceber algo sobre o processo decisório da família. Com o desenvolver do estudo, percebeu-se a importância de pesquisar sobre as representações sociais a respeito da saúde bucal e do tratamento

ortodôntico, pois o sentido e significado desses assuntos influenciam as escolhas familiares e, conseqüentemente, as tomadas de decisão.

## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA**

O problema desta investigação atém-se ao fato de que o serviço ortodôntico no Sistema Único de Saúde ainda é muito incipiente. Portanto, os indivíduos que consideram necessário realizar esse tipo de tratamento têm acesso ao mesmo somente no âmbito privado e, em poucos casos, na saúde suplementar. Com isso, há necessidade de dispêndio de recursos financeiros, o que pode gerar um impacto na economia das famílias, fazendo com que as mesmas, face às suas prioridades e disponibilidade de recursos, se organizem e tomem decisões que atendam às necessidades de seus membros.

Levy e Lee (2004), ao analisarem as decisões familiares, explicitam que há poucas pesquisas sobre a avaliação dos processos decisórios e, em se tratando do assunto desta pesquisa, praticamente inexistem estudos sobre o processo decisório relativo ao tratamento odontológico e ortodôntico.

Goldsmith (2010) direciona o processo de tomada de decisão dos indivíduos/famílias sob proposições gerais, com o propósito de identificar estilos de administração. O estilo adotado é, para essa autora, derivado do estudo da administração de recursos, visto como essencial para o bem-estar familiar, como ressaltam Lee (2000), Turkki (1999) e Fujimoto e Aoki (1999).

Na visão de Teixeira (2005), a administração de recursos na família vai além do uso de recursos financeiros, pois abrange também a tomada de decisão, solução de problemas e negociação, tanto do poder quanto de diferentes papéis e funções, compreendendo:

“O processo administrativo inicia-se a partir do momento em que a pessoa identifica um problema ou coisa que ela necessita ou deseja. A partir dessa identificação, o indivíduo verifica se suas necessidades ou desejos estão de acordo com seus valores e identifica recursos necessários para atingir determinada meta. Em seguida, ele decide, planeja e implementa ações a fim de atingir certo objetivo.”  
(TEIXEIRA, 2005, p. 13)

A referida autora considera que o elemento comum entre o processo de decisão e a administração de recursos é a realização de escolhas, que envolvem julgamentos sobre a essencialidade do bem ou serviço, visando determinados fins. Segundo Solomon (2008), há um forte envolvimento do

consumidor com produtos e serviços percebidos como necessários, que o motivam a despender esforços para a sua obtenção e satisfação. Enfim, o envolvimento é dependente da relevância do produto ou serviço para aquela pessoa, com base em suas necessidades, valores, interesses inerentes e percepções.

Assim, o consumo de produtos e serviços, mais especificamente o serviço de saúde bucal, gera na família a necessidade de tomada de decisão e de se fazer escolhas, que podem ser individuais ou coletivas, envolvendo um processo de abordagem da necessidade até a atitude de se usar aparelho ortodôntico. Além disso, pressupõe-se que as escolhas são influenciadas pelas representações dos responsáveis ou tomadores de decisão acerca da saúde bucal e de seus reflexos na qualidade de vida. Sendo assim, considera-se importante, no estudo em questão, identificar a percepção do responsável familiar ou tomador de decisão acerca da saúde bucal.

Ao situar um estudo de representações sociais sobre saúde bucal e tratamento odontológico, cabe contextualizar a pesquisa qualitativa realizada por Domingues et al. (2008), com mães usuárias de um serviço público de saúde, que fez uso de entrevista semiestruturada no processo de coleta dos dados e da análise de conteúdo. Os resultados mostraram que, para as mães, a saúde bucal está relacionada com normas de higiene e dietéticas e também com a ida ao dentista, restringindo-se na preocupação com a estética e pouco com a função. A humanização no atendimento e competência do profissional emergiram como dois aspectos importantes, que podem estar influenciando o processo decisório, quanto ao tratamento odontológico.

Nesse contexto, problematiza-se que a decisão familiar pelo uso do aparelho ortodôntico por um dos membros pauta-se na priorização de necessidades pessoais e familiares, havendo uma canalização dos recursos financeiros em médio prazo, principalmente para as famílias de baixa renda, o que interferirá nos subsistemas pessoal e administrativo<sup>1</sup> das unidades familiares. Além disso, pressupõe-se que o ato de colocar um aparelho, além de sofrer a influência dos profissionais de saúde e dos grupos de referência,

---

<sup>1</sup> O Subsistema Pessoal envolve os subsistemas de desenvolvimento e de valores, representando a composição do desenvolvimento cognitivo, sociopsicológico e espiritual. O Subsistema Administrativo refere-se ao processamento ou transformação dos *Inputs* em *Output* (DEACON e FIREBAUGH, 1988)

família, papéis sociais e *status*, encontra-se fortemente impregnado de cultura simbolicamente construída, constituindo-se as representações sociais da família.

Logo, considerando a realidade da saúde bucal local e as representações sociais da família, em especial da mãe, a pesquisa procurou responder aos seguintes questionamentos: como se concretiza a decisão familiar, no caso do serviço de ortodontia? Como e por quem são tomadas as decisões? Quais são suas etapas e fatores determinantes, bem como suas implicações sobre os subsistemas pessoal e administrativo das unidades familiares?

Considera-se que a resposta a esses questionamentos envolve a construção e ampliação de conhecimentos necessários ao público envolvido com a saúde bucal, que possam contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal da população brasileira.

### **3 OBJETIVOS**

Esta pesquisa objetivou analisar como a família percebe, estrutura e se organiza em termos do processo de tomada de decisão relativo à saúde bucal, examinando seus fatores determinantes e implicações sobre os subsistemas pessoal e administrativo da unidade familiar.

Assim, especificamente, buscou-se:

- Caracterizar o cenário brasileiro e mineiro acerca da saúde bucal, especialmente no que diz respeito ao desenvolvimento das políticas de prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde bucal, bem como ao exercício da prática ortodôntica;
- Analisar as percepções dos ortodontistas sobre o contexto de saúde bucal local, bem como sobre o tratamento e o processo decisório familiar, contemplando as dificuldades, desafios e avanços do município de Bambuí/MG, nesse campo da saúde;
- Examinar as características socioeconômicas das famílias estudadas;
- Analisar as representações sociais das mães acerca da saúde bucal e do tratamento ortodôntico;

- Identificar os papéis, as etapas e os fatores intervenientes do processo decisório referente ao uso do aparelho ortodôntico por um dos membros da família;
- Analisar as implicações do processo de decisão familiar concernente ao serviço ortodôntico sobre os subsistemas pessoal e administrativo da unidade familiar.

A partir dos objetivos específicos, foram estruturados os capítulos da pesquisa em pauta, sob a forma de artigos científicos. O primeiro artigo tratou de uma revisão bibliográfica acerca do mercado de trabalho odontológico no Brasil e em Minas Gerais, além de analisar o exercício da prática ortodôntica, em função das percepções dos ortodontistas do município de Bambuí/MG sobre o contexto de saúde bucal, bem como sobre o tratamento e o processo decisório familiar. O segundo artigo examinou as características socioeconômicas das famílias bambuienses, bem como analisou as representações sociais das mães acerca da saúde bucal e do tratamento ortodôntico, a fim de se entender qual o sentido e significado atribuídos pelo segmento materno a estes serviços. O terceiro artigo identificou os papéis, as etapas e os fatores intervenientes no processo decisório referente ao uso do aparelho ortodôntico pelo adolescente, bem como suas implicações sobre os subsistemas pessoal e administrativo da família.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA**

O presente trabalho, caracterizado como uma pesquisa exploratória e descritiva, foi realizado na cidade de Bambuí/MG, que se situa na região Centro-oeste de Minas Gerais, a 270 km da capital, Belo Horizonte. Pertence à microrregião de Piumhi, juntamente com os municípios de Iguatama, Medeiros, Córrego Danta, Doloresópolis, Piumhi, São Roque de Minas, Tapiraí e Vargem Bonita.

O município possui 22.488 habitantes, segundo dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), e conta com rede de atendimento à saúde bucal composta por 33 cirurgiões dentistas.

Caracteriza-se por um município em que a economia é voltada para a agricultura, uma vez que este setor representa 36,51% do PIB de Bambuí/MG, enquanto o da indústria respondeu por 9,99% e o do setor de serviços por 53,5%, segundo dados do IBGE (2008).

## **4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Sendo o objeto de estudo a saúde bucal no contexto da ortodontia, a população foi constituída por 9 dentistas que praticam a especialidade ortodôntica e por 57 famílias de adolescentes, com idade entre 12 a 18 anos, que estão no final do tratamento ortodôntico. O tempo restante de tratamento do adolescente foi de, no máximo, 6 meses, sendo estabelecido por meio de avaliação do próprio dentista.

A amostra de profissionais pesquisados constituiu-se de 7 dentistas, uma vez que um ortodontista recusou-se a participar do estudo e o outro encontrava-se em férias no período da coleta de dados. A seleção das famílias dos adolescentes atendidos pelos ortodontistas foi intencional por acessibilidade e utilizou o modelo de quotas proporcionais ao número de cadastro das famílias concedidas por cada profissional, considerando-se os dados repassados por 6 dentistas, devido ao fato de 1 dos ortodontistas pesquisados não ter concedido dados sobre seus pacientes. Assim, foram entrevistadas 17 unidades familiares, ao invés das 12 necessárias para o estudo, segundo o critério das quotas, devido a uma acessibilidade maior às famílias. Esse tipo de seleção permitiu examinar o processo decisório de unidades familiares de diferentes extratos socioeconômicos, pela existência de profissionais da classe alta e também os preferenciais das classes média e baixa.

Participaram do estudo apenas os voluntários que concordaram com a pesquisa e que confirmaram sua participação, através da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV), sob o parecer nº 073, de junho de 2010.

#### 4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos de coleta de dados utilizados neste estudo envolveram pesquisa documental sobre o cenário da saúde bucal, em especial das políticas e das práticas concretas da ortodontia, além de entrevistas semiestruturadas<sup>2</sup>, aplicadas junto aos ortodontistas, acerca das dificuldades, desafios e avanços da saúde bucal e da especialidade ortodôntica no município de Bambuí/MG, bem como sua percepção sobre o tratamento e o processo decisório da família.

Utilizou-se também um questionário sobre características socioeconômicas da família e entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado com a mãe ou responsável pelo adolescente, tendo como foco: as representações sociais sobre saúde bucal e tratamento ortodôntico e o processo decisório familiar (papéis, fatores determinantes, etapas e implicações) concernente ao serviço ortodôntico.

#### 4.4 CATEGORIAS DE ANÁLISE

Como o instrumento de coleta dos dados foi uma entrevista semiestruturada, a mesma seguiu um roteiro que permitiu aos sujeitos se expressarem a respeito do tema do processo decisório familiar quanto ao tratamento ortodôntico.

Os eixos temáticos foram distribuídos da seguinte forma:

- *Percepção dos ortodontistas*: opinião dos dentistas acerca dos principais desafios, dificuldades e avanços do serviço ortodôntico em Bambuí/MG, além de analisar sua percepção quanto à necessidade de tratamento, de como é feita a indicação dessa necessidade para o paciente e qual sua visão sobre o processo decisório familiar e as estratégias adotadas pela família para iniciar o tratamento;
- *Características socioeconômicas familiares*: tamanho da família; número de filhos, sexo e faixa etária; nível de escolaridade e

---

<sup>2</sup> Laville e Dionne (1999) caracterizam a entrevista semiestruturada como uma série de perguntas abertas, feitas de forma verbal, em uma ordem prevista, mas que podem gerar desdobramentos, caso o pesquisador acrescente perguntas de esclarecimento.

condição de ocupação dos membros familiares; renda média e *per capita* da família;

- *Representação social*: opinião das mães ou responsável sobre o que é saúde bucal e o significado do tratamento ortodôntico;
- *Papéis concernentes à decisão de consumo do serviço ortodôntico*: como se deu a decisão acerca do uso do “aparelho” no filho adolescente, quem identificou a necessidade, se houve algum influenciador, quem tomou a decisão de que o adolescente deveria colocar aparelho, quem o levou ao dentista e efetuou o contrato;
- *Etapas no processo decisório*: como se percebeu a necessidade (aspectos funcionais ou emocionais→estéticos); como se buscou informações sobre o tratamento: memória ou fontes externas (amigos, propagandas, etc.); como se deu a escolha do profissional, influenciada por quais fatores; se mais algum membro da família necessita de aparelho, como foi feita a escolha de qual faria o tratamento; como é feita a avaliação do responsável sobre o tratamento, se respondeu às suas expectativas.
- *Implicações nos subsistemas pessoal e administrativo*: em que o tratamento ortodôntico interferiu nas demandas, formas de relacionamento e manejo dos recursos da família? Como se deu o processo de comunicação e decisão entre os membros, face à necessidade do tratamento ortodôntico? Como foram conciliados os interesses individuais, visando à coesão e funcionalidade do sistema familiar? Foi feito algum planejamento para o uso dos recursos financeiros, bem como ajustes e controle dos gastos familiares e de que forma?

#### **4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS**

Conforme Gil (1994), o objetivo da análise de dados é descrever, interpretar e explicar os dados coletados, de maneira que venha responder às questões formuladas no estudo, sendo que a decisão sobre os métodos e

técnicas de análise utilizada depende da natureza dos dados obtidos e do tipo de informações e relações desejadas.

No estudo em questão, os dados foram analisados por meio de instrumentos de estatística descritiva para descrição do perfil familiar, pesquisa documental referente às políticas e práticas concernentes à saúde bucal, e também pela análise de conteúdo das falas acerca da saúde bucal e decisão sobre o tratamento ortodôntico, por meio da análise temática.

Segundo Minayo (2004), esta modalidade de análise segue três fases: leitura flutuante; identificação das categorias, por meio das convergências ou divergências das falas dos sujeitos; e elaboração da temática do estudo, refletindo as concepções das políticas e práticas da saúde bucal, no que diz respeito à ortodontia.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>>. Acesso em: 10/03/2010.

DOMINGUES, Sidney Marcel; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte; NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum.** v.18, n. 1, p. 66-78, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4.ed. São Paulo : Atlas, 1994.

GOLDSMITH, Elizabeth Beard. **Resource Management.** Disponível em: <<http://family.jrank.org/pages/1398/Resource-Management>>. Acesso em: 10/02/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf>>. Acesso em: 17/11/2010.

\_\_\_\_\_. **Produto Interno Bruto 2007.** Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber:** manual de metodologia da pesquisa em ciencias humanas. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEE, Christina Kwai-Choi; MARSHALL, Roger. Measuring influence in the family decision making process using an observational method. **Qualitative Market Research: An International Journal**, v. 1 (2): 88-98, 1998.

LEVY ,Deborah S.; LEE, Christina Kwai-Choi . The influence of family members on housing purchase decisions. **Journal of Property Investment & Finance**, 22(4): 320-338, 2004.

MACKLIN R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L. **Bioética: Poder e Injustiça**. São Paulo: Loyola; 2003. p. 59-70

MARCONI, Marina A., LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 3 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

NARVAI, Paulo Capel. **Saúde Bucal e incapacidade bucal**. *Jornal do Site Odonto*. Ano III, n. 45, out, 2001. Disponível em:  
<<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel10.htm>>  
Acesso em 20/02/2010.

SILVA, Neusa Maria. **Educação do Consumidor**. Viçosa: UFV, 2006

SOLOMON, Michael R. **O comportamento do consumidor**: comprando, possuindo e sendo. Porto Alegre: Bookman, 2008. 680 p.

TEIXEIRA, Karla Maria Damiano. **A administração de recursos na família**: Quem? Como? Por quê? Para quê?. Viçosa: Ed UFV, 2005.

TURNER, Lynn H. **Decision Making**. Disponível em:  
<<http://family.jrank.org/pages/358/Decision-Making>>. Acesso em 14/02/2010.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION; FAO - FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva, 2003. (WHO Technical Report Series, 916).

## **CAPÍTULO 1 - ARTIGO ORIGINAL**

### **O CENÁRIO DA SAÚDE BUCAL E SUA PRÁTICA CONCRETA: PERCEPÇÃO DOS ORTODONTISTAS DO MUNICÍPIO DE BAMBUÍ/MG**

## **O CENÁRIO DA SAÚDE BUCAL E SUA PRÁTICA CONCRETA: PERCEPÇÃO DOS ORTODONTISTAS DO MUNICÍPIO DE BAMBUI/MG**

**Thais Cristina Vasconcelos Ramos (M. Sc.); Maria das Dores Saraiva de Loreto (Orientadora); Andréa Maria Duarte Vargas (Coorientadora); Karla Maria Damiano Teixeira (Coorientadora).**

### **RESUMO**

Neste estudo, foi feito um breve histórico dos sistemas de organização do mercado de trabalho odontológico, enfatizando o exercício da especialidade ortodôntica, além de analisar a percepção dos ortodontistas do município de Bambuí/MG acerca da saúde bucal e de aspectos referentes ao tratamento e ao processo de decisão familiar. A metodologia, de natureza qualitativa, constituiu-se de uma pesquisa bibliográfica acerca do cenário odontológico brasileiro e mineiro e de entrevistas semiestruturadas com 7 dos 9 profissionais que trabalham com ortodontia no município de Bambuí/MG, localizado na região Centro-oeste de Minas Gerais. Os resultados indicam uma tendência diversificada do mercado odontológico, reconhecendo-se a existência de outras opções de trabalho, além do exercício privado. O exercício da prática continua centrado no modelo biomédico, mecânico, individual e normativo, sem considerar uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença. Pode-se perceber que há um grande número de profissionais com interesse pela especialização em ortodontia, concentrados, principalmente, na região Sudeste do Brasil. Em nível local, os ortodontistas de Bambuí/MG apontam o baixo poder aquisitivo da população e o aumento na oferta de profissionais como sendo responsáveis pela redução dos valores cobrados pelos procedimentos. Contudo, ressaltam a importância destes novos dentistas em Bambuí/MG como fontes de informação e conhecimento para a população em relação à saúde bucal. Quanto ao processo decisório do tratamento ortodôntico, as mães foram identificadas como responsáveis pela tomada de decisão, sendo a estética ou a aparência o principal fator pela busca desse tipo de tratamento.

Palavras-chave: Mercado de trabalho, Ortodontia, Saúde Bucal.

## **ABSTRACT**

### **ORAL HEALTH SCENARIO AND ITS ACTUAL PRACTICE: PERCEPTION OF THE ORTHODONTISTS IN THE CITY OF BAMBUÍ (MG)**

**Thais Cristina Vasconcelos Ramos (Msc); Maria das Dores Saraiva de Loreto (Adviser); Andréa Maria Duarte Vargas (Co-Adviser); Karla Maria Damiano Teixeira (Co-Adviser).**

In this study, a brief history of the dentistry labor market organization system was made, emphasizing the exercise of the orthodontic specialty, as well as analyzing the perception of the orthodontists from the city of Bambuí MG, regarding oral health, and aspects that refers to the treatment and the familial decision-making process. The methodology of qualitative nature consisted of a bibliographical research, concerning the Brazilian and Minas Gerais state dentistry scenario, and semi-structured interviews with seven out of the nine professionals who work with orthodontics in the city of Bambuí, located in Midwestern Minas Gerais. The results indicate a diversified tendency in the dentistry labor market, recognizing the existence of other working options, in addition to the private exercise. However, the practice is still centered in the biomedical model, mechanical, individual and normative, without considering a wider approach to the health-disease process. It can be perceived that there are a large number of professionals interested in orthodontics specialization, concentrated mainly in the Southeastern Region of Brazil. At a local level, the orthodontists of Bambuí/MG point out the low purchasing power of the population and the increasing number of professionals as the main reasons for the reduction of the values charged for the procedures. However, they stress the importance of these new dentists in Bambuí, as sources of information and knowledge for the population concerning oral health. As for the decision-making process, concerning orthodontic treatment, mothers were identified as responsible for taking the decision, being aesthetics or appearance the main factor for the quest for this type of treatment.

**Keywords:** Labor market, Orthodontics, Oral Health.

## 1 INTRODUÇÃO

Houve, nos últimos anos, profundas modificações na tendência do mercado de trabalho em Odontologia. A inserção profissional voltada para a prática liberal foi, gradativamente, se alterando, fazendo com que a procura por emprego assalariado passasse a ser considerada por um número maior de egressos dos cursos de graduação em Odontologia. Além disso, muitos profissionais que, durante anos, exerceram somente a prática liberal, estão migrando para os serviços públicos, em função das dificuldades atuais do mercado, somando-se aos egressos na tentativa do primeiro emprego (ARANTES et al., 2009).

A categoria está exposta a novas situações, como o declínio da doença cárie, a abertura desenfreada de cursos de Odontologia e a imposição dos planos e convênios odontológicos. Outra questão relevante na análise do mercado de trabalho é que, em decorrência da crise no modelo liberal da profissão, muitos profissionais estão se submetendo aos convênios, planos e credenciamentos odontológicos, como forma de aumentar a receita e/ou preencher horários ociosos.

Nesse sentido, o mercado de saúde se diferencia, economicamente, dos outros por não possuir uma interação entre oferta e demanda de uma maneira convencional, devido ao fato de ser, somente em parte, regulado pelos preços. A necessidade de serviços médicos e odontológicos pode ser percebida pelo paciente, que toma a decisão de procurar o profissional, porém, muitas vezes, o prestador, que detém o conhecimento, é quem identifica a demanda, fazendo com que o consumo seja diferente daquele em que o próprio consumidor tem informação suficiente para escolher, livremente, o que deseja (PINTO, 2000).

Segundo o referido autor, outros fatores também são determinantes no mercado da saúde, como o poder que o profissional tem de convencer o paciente a realizar serviços não essenciais; o prestígio ou confiança no dentista, o que possibilita a este impor honorários superiores aos do mercado; a inexistência de controle do Estado sobre preços máximos e mínimos; a não redução da clientela e nem queda nos preços pelo aumento da oferta de profissionais, devido à capacidade destes de criar sua própria demanda; e a restrição nas propagandas, devido ao código de ética profissional.

Neste contexto, os objetivos deste artigo constituem-se em uma pesquisa bibliográfica acerca do mercado odontológico no cenário brasileiro e mineiro, enfatizando o exercício da especialidade ortodôntica nos diferentes sistemas de organização (liberal, privatizado e público), além de analisar as percepções dos dentistas que praticam ortodontia no município de Bambuí/MG, enfatizando os desafios, dificuldades e avanços da saúde bucal, bem como os aspectos referentes ao tratamento e ao processo decisório familiar.

## **2 METODOLOGIA**

A metodologia, de natureza qualitativa, foi baseada em pesquisa documental sobre o cenário e práticas concretas de ortodontia no Brasil e em Minas Gerais, complementada com entrevista semiestruturada junto aos dentistas que trabalham na cidade de Bambuí/MG, que se situa na região Centro-oeste de Minas Gerais, a 270 km da capital, Belo Horizonte. O município possui 22.488 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), e conta com rede de atendimento à saúde bucal composta por 33 cirurgiões dentistas, sendo que 9 destes trabalham na especialidade de ortodontia<sup>3</sup>.

Sendo o objeto de estudo a saúde bucal no contexto da ortodontia, a amostra foi constituída por 7 ortodontistas do município. A população de ortodontistas não foi pesquisada em sua totalidade, devido ao fato de 2 dentistas serem excluídos, um que optou por não participar da pesquisa e outro por estar em férias no período de coleta dos dados.

A pesquisa documental foi feita através de livros e artigos de periódicos sobre o tema e também através da Internet, em sites como Scielo, Pub Med e Google Acadêmico. As entrevistas foram realizadas nos consultórios dos dentistas, durante os meses de junho e julho de 2010, sendo gravadas com o consentimento destes. Posteriormente, as falas foram transcritas e os dados categorizados e analisados, tematicamente.

A análise do conteúdo dos documentos e das falas acerca da percepção dos dentistas sobre a saúde bucal, o tratamento ortodôntico e os processos

---

<sup>3</sup> Neste estudo, foram considerados todos os profissionais que trabalham com a especialidade de Ortodontia, não sendo os mesmos, necessariamente, especialistas na área.

decisórios foi examinada por meio da análise temática, que, segundo Minayo (2004), segue três fases: leitura flutuante; identificação das categorias, por meio das convergências ou divergências das falas dos sujeitos; e elaboração da temática do estudo.

As categorias de análise envolveram: a) dificuldades e desafios do tratamento ortodôntico no município de Bambuí/MG; b) avanços da saúde bucal e ortodontia no município; c) necessidade de tratamento; d) maior peso para a família no processo decisório; e) etapas do processo decisório; f) estratégias da família; g) quem toma a decisão; h) interferência do adolescente; i) influência do sexo ou faixa etária no processo decisório concernente à ortodontia.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 SISTEMAS DE ORGANIZAÇÃO DO MERCADO ODONTOLÓGICO: UMA ANÁLISE HISTÓRICA**

##### **3.1.1 SETOR PÚBLICO**

Segundo Paim e Teixeira (2006), citados por Moysés et al. (2008), a política de saúde é a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado), face às condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes. Para Moysés et al. (2008), a política de saúde envolve estudos sobre o papel do Estado e suas reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui, ainda, estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

Ao fazer uma breve revisão histórica das políticas públicas brasileiras concernentes à Odontologia, constata-se que, no período colonial, a presença do Estado se deu pelas interferências nas atividades dos mestres de ofício (cirurgiões e barbeiros), que deveriam ter uma licença da Corte para exercer suas funções. Com a vinda da Família Real Portuguesa ao Brasil, instituiu-se a formação de recursos humanos especializados na área da saúde, através dos primeiros cursos médicos, estabelecidos no Rio de Janeiro e na Bahia, sendo que o ensino de Farmácia, Enfermagem e Odontologia estavam anexos ao de Medicina. O curso de Odontologia foi instituído através do Decreto nº 9311, de

25 de outubro de 1884, nessas mesmas instituições. Nesta época, a Odontologia era vista como profissão eminentemente artesanal (ROSENTHAL, 2001). A assistência do Estado era realizada nas Forças Armadas e em algumas Santas Casas de Misericórdia.

Na República, sobretudo a partir de 1930, houve várias transformações no sistema de regulação educacional e profissional no Brasil, com aprovações de dispositivos legais, com o objetivo de reformas no ensino e na regulamentação das profissões. Segundo Rosenthal (2001), em 04/12/1933, foi aprovado o decreto nº 23540, que restringia o exercício das atividades odontológicas aos diplomados por escola federal ou equiparada, com prazo de 6 meses – estabelecido aos praticantes para que se licenciassem.

No estado de Minas Gerais, a implantação dos serviços odontológicos só foi efetivada em 1929, sendo observada, nesta época, a existência de um serviço em Belo Horizonte e quatro no interior do estado, contando, respectivamente, com 8 e 12 cirurgiões dentistas, não havendo registros sobre a característica do modelo assistencial. Somente a partir dos anos 50, uma portaria definiu que os serviços dentários atendessem alunos nos grupos escolares e, nas unidades “sanitárias”, fossem atendidas gestantes, crianças em idade pré-escolar e adultos em casos de urgência (WERNECK, 1994).

Em 1952, há um marco, pois surgem os primeiros programas de Odontologia Sanitária no Brasil. O Sistema Incremental, nome dado ao programa odontológico de saúde pública, desenvolveu-se, inicialmente, em Aimorés/MG, mas, depois, se expandiu por todas as regiões do país, tendo o objetivo de atender aos escolares. Este sistema abrangia, complementarmente, prevenção e tratamento curativo, baseado no aumento anual da cárie, observado na idade escolar (MOYSÉS et al., 2008). A prevenção em Minas tem um momento importante, quando, também em 1952, inicia-se a fluoretação tópica em escolares, utilizando Fluoreto de Sódio a 2,0% (WERNECK, 1994).

Para Narvai (2006, p. 143), o sistema incremental foi:

“[...] transformado em receita, em padrão a ser reproduzido acriticamente e em contextos de precariedade gerencial, falta de recursos e ausência de enfoque epidemiológico dos programas, tornou-se ineficaz e a odontologia sanitária se viu, então, reduzida aos programas odontológicos escolares.”

A promoção da saúde e prevenção da cárie foi desenvolvida com programas que propunham o uso de substâncias fluoradas no abastecimento

de água pública e de fluoretação tópica nas escolas. Segundo Moysés et al. (2008, p. 8), “a fluoretação das águas de abastecimento público foi considerada nos EUA uma das dez maiores conquistas de saúde pública no século XX”.

Com a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, foram fixadas as primeiras diretrizes para a Odontologia. A previdência social manteve um padrão de intervenção caracterizado por atividades tecnicistas e mecanicistas, como extração de dentes com focos de infecção; diagnóstico através da utilização de Raios-X; cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial; tratamento odontopediátrico (onde constava a profilaxia da cárie dentária); e ortodontia para portadores de defeitos congênitos, sem preocupar-se com atividades coletivas que contribuíssem para a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde da população (WERNECK, 1994).

O século XX foi marcado pela dicotomia das instituições públicas de saúde: saúde pública e previdenciária. A primeira tinha como função controlar as epidemias e endemias, ações de vacinação e educação sanitária, tudo que fosse interesse coletivo ficava a cargo do Ministério da Saúde. Já a saúde previdenciária era vinculada aos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensão) e, depois, ao INPS, e prestava assistência às pessoas que tivessem carteira de trabalho e seus dependentes, já que o restante da população não participava (MOYSÉS et al., 2008).

Nos anos 70, um movimento conhecido como Reforma Sanitária começou a tomar força e, com a campanha “Diretas Já”, se fortaleceu. A Reforma Sanitária buscava a instauração de um sistema nacional de saúde unificado, com acesso universal como direito social, pondo fim ao sistema “saúde pública” e “saúde previdenciária” (NARVAI, 2003).

Enquanto em várias instâncias do setor Saúde o estudo e a discussão da Reforma Sanitária e dos temas de peso na Reorientação do Sistema Nacional de Saúde encontram-se em constante superação e aprimoramento, no subsetor de Saúde Bucal estes avanços restringiram-se a alguns núcleos, em poucos centros do país. Pode-se afirmar, com certeza, que a prática hegemônica baseia-se no modelo privado e os dentistas tentam reproduzi-lo nos serviços públicos (WERNECK, 1994).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, as propostas da Reforma Sanitária foram discutidas e pactuadas, a ponto das

principais deliberações estarem presentes na Constituição da República de 1988 (MOYSÉS et al., 2008). De acordo com Werneck (1994), as décadas de 70 e 80 caracterizaram-se pela elaboração teórica dos princípios da Reforma Sanitária e pela luta política em prol da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mas somente na década de 90, através de distintos processos em todo o país, terá início, na prática, o movimento pela sua construção/consolidação. Este movimento propõe a municipalização da saúde e a implantação do SUS, sempre a partir da leitura e do planejamento, com base nas realidades locais.

Especificamente quanto à inserção da saúde bucal no SUS, esta tem sido marcada por conflitos e contradições desde a criação do sistema, em 1988, e seguiu praticamente irrelevante durante os anos 90, atravessando vários governos, sem sofrer alterações (MOYSÉS et al., 2008).

No ano 2000, uma portaria criada pelo Ministério da Saúde abriu uma nova perspectiva para a saúde bucal, pois ela estabelecia “incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios, por meio do Programa de Saúde da Família” (BRASIL, 2000). Através desta portaria, muitas Equipes de Saúde da Família (ESF) passaram a contar com uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), ampliando o atendimento odontológico para a população.

A partir do ano de 2002, a saúde bucal ganhou uma maior notoriedade no cenário nacional, iniciando-se um levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, concluído em 2003. Este é o maior e mais amplo levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado no país até hoje, com a execução de 108.921 exames epidemiológicos, em 250 municípios (BRASIL, 2010).

Em 2004, embasado no SB Brasil 2003, é implementada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada “Brasil Sorridente”, significando um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, com o objetivo de melhorar a organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que se centrasse nas efetivas necessidades de saúde da população. Segundo seus postulados de ação, a política propõe superar a desigualdade em saúde, por meio da reorganização da prática assistencial e da qualificação dos serviços oferecidos (BRASIL, 2010).

O “Brasil Sorridente” tem como principais linhas de ação: a reorganização da Atenção Básica em saúde bucal (especialmente por meio da

estratégia Saúde da Família); qualificação da Atenção Especializada, através, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias; além da viabilização da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público.

Uma das maiores inovações da PNSB foi, sem dúvida, a criação dos CEOs, que visam prestar assistência especializada nas áreas de Periodontia, Endodontia, Diagnóstico Oral, Cirurgia e Odontologia para pacientes especiais. Os critérios, normas e requisitos para o credenciamento dessas unidades foram, inicialmente, instituídos através da Portaria nº1.570/GM, de 29 de julho de 2004 (BRASIL, 2004). Até 2004, apenas 3,3% dos atendimentos odontológicos feitos no Sistema Único de Saúde (SUS) correspondiam a tratamentos especializados (BRASIL, 2010).

Os profissionais da atenção básica são responsáveis pelo primeiro atendimento ao paciente e pelo encaminhamento dos casos mais complexos. Os CEOs são as unidades de referência para a atenção básica, representando a continuação daquela atenção, através de procedimentos em níveis secundários e terciários, criando redes de integralidade ao atendimento do usuário.

Apesar da ortodontia não ser citada, a Portaria dispõe que, a cada local, compete, de acordo com as possibilidades, incrementar a atenção básica com procedimentos de outras especialidades. Neste contexto, a perspectiva de que o município e/ou Estado possam implementar outros serviços nos procedimentos mínimos dos CEOs contribuiu para que alguns centros, com esforços de gestores e profissionais, incluíssem em seu rol de ações a atenção ortodôntica. Inicia-se, assim, uma nova era na ortodontia brasileira (MACIEL, 2008).

Segundo dados da pesquisa de Maciel (2008), existem, no Brasil, 42 serviços ortodônticos na rede pública, localizados em 39 cidades. A maioria dos serviços é disponibilizada no CEO, porém, alguns são terceirizados ou financiados pelo Estado ou município, não aderindo à PNSB. O tratamento ortodôntico curativo é oferecido apenas em 4 municípios. Nas outras unidades (78%), são oferecidos tratamentos do tipo interceptativo e preventivo, pois a faixa etária atendida vai até 12 anos.

A PNSB conferiu grande impulso à consolidação da ortodontia no SUS, porém, há que se ressaltar também o papel dos Estados e dos municípios nesta inclusão. Nesse sentido, a Ortodontia em Saúde Coletiva não pode mais ser considerada uma utopia.

### **3.1.2 A PRÁTICA LIBERAL**

Na prática liberal ou privada direta, profissional e paciente definem, sem intermediários, qual o tratamento a ser feito, o preço e a forma de pagamento. É um mercado acessível a poucas pessoas, pois uma parcela da população não tem recursos para seu financiamento. Por outro lado, é a modalidade que mais atrai os cirurgiões dentistas, seja pela liberdade para exercer sua profissão, pela sua remuneração e pelas condições de trabalho (PINTO, 2000).

O exercício da Odontologia predominantemente privado estima-se que seja responsável por 70% do tempo dos profissionais e do volume de recursos desta área no Brasil (PINTO, 2000). Isto vem, segundo Moysés et al. (2008), de influências do Relatório Giés de 1920, que, a exemplo do conhecido Relatório Flexner<sup>4</sup> da área médica, recomendava práticas odontológicas com:

“[...] ênfase nas ciências biológicas e clínicas, progressiva agregação tecnológica com especialização precoce, adoção de práticas curativo-cirúrgicas e reabilitadoras como modelo preferencial de intervenção sobre indivíduos e doenças, elegendo o mercado privado como locus privilegiado do exercício profissional.” (MOYSÉS, 2008, p.5)

Para Narvai (2006), a Odontologia de mercado jamais perdeu a hegemonia no sistema de saúde brasileiro. Sua essência está na base biológica e individual e em sua organização ao modo de produção capitalista. Para esse autor, essa prática é centrada na assistência ao doente, sendo realizada por um sujeito individual no seu ambiente restrito, além de ser predominante no setor privado, com poderosa influência sobre o serviço público.

Apesar da prática liberal de consultório ainda persistir como a principal forma de atendimento da população, este setor está em modificação, devido a fatores, tais como: distribuição de recursos humanos em Odontologia no Brasil

---

4 Relatório Flexner: Abraham Flexner defendeu, nos EUA, um modelo de atenção à saúde que incentivava o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização precoce, a exclusão de práticas alternativas, o tecnicismo e a ênfase na prática curativa. Seu relatório ficou conhecido como Modelo Flexneriano e, além de ter repercussões na medicina, se refletiu também na Odontologia (UNFER, 2001).

é desordenada, com predomínio de profissionais nos centros urbanos de maior desenvolvimento socioeconômico e cultural, em detrimento de regiões menos desenvolvidas ou do interior; e reduzido quantitativo de profissionais e número de faculdades de Odontologia existentes, fazendo com que a relação geral “Cirurgião Dentista/Habitante” e a relação específica “Cirurgião Dentista/Habitante com capacidade econômica” fiquem muito abaixo do que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que é de 1CD para 1500 habitantes (MEDEIROS; GANDARÃO, 2009).

Além disso, na pesquisa de Morgenstern et al. (2004), ortodontistas relataram recorrer às atividades docentes ou à clínica geral para terem um complemento na renda, procurando fazer seu credenciamento junto a convênios e planos de saúde.

### **3.1.3 SISTEMA SUPLEMENTAR OU PRIVATIZADO**

A prestação indireta de serviços de saúde caracteriza-se pela intermediação de um terceiro entre o prestador e o paciente. Esta prática se assemelha à liberal, porém, o profissional torna-se limitado aos tipos de serviços cobertos pelo plano e aos preços da tabela contratual dos convênios (PINTO, 2000).

O surgimento das operadoras de planos odontológicos se deve, em parte, pela ociosidade de alguns consultórios. Estas empresas comercializam a assistência e atuam em um mercado de serviços onde há muitos cirurgiões dentistas sem condições de desenvolver uma prática profissional satisfatória e um grande número de indivíduos sem acesso ao atendimento (MENDES, 2005).

A Odontologia suplementar está se tornando uma boa opção para parte da população que deseja realizar tratamentos, mas não tem condições de pagar diretamente um cirurgião dentista pelos serviços prestados.

É mais comum o profissional trabalhar com intermediários do que sem eles, principalmente nos grandes centros. No trabalho de Mendes (2005), cirurgiões dentistas da cidade de Bauru/SP foram entrevistados e 57,1% da amostra responderam ter convênio com alguma operadora de plano de saúde, sendo este resultado compatível com os de outras pesquisas. Além disso, entre os credenciados, a maioria optou pelo convênio com a intenção de aumentar

sua remuneração e preencher horários ociosos (86,5%), apesar da renda corresponder a menos de 50% do total do consultório, segundo dados da pesquisa.

No estudo realizado pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2003), os convênios geravam, em 57,9% dos casos, no máximo, 20% da renda do consultório. Isto comprova a situação difícil do mercado de trabalho e a má remuneração dos planos. Na visão de Medeiros e Gandarão (2009), essa modalidade traz mais problemas do que benefícios ao dentista, uma vez que impõe remuneração muito abaixo daquela que o profissional aplica em sua prática liberal.

Pinto (2000) descreve as principais modalidades de organização da saúde suplementar, como sendo: a) odontologia de grupo: oferece serviços odontológicos em rede própria ou em consultórios credenciados; b) cooperativa odontológica: centrada nos profissionais cooperados que são também coproprietários e que prestam serviços, sendo remunerados na proporção credenciada; c) seguradoras odontológicas: atuam com livre escolha de profissionais e reembolso de despesas e/ou com garantia de cobertura junto a profissionais credenciados.

As cooperativas odontológicas têm menor expressão do que as correspondentes na área médica. No estudo do CFO (2003), apenas 14,7% dos cirurgiões dentistas entrevistados disseram fazer parte de alguma cooperativa.

### **3.2 O CENÁRIO BRASILEIRO E MINEIRO ACERCA DA SAÚDE BUCAL**

Segundo dados do Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2010), existem, hoje, no Brasil, 225.013 cirurgiões dentistas, sendo 27.754 registrados no estado de Minas Gerais. Em uma pesquisa realizada por este órgão, em 2003, a região Sudeste possuía 60,6% dos dentistas.

A proporção de população por profissional no Brasil está entre as menores do mundo (1 cirurgião dentista para cada 838 habitantes), além das disparidades regionais serem enormes. Há municípios onde essa relação é de 1 cirurgião dentista (CD) para 65.000 habitantes e outros com 1 CD para 171 habitantes (OBSERVARHODONTO, 2009).

A maioria dos cirurgiões dentistas no Brasil trabalha como profissional liberal, correspondendo a 2/3 do total, como revela os resultados parciais da pesquisa “Perfil Atual e Tendências do Cirurgião Dentista Brasileiro”, realizada pelo Observatório de Recursos Humanos em Odontologia, da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (OBSERVARHODONTO, 2009).

Na pesquisa “Perfil do Cirurgião Dentista no Brasil”, realizada pelo CFO (2003), 72,2 % dos dentistas que disseram ser profissionais liberais trabalhavam em consultório próprio, sendo de 47,6% a proporção daqueles que trabalhavam com convênio ou planos de saúde. A parcela que trabalhava no serviço público correspondia a 26,2 %, sendo 48,5% destes no SUS ou PSF.

Sabe-se que, no serviço público, vem crescendo, cada vez mais, o número de vagas, devido à expansão do Programa Nacional de Saúde Bucal, “Brasil Sorridente”. De acordo com a pesquisa do OBSERVAHODONTO (2009), estas vagas eram 6.170, no ano de 2003, aumentando, em 2008, para 18.482. O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS) possui cerca de 170.000 (1/3 do total) profissionais brasileiros cadastrados em algum serviço público.

Quanto à sua área de atuação, a pesquisa do CFO (2003) informa que, do total de sua amostra, 76,6% dos dentistas atuam como clínico geral e 33,9% como especialista, em uma das 19 especialidades da Odontologia.

O estudo indica também que a maioria dos cirurgiões dentistas já fez algum curso de pós-graduação, sendo que, destes, 42% eram cursos de especialização. Uma variável interessante é que, dos dentistas especialistas, apenas 33,9% registraram o título no seu respectivo Conselho Regional de Odontologia (CRO). Dentre as especialidades registradas, o segundo maior registro é de ortodontia, com 16,4%.

Quanto à especialidade ortodôntica, os dados estatísticos do CFO (2010) apontaram que existem, no Brasil, até o momento desta pesquisa, 12.434 dentistas com especialidade em ortodontia e ortopedia facial (5,53%). Deste total, em Minas Gerais, encontram-se 1.331 (10,7%) ortodontistas.

Os dentistas que não possuíam especialização, quando questionados sobre qual curso gostariam de fazer, a maioria (18,7%) respondeu ortodontia. O curso de atualização (acima de 80 horas) também mais citado entre os pesquisados foi o de ortodontia preventiva e interceptativa, com 22,8%.

Morgenstern et al. (2004) relataram que, no Brasil, graduam-se 344,6 ortodontistas por ano e que, na época de sua pesquisa, 2,2% do número total de dentistas do Brasil correspondiam a ortodontistas, sendo que 40% dos ortodontistas estão no estado de São Paulo.

O mercado de saúde na especialidade ortodôntica foi considerado, pela maioria dos entrevistados (58,7%), como sendo saturado na pesquisa de Morgenstern et al. (2004). A razão apontada pelos participantes foi o grande número de cursos não-oficiais (85,1%) e a concorrência com clínicos gerais (77,2%) que realizam cursos que não são de especialização, mas que dão respaldo à prática da especialidade. Para Haag (1999), citado por Morgenstern et al. (2004), o que motivou os praticantes de ortodontia foi o grande número de cursos irregulares (81,17%) e a ilusão de lucro fácil e rápido (77,64%).

O contraste de todas estas estatísticas é que, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 29 milhões de brasileiros nunca foram ao cirurgião dentista, apesar do enorme número de profissionais no Brasil. A classe que mais utiliza estes serviços é a que ganha acima de 9 salários mínimos, segundo dados do IBGE (MENDES, 2005).

### **3.3 PERCEPÇÃO SOBRE A PRÁTICA DA ORTODONTIA: O CASO DOS DENTISTAS DE BAMBUÍ/MG**

Especificamente na cidade de Bambuí/MG, constatou-se a existência de 33 dentistas, sendo que, destes, 9 trabalhavam com ortodontia. Confirmando os dados da pesquisa “Perfil do Cirurgião Dentista no Brasil” (CFO, 2003), os cirurgiões dentistas não cadastravam seu título de especialista junto aos seus Conselhos Regionais de Odontologia, pois, no registro de especialistas atualizado no site do CFO, no município de Bambuí/MG, exercia ortodontia e ortopedia facial apenas 1 dentista. Pode-se fazer três inferências neste dado: a primeira é que isso ocorra porque profissionais vêm de outras cidades atender no município; a segunda é pelo fato de que a anuidade daqueles que se cadastram como especialistas têm aumento no valor, e alguns preferem não registrar o título; e a terceira é de que, assim como mostra a pesquisa de Morgenstern et al. (2004), alguns dentistas fazem cursos de especialização não credenciados pelo MEC e CFO ou também fazem cursos de menor duração em ortodontia, como os chamados aperfeiçoamentos e atualizações, que dão

respaldo a estes profissionais para praticar ortodontia, mas não permitem seu registro como especialistas.

Para abordar a prática ortodôntica no município de Bambuí/MG, o estudo foi centrado na análise da dimensão subjetiva, buscando-se apreender a experiência vivencial e a percepção dos atores sociais em nível local.

Segundo os profissionais que praticavam a especialidade ortodôntica, uma das principais dificuldades e desafios da cidade em relação à saúde bucal referia-se à condição socioeconômica da população. O que se percebeu nas falas é que, para muitos deles, a dificuldade econômica da população, que recebia baixos salários e possuía recursos escassos para realizar o tratamento, fazia com que os valores de tratamentos odontológicos e ortodônticos estivessem abaixo do mercado, havendo, também, a concorrência desleal.

“Eu acho que a dificuldade é financeira, salários baixos, valores de tratamento mais baixos que têm de ser trabalhados por razão dos salários mais baixos em Bambuí.” (Entrevistado 2)

Há de se esclarecer que, na Odontologia, os preços são estabelecidos a critério do profissional, que, “teoricamente”, utiliza como parâmetro os custos fixos e variáveis, somados ao valor de sua mão-de-obra. O preço fixado por alguns dentistas, muitas vezes, é menor que o praticado pelos demais da categoria, porque estes diminuem o valor de sua mão-de-obra, uma vez que os custos não sofrem uma grande variação.

Assim como na pesquisa de Morgenstern et al. (2004), para alguns dentistas de Bambuí/MG, o excesso de profissionais e a concorrência com clínicos gerais que praticavam ortodontia foram considerados um problema no mercado de trabalho odontológico, contribuindo para sua saturação.

Foram mencionadas também outras dificuldades, como higiene bucal precária, necessidade de prevenção e tratamentos básicos, falta de informação dos pacientes quanto à saúde bucal e ortodontia e seus benefícios para a saúde geral.

“[...] o paciente que procura o consultório de ortodontia ele não imagina o benefício para a saúde que a ortodontia vai causar, ele só quer estética... Ele não imagina que se o dente dele tá apinhado, ele vai ter dificuldade de passar o fio dental, problema periodontal e isto pode levar até a perda do elemento dental precocemente.” (Entrevistado 1)

Os indivíduos têm a tendência de relacionar os problemas oclusais mais à estética do que a problemas funcionais e, por isso, sua percepção de necessidade está associada à sua satisfação com a aparência. Segundo Peres et al. (2002), o aspecto estético exerce papel importante na interação social dos indivíduos, sendo que as deformidades faciais causam mais impacto do que outras incapacidades físicas. Porém, pode-se ater ao fato de que esta população não foi realmente preparada, empoderada e informada sobre saúde bucal e ortodontia, baseando suas tomadas de decisões naquilo que lhe é perceptível, ou seja, a estética. Talvez, por este motivo, os dentistas tinham a percepção de que os pacientes não tinham informação quanto aos benefícios de um tratamento bucal ou ortodôntico.

Por outro lado, quanto aos avanços percebidos no município, os dentistas relataram, principalmente, um grande número de profissionais na cidade atuando em diversas especialidades, fazendo com que a população tenha mais informação, conhecimento e conscientização sobre saúde bucal e ortodontia, gerando, muitas vezes, mais prevenção, melhoria na saúde bucal da população e maior acesso aos serviços.

“[...] o número de profissionais que estão envolvidos na odontologia e, sobretudo também na ortodontia no município, trouxe muito mais conhecimento para os pacientes...” (Entrevistado 4)

“[...] o que está avançando é isso, maiores informações, maior número de profissionais, maior número de áreas...” (Entrevistado 7)

Além de avanços no setor privado, o serviço público também foi citado nas entrevistas e, segundo os atores sociais, houve melhora no atendimento do SUS, gerando mais acesso da população aos serviços e aumento de atividades de prevenção. Isto remete à expansão do “Brasil Sorridente” e do número de Equipes de Saúde Bucal (ESBs) inseridas no Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o país. Porém, ao se analisar os depoimentos, percebeu-se que, na prática, o modelo biomédico ainda perdurava e que, assim como afirmam Werneck (1994), Narvai (2003), Moysés (2008), entre outros autores, os profissionais que compunham estas ESBs ainda privilegiavam o tratamento das doenças e reproduziam, sem critério, o modelo de prática odontológica do setor privado, sem se preocupar com ações de promoção da saúde.

“[...] nós da área pública estamos ajudando a melhorar, fazendo prevenção com as crianças, fazendo selamento dos dentes permanentes...” (Entrevistado 3).

Quanto à percepção da necessidade de tratamento, a maioria dos dentistas entrevistados citou, em primeiro lugar, aspectos relacionados à maloclusão, seguida pela estética. Ao serem questionados como faziam esta avaliação, a maioria respondeu que era na primeira avaliação clínica e que comunicavam a necessidade ao paciente, através de conversas, sendo que somente dois cirurgiões dentistas levaram em consideração a percepção subjetiva do paciente, como demonstram as falas a seguir:

“Eu aviso, eu falo a verdade, e a pessoa quer melhorar o problema que ela tem, ela tem escolha... você pode por o aparelho por estética, vai melhorar...mas se você não puder colocar agora pode ser daqui a 2 anos, 1 ano ...” (Entrevistado 3)

“Existem pacientes que querem o tratamento com a vaidade de colocar o aparelho, existe muito esses casos, a gente normalmente como dentista entende todos os problemas do aparelho, de todas as conseqüências dele e de uma maneira discreta convence ele a não usar aonde não tem indicação para ele.” (Entrevistado 4)

A definição de necessidade de saúde é controversa, uma vez que há vários fatores condicionantes. Segundo Bradshaw (1972), citado por Pinto (2000), há uma necessidade *expressada* como demanda, que é a sentida ou percebida, uma *comparativa*, que envolve comparações com situações de outros, e uma *normativa*, que é definida por especialistas.

Os tratamentos ortodônticos são realizados na expectativa de melhorar a aparência e a função mastigatória dos indivíduos e, geralmente, são indicados por meio de critérios clínicos, ou seja, necessidades normativas, baseadas na decisão técnica do profissional (PERES et al., 2002).

Para Pinto (2000), nos planejamentos em saúde bucal, usa-se mais a necessidade normativa porque esta se enquadra no modelo biomédico, em que especialistas julgam e determinam o que deve ser feito para que as pessoas continuem ou tornem-se saudáveis, sem considerar a percepção subjetiva do paciente. Esse modelo normativo é útil, porém, em algumas áreas, ele pode ser inadequado, como, por exemplo, no caso de maloclusão. A demarcação entre oclusões aceitáveis e inaceitáveis é difícil, uma vez que esta é influenciada por fatores psicológicos e sociais e por métodos de medição de necessidades

subjetivas ou percebidas (PINTO, 2000), ou seja, cada especialista pode julgar a necessidade de uma forma, diferentemente do que acontece quando há uma cavidade cariada.

Isso é corroborado por diversos estudos internacionais e nacionais, os quais demonstram que os critérios clínicos e/ou epidemiológicos para diagnosticar oclusopatias superestimam os problemas, quando comparados à percepção dos indivíduos (PERES et al., 2002).

Sobre o processo decisório, na visão dos dentistas, o fator preponderante na decisão das famílias em realizar ou não um tratamento ortodôntico é a estética, sendo a influência exercida pelo adolescente também muito citada. Outros dois fatores percebidos, não menos importantes, foram indicação/influência de outro dentista e aspecto financeiro.

Segundo Peres et al. (2002), a demanda para tratamento ortodôntico na sociedade é um fenômeno cultural parcialmente mediado pela capacidade de pagamento e a decisão da família em intervir não consegue ignorar o significado cultural e social que a aparência dento-facial exerce sobre os indivíduos. Os resultados da pesquisa de Souza et al. (2007) mostraram que mais de um terço dos adolescentes declararam que alguma coisa os incomodava na aparência, o que reforça a importância da imagem para esse grupo, sendo os dentes ou o sorriso os mais citados, superando o descontentamento com as espinhas, típicas da idade, e o excesso de peso. Esta, talvez, seja a razão pela qual os ortodontistas percebam a influência da estética e dos adolescentes no processo de decisão das famílias.

Quanto às etapas do processo decisório, foi possível destacar que todos os dentistas perceberam pelo menos uma das etapas, sendo a busca de informação pelas famílias a mais citada e as fontes dessa busca representada por amigos, parentes e vizinhos, primeiramente, e, depois, com dentistas e na Internet.

“Sim, estas etapas são bem nítidas, dá pra perceber sim, porque geralmente, quando eles têm a conscientização da necessidade do uso, aí demora um certo tempo pra eles retornarem e pegarem informações, depois um certo tempo pra decisão e colocação do aparelho.” (Entrevistado 7)

“Não, nem todas, a gente vê um pouco... mas eles procuram saber com quem já tem aparelho, busca informação com quem já usou.” (Entrevistado 3)

Para eles, quem tomava a decisão sobre o tratamento era a mãe, mas o adolescente influenciava a decisão, principalmente quanto ao tipo de aparelho, caso haja mais de uma opção de tratamento. Ao serem questionados se a decisão da família era influenciada pelo gênero do adolescente ou por sua faixa etária, a maioria disse ser por faixa etária, sendo que o dentista, muitas vezes, interferia nesta escolha e a opção era feita pela necessidade normativa de tratamento.

“Eu acho que acontece muito é que vem pela idade, traz os três filhos, supondo assim, e então vê o que tem mais necessidade de tratamento.” (Entrevistado 2)

“Normalmente pela faixa etária e pela necessidade de tratamento, a necessidade mais emergencial do tratamento” (Entrevistado 4)

“[...] é claro que o profissional tem que interferir de acordo com a idade dos irmãos e da necessidade do caso...” (Entrevistado 1)

Sobre a percepção quanto às estratégias adotadas pela família para realizar o tratamento, dois entrevistados disseram perceber e três disseram raramente presenciar isto, sendo as estratégias mais citadas aquelas associadas ao corte dos gastos supérfluos ou aumento da renda, com a ajuda do adolescente.

“A família tem que abrir muitas exceções para que ele (o adolescente) possa fazer o tratamento... porque aquele aparelho, aquele tratamento com o tempo passa a ser fardo...” (Entrevistado 5).

O tempo médio de duração de um tratamento ortodôntico varia entre 24 a 30 meses. Sendo assim, durante este período, famílias, principalmente da classe baixa, utilizavam-se de estratégias de administração dos recursos financeiros para conseguir pagar o tratamento. Segundo Solomon (2008), há um forte envolvimento do consumidor com produtos e serviços percebidos como necessários que o motivam a despender esforços para a sua obtenção e satisfação. Porém, segundo a fala do dentista, com o passar dos meses, este tratamento, muitas vezes, é visto como oneroso e desgastante pela família.

#### **4 CONCLUSÕES**

Muitas transformações ocorreram na prática odontológica, desde sua criação nos tempos do Brasil Colônia até os dias atuais. Os dados da pesquisa

bibliográfica mostram a tendência diversificada do mercado odontológico, que se vê diante de um processo de mudanças estruturais, reconhecendo-se a existência de outras opções de trabalho, além do consultório particular. O exercício clínico da prática privada sofre modificações, pois há uma expansão do número de profissionais no Sistema Público e no Sistema Suplementar, como forma de melhorar as perspectivas profissionais e de complementação da renda.

Percebe-se também que não houve mudança no paradigma de saúde, pois a prática continua centrada na especificidade técnica, mecanicista, individual e voltada para a doença, mesmo no setor público, onde é necessária uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença e de necessidades de intervenção que deveriam ir além de práticas curativas isoladas, como a realização de estratégias e políticas voltadas para a educação, prevenção e promoção da saúde.

Pode-se dizer que o mercado ortodôntico, principalmente na região Sudeste do Brasil, encontra-se com grande número de profissionais, talvez, não pelo excesso de formação de especialistas, mas pela má distribuição destes profissionais no território brasileiro. Além disso, percebe-se uma nova possibilidade de atuação neste mercado de trabalho, com a inclusão da especialidade em alguns Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), deixando de ser uma utopia no setor público, apesar de ser, ainda, uma prática pouco difundida.

Em relação ao nível local pesquisado, a cidade de Bambuí/MG, os dentistas pesquisados disseram haver dificuldades e desafios na saúde bucal do município, sendo o fator econômico considerado como um dos itens responsáveis por haver na cidade valores de tratamento muito baixos, a fim de garantir maior acesso da população aos serviços. A presença de maior número de profissionais no mercado de trabalho foi considerada tanto uma dificuldade como também um avanço, pois, segundo os próprios profissionais, isto pode ter contribuído para maior informação e conhecimento da população em relação à saúde bucal, o que leva a um aumento da procura por estes serviços.

Esta percepção dos ortodontistas de Bambuí/MG sobre o mercado de trabalho reforça os dados encontrados na literatura, pois a ortodontia é uma das especialidades mais requeridas pelos cirurgiões dentistas, o que pode ser devido à ilusão de lucro fácil e rápido. Isto faz com que a concentração de

profissionais em determinada região aumente a oferta e diminua os preços dos honorários.

Quanto ao processo decisório, as mães foram identificadas pelos dentistas com o papel de tomar a decisão quanto ao tratamento ortodôntico, constituindo-se a estética o fator de maior peso na decisão da família pelo tratamento, muitas vezes, sendo a necessidade por melhoria das funções desempenhadas pelo sistema estomatognático despercebidas pela família. Esta percepção dos dentistas é pertinente, devido ao fato de que uma população que não sabe o que é saúde bucal e tratamento ortodôntico não tem subsídios para decidir sobre o que é melhor para sua saúde, fazendo com o que a percepção da necessidade de tratamento seja baseada naquilo que lhe é visível e que, acima de tudo, interfere em suas interações sociais e em sua autoestima. Além disso, a tomada de decisão pode ser influenciada pelo adolescente e pela faixa etária dos filhos. Dentro das etapas desse processo, estes profissionais souberam reconhecer, principalmente, a busca de informações, mas a maioria disse, raramente, presenciar estratégias para o manejo de recursos na família.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, Ana Cristina Cotrim; PINTO, Rafaela Silveira; RAMOS, Thais Cristina Vasconcelos; PALMIER, Andréia Clemente. Estágio Supervisionado: qual a sua contribuição para a formação do cirurgião –dentista de acordo com as diretrizes curriculares nacionais? **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 2, p. 150-160, abr./jun. 2009

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.444, de 28/12/2000**. Diário Oficial da União 29/12/2000, seção 1, p. 85.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coordenação Nacional de Saúde Bucal**. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil\\_sorridente.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/brasil_sorridente.php) . Acesso em: 01/02/2010.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Dados estatísticos**. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/dados-estatisticos/> . Acesso em: 05/02/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf> . Acesso em: 17/11/2010.

MACIEL, Sérgio Murta. **A presença da ortodontia no SUS**: a experiência dos CEOs e de outros serviços públicos de saúde bucal. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

MEDEIROS, Urubatan Vieira; GANDARÃO, Gracielly da Costa. Aspectos atuais do mercado de trabalho odontológico no Brasil . **Rev. ABO Nacional**, v. 16, n. 6, 2009.

MENDES, Haroldo José. **A relação entre cirurgias dentistas e as operadoras de planos de saúde no município de Bauru-SP**. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. 2005.

MORGENSTERN, Anna Paula; FERES, Marco Antônio Lopes; PETRELLI, Eros. Caminhos e descaminhos da Ortodontia no Brasil. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**. Maringá, v. 9, n. 6, p. 109-121, nov./dez. 2004

MOYSÉS, Simone Tetu, KRIGER, Léo, MOYSÉS, Samuel Jorge. **Saúde Bucal das Famílias**: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde: governo transgênico? **Revista Adusp**, v. 29, p.28-33, 2003.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde Bucal Coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 141-147, 2006.

OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM ODONTOLOGIA (OBSERVARHODONTO) DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Perfil Atual e Tendências do Cirurgião Dentista Brasileiro**, 2008. Disponível em:<[http://www.observarhodontof.u.br/portal/noticias\\_detalle.aspx?news\\_id=19](http://www.observarhodontof.u.br/portal/noticias_detalle.aspx?news_id=19)>Acesso em :09/02/2010

PERES, Karen Glazer; TRAEBERT, Eliane Silva; MARCENES, Wagner. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 230-236, 2002.

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª Ed. São Paulo: Editora Santos, 2000.

ROSENTHAL, E. A odontologia no Brasil até 1900. In: Rosenthal E, organizador. **A odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2001.

SOLOMON, Michael R. **O comportamento do consumidor**: comprando, possuindo e sendo. 7ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2008. 680 p.

SOUZA, Greice de Brito; Sá, Pedro Henrique do Rosário; Junqueira, Simone Rennó. Avaliação dos Procedimentos Coletivos em Saúde Bucal: percepção de adolescentes de Embu, SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p.138-148, 2007.

UNFER, B; SALIBA, O. O cirurgião-dentista do serviço público: formação, pensamento e ação. **Rev Bras Odont Saúde Coletiva**, v.2, n.2, p.45-51, 2001.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim. **A Saúde Bucal no SUS**: Uma perspectiva de mudança. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Odontologia Social da Universidade Federal Fluminense. 84p. 1994.

## **CAPÍTULO 2 – ARTIGO ORIGINAL**

### **SAÚDE BUCAL E TRATAMENTO ORTODÔNTICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE BAMBUÍ/ MG**

## **SAÚDE BUCAL E TRATAMENTO ORTODÔNTICO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÃES DE ADOLESCENTES DO MUNICÍPIO DE BAMBUÍ/ MG.**

**Thais Cristina Vasconcelos Ramos (M. Sc.); Maria das Dores Saraiva de Loreto (Orientadora); Andréa Maria Duarte Vargas (Coorientadora); Karla Maria Damiano Teixeira (Coorientadora).**

### **RESUMO**

As representações sociais são construídas por imagens dos atores sociais a respeito de algum objeto, através de seus conhecimentos e interações com o mundo. Neste artigo, o objeto de estudo constituiu-se das representações sociais das mães de adolescentes que fazem tratamento ortodôntico no município de Bambuí/MG, com a finalidade de entender qual o significado dado pelas famílias à saúde bucal e ao tratamento ortodôntico. A metodologia qualitativa utilizou como instrumentos de coleta de dados: um questionário sobre as características socioeconômicas das famílias e uma entrevista semiestruturada com as mães. A população do estudo foi de 57 famílias, sendo a amostra composta por 17 famílias, definidas pelo critério de quotas. Os resultados demonstram que, para as mães entrevistadas, o conceito de saúde bucal ainda está muito associado à ausência de doença, sendo que a higiene, as idas ao dentista e o tratamento curativo constituem a forma de cuidar e manter a saúde de seus filhos. A estética e a aparência dos dentes são vistas como essenciais, tanto no que se refere à saúde bucal quanto ao significado do tratamento ortodôntico, sendo o aparelho ortodôntico considerado o meio pelo qual se consegue um belo sorriso, que é um signo importante para a autoapresentação e convívio social. Enfim, considerando o ambiente familiar e a realidade social, a lógica da produção simbólica explica o significado do tratamento ortodôntico.

Palavras-chave: Representação Social, Saúde Bucal, Tratamento Ortodôntico.

## **ABSTRACT**

### **ORAL HEALTH AND ORTHODONTIC TREATMENT: AN STUDY ON SOCIAL REPRESENTATIONS CONCERNING THE MOTHERS OF TEENAGERS IN THE CITY OF BAMBUI (MG).**

**Thais Cristina Vasconcelos Ramos (Msc); Maria das Dores Saraiva de Loreto (Adviser); Andréa Maria Duarte Vargas (Co-Adviser); Karla Maria Damiano Teixeira (Co-Adviser).**

The social representations are constructed by images of the social actors, regarding some object, through their knowledge and interactions with the world. In this article, the study was focused in the social representations of the mothers of adolescents under orthodontic treatment in the city of Bambuí/MG, aiming to understand which meaning is given by the families to oral health and to the orthodontic treatment. The qualitative methodology used as instruments data collecting: a questionnaire on the families' socio-economical characteristics as well as a semi-structured interview with the mothers. The population of the study was 57 families, with a sample of 17 families, defined by a quota criterion. The results show that, for the surveyed mothers, the concept of oral health is still very associated with the lack of disease, while hygiene, dental appointments, and curative treatment are the correct way to take care and keep their children's health. Aesthetics and the appearance of teeth are perceived as essential, either concerning oral health, or the meaning of the orthodontic treatment, and the orthodontic appliance is considered the way by which if it is possible to achieve a beautiful smile, which is an important sign for the auto-presentation and social conviviality. At last, considering the familiar environment and the social reality, the logic of the symbolic production explains the meaning of the orthodontic treatment.

Keywords: Social Representation, Oral Health, Orthodontic Treatment.

## 1 INTRODUÇÃO

Através dos tempos, as concepções sobre saúde sempre conservaram uma certa correspondência com os vários setores do desenvolvimento humano, numa relação direta com a evolução do conhecimento, em suas diversas áreas. A partir dos anos 80, reconhece-se a existência de um diálogo globalizado em prol da tão almejada qualidade de vida, através dos fundamentos de vigilância e promoção da saúde.

Segundo a Carta de Ottawa (1986), a “promoção da saúde” pode ser definida como o processo de capacitação da comunidade para que ela própria participe e controle ações para a melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Porém, para que essa comunidade possa ser capacitada, é necessário conhecer qual sua visão sobre saúde e, neste caso especificamente, sobre saúde bucal e tratamento ortodôntico, pois o que se pensa sobre esses assuntos pode influenciar suas decisões em relação à prevenção e tratamento de acometimentos bucais.

Influências familiares podem determinar respostas afetivas, cognitivas e comportamentais de seus membros, frente a estratégias de promoção de saúde bucal e geral. Os sentidos que a mãe concede à saúde podem influenciar a condição de saúde bucal e o padrão de busca por estes serviços dos seus filhos adolescentes (MOYSÉS, 2008).

É imprescindível que os pais e cuidadores sejam orientados em relação à importância da manutenção da saúde. As mães têm grande importância no interior do ambiente familiar e, por isso, podem influenciar, positiva ou negativamente, as ações de promoção da saúde bucal, sendo seu papel decisivo para uma boa ou má educação em saúde da família como um todo (DOMINGUES et al., 2008).

A noção de que os atores sociais concebem diferentes sentidos à saúde bucal e ao tratamento ortodôntico, a partir de suas experiências, vivências e da importância que isso tem em seu cotidiano, é uma constatação importante para a Odontologia e para a compreensão dos sentidos e significados dela em diferentes realidades sociais (FERREIRA; ALVES, 2006). As percepções dessa consciência e do imaginário dos sujeitos podem ser estudadas a partir da Teoria das Representações Sociais, que se trata de uma teoria relacional, uma

vez que não separa o sujeito social e o seu saber concreto do seu contexto, implicando, assim, em uma tradução da realidade (SÁ, 1993).

A compreensão das representações amplia a capacidade de explicação do objeto e permite abranger a lógica de produção simbólica produzidas em um contexto histórico e social (COSTA et al., 2008).

Considera-se, portanto, que o referencial teórico das representações sociais pode ser utilizado para entender, por meio das falas das mães, qual é o significado dado à saúde bucal e ao tratamento ortodôntico nas famílias.

Assim, o objetivo deste artigo é identificar qual a representação social das mães ou responsáveis por adolescentes que usam aparelho ortodôntico sobre o que é saúde bucal e qual o significado do tratamento ortodôntico para elas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ANÁLISE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

A partir dos anos 1960, surge um maior interesse para a compreensão dos fenômenos do domínio simbólico, recorrendo-se às noções de consciência e do imaginário. Essas noções ganharam uma teorização, a partir de Serge Moscovici, por meio das Representações Sociais. Ou seja, para a compreensão da relação existente entre cotidiano e sociedade, Moscovici resgatou o conceito de representações coletivas do sociólogo Emile Durkheim, estudando as formas como a psicanálise poderia ser representada e difundida (ARRUDA, 2002).

Assim, a teoria das representações sociais teve sua origem na Sociologia, graças a Durkheim, que fez uso das representações coletivas como elemento básico para a criação de uma teoria da religião, da magia e do pensamento místico. Para esse autor, o conceito de representação coletiva referia-se a produtos de uma imensa cooperação, que se estende não apenas no espaço, mas também no tempo (DURKHEIM, 1978).

A partir dos estudos do conceito de representações coletivas de Durkheim, Moscovici (1978) elaborou um corpo de conhecimentos próprio, que serviu de base para vários estudos que vieram a seguir, no campo da Psicologia Social. Valorizou, como ressalta Oliveira (2004), a participação do sujeito na re-elaboração de significados para os fenômenos do cotidiano, considerando a diversidade e pluralidade de experiências pessoais e a

realidade social. Para Moscovici (1978), a visão tradicional não percebia e nem teorizava corretamente a dialética entre o sujeito individual e a sociedade, por conceber uma gama ampla e heterogênea de conhecimentos, como era característica das representações coletivas.

Na visão do supracitado autor, as representações sociais se referem a uma modalidade de conhecimento compartilhado, que apresenta como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos, isto é, são estruturas cognitivas, emocionais e afetivas que se articulam em um intercâmbio entre as intersubjetividades e a realidade social. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam, incessantemente, através de um objeto, um gesto, um encontro, uma fala, isto é, entre as comunicações trocadas, os objetos produzidos ou consumidos, enfim, na maioria das relações sociais estabelecidas em no universo cotidiano.

De acordo com Arruda (2002), Moscovici procurou reabilitar o saber popular e as experiências do cotidiano, considerando que a realidade é socialmente construída e que o saber é uma construção do sujeito, em função da sua inserção social. Nesse sentido, as representações sociais não podem ser reduzidas apenas ao seu conteúdo cognitivo, mas devem ser entendidas a partir do contexto que as engendra e de acordo com sua funcionalidade nas interações sociais do cotidiano.

Dessa forma, o campo de estudos da Representação Social enfatiza o sujeito ou ator social que, por meio dos seus conhecimentos e das interações práticas com o mundo cotidiano, procura construir ou expressar o que tem em sua imagem sobre o objeto, representando-o, seja por meio da interpretação ou da simbolização. Do mesmo modo que a função simbólica, a representação é o significado mental de alguma coisa, que pode ser um objeto, uma pessoa, um acontecimento, uma ideia. (RIBEIRO, apud JUNQUEIRA, 2003).

Essa mesma concepção é defendida por Spink (1999), ao ressaltar que as representações sociais devem ser remetidas às condições sociais que as geraram. Assim, a caracterização do contexto é importante, porque, sem ele, não há como compreender as construções que dele emanam e, nesse processo, o transformam. Segundo o referido autor, para a compreensão das representações sociais, o contexto social considerado deve ser formado pelos fatores situacionais e históricos. Além disso, é importante considerar três tempos na perspectiva temporal: o tempo curto da interação, que tem como

ponto fundamental a funcionalidade das representações; o tempo vivido, que se delinea pelo processo de socialização; além do tempo considerado longo, no qual prevalecem as memórias coletivas.

Como sintetiza Jodelet (2002), toda representação se origina de um sujeito e diz respeito a um objeto, existindo, assim, três ordens de fatores em uma representação: a cultura, no sentido amplo e restrito; a comunicação e linguagem; além das inserções econômicas, institucionais, educacionais e ideológicas.

Segundo Arruda (2002), no caso de novas situações ou objetos, o sujeito, ativo e construtor, busca torná-los familiar, por meio de dois mecanismos: a objetivação e a ancoragem. A objetivação esclarece como se estrutura o conhecimento do objeto, sistematizando três etapas: primeiramente, baseando-se nas experiências e nos valores, selecionam-se e descontextualizam-se elementos do que vai ser representado, para se ter um enxugamento do excesso de informações do mundo real. Uma vez feitos os recortes, reconstruem-se os fragmentos em um esquema, que se torna o cerne ou o núcleo central da representação. Assim, o objeto desfragmentado e recomposto torna-se algo palpável, passando a parecer natural. Com a fase da naturalização, completa-se o ciclo da objetivação.

O outro lado do processo, denominado ancoragem, é aquele que dá sentido ao objeto. Quando o conhecimento enraíza no social, converte-se em categoria e se integra à grade de leitura do mundo, visando instrumentalizar o novo objeto. Ou seja, o sujeito recorre ao que lhe é familiar para uma espécie de conversão da novidade, trazendo-a ao território conhecido, para aí ancorá-la (ARRUDA, 2002). Opera-se, então, uma transformação do sujeito e do objeto, na medida em que ambos são modificados, por meio do processo de (des) construção do objeto.

Como apresenta Ribeiro, apud Junqueira (2003), a objetivação consiste em uma operação “imaginante e estruturante”, através da qual a forma referente ao conhecimento do objeto vai, aos poucos, tornando-o quase tangível, materializado; enquanto a ancoragem possibilita incorporar aquilo que é diferente, o não-familiar, por meio da constituição de uma rede de significações em volta do objeto, de modo a vinculá-las a valores e a práticas sociais.

Esse processo de concretizar significados em uma imagem e vice-versa consiste na objetivação que envolve, como discute Medrado (1998), uma naturalização do objeto e categorização, ordenação e classificação da realidade. Esse esquema mental repercute na apropriação das novas representações pela ancoragem das novas noções acrescentadas às representações já existentes, transformando em familiar o não-familiar, de forma a permitir a inter-relação das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e dos sistemas de atitudes e de normas existentes (ABRIQ, 1998).

Nesse sentido, o processo de apropriação das representações sociais diz respeito à escolha de informações sobre um dado objeto social, ou seja, neste caso, ao serviço de saúde bucal e de ortodontia, com conseqüente descontextualização dos elementos fixados e configuração de uma imagem, de modo que as ideias construídas sejam vistas como algo concreto.

Portanto, o objeto deste artigo é analisar a imagem que as mães de adolescentes de Bambuí/MG atribuem à saúde bucal e ao tratamento ortodôntico, de modo que se possa perceber o sentido e o significado da procura por esses serviços, quando se inicia o processo de decisão para um tratamento.

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo foi realizado na cidade de Bambuí/MG, que se situa na região Centro-oeste de Minas Gerais, a 270 km da capital, Belo Horizonte. O município possui 22.488 habitantes, segundo dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

O município apresenta uma economia com forte vocação agrícola, uma vez que 36,51% do seu PIB corresponde a este setor da economia, enquanto o da indústria respondeu por 9,99% e o do setor de serviços por 53,5%, segundo dados do IBGE (2008).

A população do estudo foi constituída por 57 famílias de adolescentes, com idade entre 12 a 18 anos, que estivessem no final do tratamento ortodôntico. O tempo restante de tratamento do adolescente deveria ser de, no máximo, 6 meses e foi estabelecido através de avaliação do próprio dentista do adolescente, sendo o nome e dados repassados à pesquisadora pelo mesmo.

A amostra foi não probabilística, intencional, subdividida em quotas<sup>5</sup> proporcionais ao número de cadastro das famílias concedidas por cada dentista. Para Marconi e Lakatos (2010), neste tipo de amostra, o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população que, por palavras, atos ou atuações, têm a propriedade de influenciar a opinião dos demais. Devido a uma acessibilidade maior às famílias, o número de entrevistas com as mães ou responsáveis pelo adolescente constituiu-se de 17 famílias, ao invés das 12 necessárias para o estudo, segundo o critério das quotas.

Minayo (2004) afirma que, em um estudo qualitativo, a preocupação maior é com a abrangência da compreensão. A autora indica que, para a definição de uma amostra ideal, deve-se definir o grupo social mais relevante para as entrevistas e não finalizar a inclusão de entrevistados, enquanto não houver o delineamento do quadro empírico da pesquisa. Participaram apenas as voluntárias que concordaram e que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV), parecer nº 073, de junho de 2010.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram um questionário sobre as características socioeconômicas das famílias e também uma entrevista semiestruturada<sup>6</sup>, aplicadas junto à mãe ou responsável pelo adolescente, tendo como foco as representações sociais sobre saúde bucal e tratamento ortodôntico.

A compilação dos dados do questionário socioeconômico foi feita utilizando-se a planilha eletrônica Microsoft Excel, envolvendo frequências percentuais, devido à sua versatilidade e facilidade de uso. Os resultados foram submetidos à análise descritiva e expressos em porcentagens. A análise do conteúdo das falas acerca da saúde bucal e sobre o tratamento ortodôntico das entrevistas semiestruturadas foi examinada por meio da análise temática.

---

<sup>5</sup> A amostragem por quotas pressupõe três etapas: classificação da população com determinadas características a estudar; construção de um quadro da população e determinar a proporção de cada estrato em relação à amostra total; fixação de quotas a ser entrevistadas em cada classe ou estrato, de modo que a amostra total da pesquisa contenha a proporção de cada classe, assim como foi fixado na segunda etapa. (Marconi e Lakatos, 2010, p. 40).

<sup>6</sup> Laville e Dionne (1999) caracterizam a entrevista semiestruturada como uma série de perguntas abertas, feitas de forma verbal, em uma ordem prevista, mas que podem gerar desdobramentos, caso o pesquisador acrescente perguntas de esclarecimento.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DAS FAMÍLIAS

As características socioeconômicas das famílias pesquisadas mostraram o predomínio da família do tipo nuclear<sup>7</sup> (70,58%), constituída por 1 ou 2 filhos (47% cada). Esses resultados são comprovados por Dominik (2010), que, em seu estudo, percebeu que as famílias bambuienses, assim como as brasileiras, são, em sua maioria, nucleares composta (40,5%), com 1 filho (36,8%) e 2 filhos (29,5%). O tamanho médio dessas famílias era de 3 moradores, o que coincide com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 2009, em que a maioria da população (25,1%) possui 3 moradores nos domicílios, seguida por 22,6% com 2 moradores (IBGE, 2009).

A escolaridade é um fator a ser ressaltado, pois, nas famílias que possuíam cônjuge, 75% destes pais cursaram o ensino fundamental incompleto e, entre eles, 66,67% frequentaram somente até o 5º ano, tendo, em média, 6 anos de estudo. Nenhum pai possuía ensino superior. Em relação às mães, 58,82% delas cursaram o ensino fundamental incompleto, com 70% tendo cursado até o 5º ano, sendo a média de 8 anos de estudos. Quando comparados aos dados da PNAD 2009 (IBGE, 2010), estes números revelam uma realidade pior que a média nacional, onde 36,9% da população possui o ensino fundamental incompleto. Este estudo do IBGE revela, ainda, que a média de estudos das mulheres é maior que a dos homens, assim como o da amostra em estudo.

Estes dados podem ser corroborados pela pesquisa de Dominik (2010), uma vez que 50% das pessoas de referência (em sua maioria homens) do município de Bambuí/MG possuíam ensino fundamental incompleto. O baixo grau de escolaridade das pessoas de referência das famílias bambuienses urbanas também pôde ser constatado quando os resultados apresentaram que apenas 13,7% possuíam ensino superior e apenas 3,2% dos indivíduos possuíam ensino de pós-graduação (*lato sensu* ou *stricto sensu*).

---

<sup>7</sup> Blackwell, Miniard e Engel (2009) caracterizam família nuclear como aquela que se compõe de mãe, pai, criança(s), sendo o grupo considerado padrão, atualmente, pela sociedade ocidental.

A renda média das famílias foi de R\$1.863,23, sendo a renda máxima de R\$5.610,00 e a mínima de R\$265,00. Quando comparada ao rendimento total médio mensal da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), do ano de 2009, a renda das famílias pesquisadas era inferior à nacional, que foi auferida em R\$ 2.641,63 (IBGE, 2010).

A maioria das mães entrevistadas trabalhava fora de casa (70,6%) e suas ocupações eram em profissões consideradas tipicamente do universo feminino, como professora do ensino fundamental, manicure, cabeleireira, faxineira e doméstica. Quanto aos pais, as profissões desenvolvidas eram, principalmente, de pedreiro (41,6%) e produtor rural (25%), comprovando os valores do PIB de Bambuí/MG, que possuem maior contribuição no setor de serviços e no setor agrícola, respectivamente.

#### **4.2 REPRESENTAÇÕES QUANTO À SAÚDE BUCAL**

A análise das entrevistas das mães permitiu identificar suas representações a respeito da saúde bucal, nas seguintes categorias de análise: conhecimento sobre o significado de saúde bucal; saúde bucal associada à doença; saúde bucal e cuidado, além de sua associação com a estética e aparência dento-facial.

Os resultados evidenciam que os atores sociais deste estudo ainda têm dificuldade para definir o significado de “saúde bucal”:

“Ah é muito bom, né? Se tiver a oportunidade de ter é muito bom...  
(Mãe 3; 49 anos; ensino fundamental incompleto).

“Não é como cuidar, é o que é saúde bucal, né? Pergunta difícil, né? (Mãe 16; 42 anos; ensino superior completo).

Estes resultados corroboram o de Domingues et al. (2008), em termos da dificuldade em se conceituar saúde, o que é reconhecido desde a Grécia antiga, havendo carência de estudos sobre esse conceito, talvez, por influência da indústria farmacêutica e de uma cultura da doença, tratando a saúde como mera ausência de doenças.

Este fato pode ser também exemplificado quando as respostas das mães remetiam à frase “saúde começa pela boca”, como forma de definição da saúde bucal.

“Uai isso (a saúde bucal) é muito importante para todos, né? É essencial, a saúde começa pela boca, né? (Mãe 4; 37 anos; ensino fundamental incompleto)

Segundo Emmerich e Castiel (2009), a Odontologia usou e abusou deste *slogan*, como se ele definisse um diagnóstico fundamental sobre o adoecimento e a saúde do ser humano. Esse discurso odontológico foi consolidando um território no corpo humano, como sendo a boca a área onde tudo começa no processo saúde-adoecimento, não somente bucal, mas de todo o organismo, deixando implícito que a boca é responsável pelo adoecimento, com a intenção de dar importância ao sistema estomatognático.

Esta dificuldade em conceituar “saúde bucal” pode advir da falta de políticas públicas de saúde voltadas para a educação em saúde, não somente com os escolares, mas com toda a família, incluindo, principalmente, a mãe. Segundo Domingues et al. (2008), os hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os hábitos da mãe. Portanto, o conhecimento e o nível de saúde da mãe podem influenciar o comportamento dos filhos.

A saúde associada à ausência de doenças também foi encontrada nos discursos desta pesquisa, onde o termo saúde bucal representava para as mães não ter cáries, não ter doença gengival e não ter mau hálito:

“Ué não ter nenhuma doença na gengiva, não ter cárie. Acho que é isso.” (Mãe 16; 42 anos; ensino superior completo)

“Eu acho que a saúde bucal é muito importante, os dente tem que tá perfeito, sem cárie sem nada, sem aquele mau hálito horrível que a gente sente. Pra mim é isso.” (Mãe 7; 47 anos; ensino fundamental incompleto)

O novo paradigma de saúde sugere que, para uma pessoa ser saudável, a ausência de doença não é suficiente e nem necessária, podendo um estado saudável ser compatível com um certo nível de doença (NADANOVSKY, 2000). Portanto, é possível perceber que a população ainda se apropria do modelo tido como hegemônico na área da saúde, para o qual o ser humano é considerado uma máquina e a doença um mau funcionamento dos mecanismos biológicos (ABREU et al., 2005).

Para Costa et al. (2008), esta visão reforça a consideração de que os profissionais que estão no mercado de trabalho ainda trazem atitudes e

comportamentos que enfatizam a doença, o que não contribui para a mudança das representações sociais da Odontologia.

À medida em que as normas de higiene e de cuidado são prescritas pelos profissionais de saúde para a sociedade, as pessoas acreditam que adoecem por culpa ou “descuido”, sendo o indivíduo considerado o grande responsável pelo seu adoecimento bucal ou o de seus filhos, o que é evidenciado em vários estudos qualitativos em saúde bucal (ABREU et al., 2005; DOMINGUES et al., 2008; COSTA et al., 2008).

Adivindo deste fato, outra categoria de análise que surgiu foi a saúde bucal significando **cuidado**, simbolizado através da escovação dental, higiene, ida ao dentista e tratamentos dentários curativos.

“Porque se tiver os dente tudo tratado, arrumadinho, né, eu acho que é o melhor que a gente pode fazer pra eles (os filhos) é isso, né?” (Mãe 4; 37 anos; ensino fundamental incompleto)

“Olha eu acho que é cuidar da gente, escovar os dente, tratar dos dente, ir sempre ao dentista.”(Mãe 5; 45 anos; ensino fundamental incompleto)

“Bom, é higiene, né? E freqüentar sempre o dentista pelo menos de 6 em 6 meses, né?( Mãe 10; 49 anos; ensino fundamental incompleto)

Para Abreu et al. (2005), o saber feminino sobre o cuidado em saúde é construído socialmente, sendo influenciado pelo seu contato com os serviços de saúde, sua própria experiência no âmbito doméstico, transmissão de conhecimento por antepassados e através dos meios de comunicação. Em sua pesquisa, para as entrevistadas, assim como neste estudo, a saúde bucal não era considerada um estado, mas a atividade de cuidar do corpo.

No estudo de Paula et al. (2009), também houve a associação da saúde bucal com higiene, sendo esta saúde condicionada a consultas odontológicas e o cuidado vinculado a ordens dos profissionais. Estes resultados mostram, mais uma vez, que a população ainda se apropria do modelo de saúde medicamentoso e curativista, com uma parcela de contribuição dos profissionais para esse pensamento.

Outra categoria de análise remete a fatores estéticos, representando a aparência, a imagem e o sorriso bonito características de uma pessoa saudável e bem cuidada.

“É você olhar pra pessoa e vê que ela tem a boca, a aparência de dentes bons, entendeu? É dar aquele sorriso bonito e acho que vem, a saúde vem da boca, entendeu? E primeiramente eu olho pra pessoa, eu sem querer olho na boca... A estética também, né? Acho que é importante.”(Mãe 2; 49 anos; ensino superior completo)

“Eu acho fundamental porque o sorriso é tudo, higiene é tudo, né, na boca. Uma boca feia vê logo que é uma pessoa descuidada...”(Mãe 8; 41 anos; ensino médio completo)

Por meio das falas das entrevistadas, percebeu-se o quanto a estética é valorizada em nossa sociedade, em detrimento de outros valores, tornando as pessoas vulneráveis a ela. Um belo sorriso é um signo importante para a autoapresentação. Na pesquisa de Domingues et al. (2008), o conceito de “saúde bucal” se restringiu, na visão das mães ouvidas, à dimensão estética e pouco com as demais funções da boca.

No estudo de Ferreira e Alves (2006), a saúde da boca teve uma dimensão psicossocial, em que favorecia as relações afetivas iniciadas através do encontro, do olhar, do sorriso. Para o grupo pesquisado, a boca deixou de ser propriedade somente do indivíduo e passou a ser compartilhada pelo outro em seus cheiros, sua estética, sua imagem.

A visão de grande parte dos usuários de um serviço de saúde pública da pesquisa de Paula et al. (2009) também associa saúde bucal à aparência, considerando-a importante para trocas sociais, pessoais, profissionais e para o bem-estar do indivíduo.

Houve, em dois discursos, a associação da saúde bucal como parte de uma saúde geral do corpo e também do entendimento de que saúde bucal não é somente ter bons dentes, ter higiene, indo além disso.

“Uai a saúde bucal faz parte da saúde por inteiro, né?” (Mãe 12; 52 anos; ensino fundamental incompleto)

“Uai, acho que é assim, antes de ter os dentes perfeitos, né? Porque meus dentes sempre foram muito bons em relação à cárie... Então até achava que eu tinha uma saúde perfeita, escovava bem, né? Mas não... então eu acho que saúde bucal não é dar só uma escovadinha mais ou menos e os dente tá assim, considerados perfeitos.” (Mãe 13; 35 anos; ensino superior completo)

Pode-se inferir, a partir destas falas, que o conhecimento da população em relação à saúde bucal pode estar mudando e esteja mais acessível, talvez,

pela formação dos dentistas através das novas Diretrizes Curriculares para o ensino em Odontologia, que valorizam não só a excelência técnica, mas também dão importância ao novo paradigma da saúde, através de uma visão ampliada sobre a saúde dos sujeitos. Considerando que no relacionamento estabelecido entre pacientes e dentistas há uma relação de poder, sendo estes últimos detentores do conhecimento, a formação do profissional pode influenciar a forma como este repassa à população conhecimentos sobre educação em saúde, podendo ou não empoderá-la.

Nesse sentido, os resultados das pesquisas de Paula et al. (2009) e de Ferreira e Alves (2006) mostraram que os entrevistados não conseguem descontextualizar a sua boca do corpo humano. Isto é, que a saúde bucal não é restrita à boca, mas que pode afetar outros órgãos, gerando problemas, contrariando os preceitos da Odontologia, que, até recentemente, considerava a boca, formada por estruturas anátomo-funcionais, como um apêndice do corpo.

No estudo de Costa et al. (2008) com estudantes de Odontologia e suas representações sobre a profissão, encontramos outra visão. Os acadêmicos acham que a sociedade não valoriza a Odontologia porque as pessoas não valorizam a boca e os dentes como parte indissociável e importante do corpo humano, uma vez que as doenças que os comprometem não levam à morte.

#### **4.3 REPRESENTAÇÕES QUANTO AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

As representações das mães quanto ao tratamento ortodôntico revelaram duas categorias de análise: estética e inter-relação do tratamento ortodôntico com a saúde sistêmica.

O significado atribuído à estética apareceu em 82,3% das respostas das entrevistadas, mostrando o quanto nossa sociedade superdimensiona a aparência:

“Eu acho importante porque eu acho que o sorriso completa a pessoa, os dentes bem bonito eu acho que faz muito bem.”( Mãe 14; 48 anos; ensino fundamental incompleto)

“[...] fora que o sorriso fica assim, mais bonito, né?”( Mãe 13; 35 anos; ensino superior completo)

Segundo Paula et al.(2009), o sorriso tem conotações bastante significativas em nossa sociedade: anuncia bem-estar, alegria, segurança, autoestima, satisfação em relação ao outro e boa acolhida à aproximação. Com isso, pode-se inferir que dentes bonitos, em um sorriso harmônico, interferem no imaginário das mães ouvidas, com implicações na qualidade de vida de toda a família.

A respeito das fantasias, que representam o que se deseja num plano imaginário, a pesquisa de Nicodemo et al. (2007) sobre aspectos psicossociais relacionados à aparência facial, após cirurgias ortognáticas, identificou que as expectativas dos pacientes compreendiam estética (32%), situações sociais (40%) e autoestima (16%).

A fala a seguir apresentada demonstra o quanto o sorriso e a aparência dos dentes tornam as pessoas vulneráveis a sentimentos de inferioridade, insegurança e rejeição e, por isso, buscam um tratamento que significa para elas a volta de sua autoestima.

“Ela tinha os dentes tudo atrapalhado, né? Nasceu tudo atrapalhado então ela falava que tinha até vergonha de sorrir e hoje ela é uma menina que é, que é feliz, né? Sorri, tem os dentes tudo arrumadinho, beleza.” (Mãe 12; 52 anos; ensino fundamental incompleto)

Segundo Borges et al. (2010), a insatisfação com a aparência de dentes e gengivas foi associada às oclusopatias, mesmo quando o indivíduo possuía outras morbidades, como a cárie dentária. Além disso, os resultados do seu estudo mostraram que a insatisfação com a aparência aumenta, conforme a gravidade da oclusopatia.

No estudo de Ferreira e Alves (2006), a prótese dental tem o mesmo efeito que o tratamento ortodôntico tem nesta pesquisa, ou seja, o resgate e a restauração da autoimagem e autoestima do indivíduo. Assim, a prótese dental e o tratamento ortodôntico podem ser considerados artifícios que oferecem a possibilidade de ser apreendidos como um valor simbólico e têm a capacidade de fazer o indivíduo sonhar com sua aceitação nos grupos sociais que tem como referência.

É possível perceber que a “falta” de um sorriso agradável gera insatisfação e atrapalha o contato social do indivíduo, interferindo em seu bem-estar e na sua qualidade de vida.

Neste sentido, pode-se inferir o quanto o tratamento ortodôntico simboliza a busca pela beleza, pela “normalidade” e pela estética, visando a afirmação de si mesmo no convívio social. Este fato pode ser visto nas seguintes falas:

“Com o aparelho, eu achei assim, gente que maravilha saber que tem essa tecnologia, né? Coloca o aparelho e volta tudo ao normal, né? (Mãe 8; 41 anos; ensino médio completo)

“É a correção dos dentes que não estavam na posição correta...”(Mãe 6; 42 anos; ensino superior completo)

Um fator que chama a atenção nos discursos das mães é a utilização das expressões “consertar ou corrigir os dentes”, que apareceu em 57,1% dos depoimentos que consideravam a estética como representação do tratamento ortodôntico.

“É a correção dos dentes, né?” (Mãe 11; 42 anos; ensino médio completo)

“Uai, eu acho que é pra concertar os dente porque tava tudo atrapalhado, esquisito, né? Ai colocou o aparelho. As aparência é tudo, né? (Mãe 15; 39 anos; ensino fundamental incompleto)

“É pra concertar os dentes, né? Colocar eles em alinhamento, né? ( Mãe 7; 47 anos; ensino fundamental completo )

Para Peres et al. (2002), o aspecto estético exerce papel importante na interação social dos indivíduos, sendo que as deformidades faciais causam mais impacto do que outras incapacidades físicas. A presença de dentes alinhados exerce forte influência sobre a percepção de beleza, sucesso profissional, inteligência e associação com indivíduos mais favorecidos socialmente.

Os resultados deste estudo também estão coerentes com os de Abreu et al. (2005), que mostram uma grande preocupação das mães do meio rural com a aparência da cavidade bucal dos filhos, ou seja, a questão da estética é percebida como importante fator de saúde bucal. Quando se aprofundou a análise sobre essas preocupações, verificou-se que a questão mais relevante para os pais foi a aparência dos dentes no convívio social.

A representação sobre tratamento ortodôntico também mostra que, para algumas mães, há relação deste com a saúde sistêmica. As mães acreditam que o tratamento tem a função de “corrigir” os dentes e melhorar a estética,

mas há a percepção que este tratamento não está restrito somente à boca, podendo interferir tanto na cura quanto na prevenção de problemas funcionais do organismo, conforme pode ser visualizado nas seguintes falas:

“Ele representa termo estético e também termos de saúde, né? ... ele tinha muita dor de cabeça, depois que ele passou a fazer o tratamento ele quase não tem...” (Mãe 16; 42 anos; ensino superior completo)

“É a correção dos dentes que não estavam na posição correta e vários outros fatores... Poderia trazer transtornos, é na respiração, até na posição do corpo, no esquema corporal dela também...”(Mãe 6; 42 anos; ensino superior completo)

Este dado contradiz o estudo de Domingues et al. (2008), pois, em seus resultados, as mães se preocupam pouco com os aspectos funcionais desenvolvidos pela boca, tendo relevância a associação da saúde bucal com estética.

Segundo Paula et al. (2009), quando a saúde bucal é atingida, a geral também pode ser diminuída. A combinação entre saúde bucal e doenças sistêmicas agudas ou crônicas pode criar um espiral negativo, no qual as doenças são agravadas pela condição de saúde bucal e esta pode deteriorar-se, enquanto outros problemas médicos progridem. Assim, o aparelho representa o tratamento que busca “correções” para a boca e para os acometimentos de outras partes do organismo que estão relacionados a ela.

## **5 CONCLUSÕES**

A saúde bucal tem o seu sentido construído pelas mães de Bambuí/MG a partir de aspectos biológicos, mas também pelas relações sociais e afetivas.

A representação sobre o significado de saúde ainda é muito associada à ausência de doença, podendo este fato advir do modelo hegemônico da saúde, que é curativista, sendo a higiene, as idas ao dentista e o tratamento curativo considerados pela mãe uma forma de cuidar e de manter a saúde bucal dos filhos, pois a sua função social é zelar por eles e garantir o seu não adoecimento.

A representação social deste saber feminino sobre o cuidado em saúde é construída socialmente, sendo influenciada pelo seu contato com os serviços de saúde e por profissionais que trabalham neste serviço; por sua própria

experiência no âmbito doméstico; pela transmissão de conhecimento por antepassados; e através dos meios de comunicação.

O fator estético é visto como primordial, tanto com respeito à saúde bucal quanto ao significado do tratamento ortodôntico, indicando que, realmente, a beleza e a aparência estão enraizadas em nossa sociedade, contribuindo para uma cultura de supervalorização que a mídia chama de “belo”, em detrimento de outros valores e funções do organismo humano. Quem se encontra fora do “padrão”, muitas vezes, tem sentimentos de insegurança, insatisfação e inferioridade, o que interfere no contato social deste indivíduo e, portanto, em seu bem-estar.

A busca pelo considerado “normal”, “perfeito”, faz com que estas mães dêem sentido e significado ao aparelho ortodôntico, que representa o meio pelo qual se consegue um belo sorriso, muitas vezes, resgatando a autoestima e fazendo com que o adolescente seja aceito em seus grupos de referência.

Além da preocupação das mães com a estética, existe, em alguns relatos, uma associação do uso do aparelho e do tratamento ortodôntico como um meio de se conseguir a prevenção ou a melhora para acometimentos do trato respiratório, neurológico, digestivo, entre outros. Esta percepção das mães pode estar ligada ao aumento do nível de conhecimento da população sobre aspectos relacionados à saúde, tanto pelo contato com os meios de comunicação quanto pelo maior acesso a estes serviços.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Mauro Henrique Nogueira; PORDEUS, Isabela Almeida; MODENA, Celina Maria. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p.245-259, 2005.

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In X. P. Moreira, & D. C. Oliveira (orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB Editora, 1998

ARRUDA, Angela. Teoria das representações sociais e teoria de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, 2002.

BORGES, Carolina Marques; PERES, Marco Aurélio; PERES, Karen Glazer. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 713-23, 2010.

COSTA, Simone Melo; BONAN, Paulo Rogério Ferreti; ABREU, Mauro Henrique Nogueira; DURÃES, Sarah, Jane Alves. Representação social da Odontologia: abordagem qualitativa junto aos graduandos da Unimontes. **Revista Odonto Ciência**, v.23, n.3, p. 238-242, 2008.

DOMINGUES, Sidney Marcel; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de; NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. v.18, n. 1, p. 66-78, 2008.

DOMINIK, Érik Campos. **Padrão de consumo familiar em diferentes estágios do ciclo de vida e níveis de renda- Bambuí/ MG**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Economia Doméstica. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2010.

EMMERICH, A.; CASTIEL, L.D. A ciência odontológica, Sísifo e o “efeito camaleão”. **Comunicação Saúde e Educação**, v.13, n.29, p.339-51, abr./jun, 2009.

FERREIRA, Aurigena Antunes Araújo; ALVES, Maria Socorro Costa. Os sentidos da boca: um estudo de representações sociais com usuários dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 19-30, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf>>. Acesso em: 12/11/2010.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad\\_sintese\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf). Acesso em: 14/11/2010.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2009**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009/POFcomentario.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFcomentario.pdf)> . Acesso em: 12/11/2010.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciencias humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

MEDRADO, B. Das representações aos repertórios: uma abordagem construcionista. **Psicologia e Sociedade**, v.10, n.1, p. 86-103, jan./jun., 1998.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NADANOVSKY, Paulo. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: PINTO (Org.). **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.

NICODEMO, Denise; PEREIRA, Max Domingues; FERREIRA, Lydia Masako. Cirurgia ortognática: abordagem psicossocial em pacientes Classe III de Angle submetidos à correção cirúrgica da deformidade dentofacial. **Revista Dental Press Ortodon Ortop Facial**, v.12, n.5, p.46-54, set/out, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da saúde: cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 1986, p.11-8.

PAULA, Adianne Calixto Freire de, FERREIRA, Raquel Conceição; NETO, João Felício Rodrigues; PAULA, Alfredo Maurício Batista de. Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde de Montes Claros/MG quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico. **Arquivos em Odontologia**, v.45, n.4, p. 199:205, 2009.

PERES, Karen Glazer; TRAEBERT, Eliane Silva Azevedo; MARCENES, Wagner. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.2, p. 230-236, 2002.

SÁ, Celso Pereira. Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org). **O conhecimento do cotidiano**. As representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

## **CAPÍTULO 3 – ARTIGO ORIGINAL**

### **O PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR QUANTO AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

## **O PROCESSO DECISÓRIO FAMILIAR QUANTO AO TRATAMENTO ORTODÔNTICO**

**Thais Cristina Vasconcelos Ramos (M. Sc.); Maria das Dores Saraiva de Loreto (Orientadora); Karla Maria Damiano Teixeira (Coorientadora); Andréa Maria Duarte Vargas (Coorientadora).**

### **RESUMO**

Em função da escassez de recursos e do significativo custo do tratamento ortodôntico, as famílias se organizam, em função de suas necessidades e prioridades, por meio de uma série de etapas, escolhas, influências e julgamentos, que configuram o processo decisório. Assim, o artigo em questão buscou analisar, através da percepção das mães, o processo decisório da família concernente ao tratamento ortodôntico do filho adolescente, identificando quais foram os fatores determinantes e as implicações deste tratamento na alocação e manejo dos recursos familiares. A metodologia, de natureza qualitativa, pesquisou uma amostra de 17 famílias, cujos filhos estavam finalizando o tratamento ortodôntico, sendo o estudo desenvolvido no município de Bambuí/MG. Os instrumentos de coleta dos dados foram um questionário socioeconômico e entrevista semiestruturada com as mães. Os resultados revelaram que o reconhecimento da necessidade do tratamento ortodôntico está associado à dimensão estética, vista como elemento facilitador das trocas sociais. As mães assumem a maioria dos papéis que permeiam as decisões, seja na busca de informações, especialmente com dentistas; escolha das alternativas, baseada em confiança no profissional, aspecto dento-facial e facilidade de pagamento; como também na decisão e sua avaliação, fundamentada em aspectos normativos. A fim de manter o tratamento ortodôntico dos filhos, o subsistema administrativo sofreu influência, devido à modificação no manejo de recursos pela família, que teve de controlar e reajustar os gastos orçamentários, por meio da comunicação e busca da adaptabilidade do sistema familiar.

Palavras-chave: Processo Decisório Familiar, Tratamento Ortodôntico, Manejo de Recursos.

## **ABSTRACT**

### **FAMILY DECISION PROCESS CONCERNING THE ORTHODONTIC TREATMENT**

**Thais Cristina Vasconcelos Ramos (Msc); Maria das Dores Saraiva de Loreto (Adviser); Andréa Maria Duarte Vargas (Co-Adviser); Karla Maria Damiano Teixeira (Co-Adviser).**

Due to the scarcity of resources and the significant cost of the orthodontic treatment, the families organize themselves, considering its necessities and priorities, by means of a series of stages, choices, influences and judgments that configure the decision process. Thus, this article aimed to analyze, through the mothers' perception, the decision process of the family, concerning the orthodontic treatment of the adolescent, identifying the determinative factors and the implications of this treatment in the allocation and management of the familiar resources. The methodology of qualitative nature was developed in the city of Bambuí/MG, with a sample of 17 families, whose children were finishing the orthodontic treatment. The instruments of data collection were a socio-economical questionnaire and half-structured interviews with the mothers. The results showed that the recognition of the necessity of the orthodontic treatment is associated to the aesthetic dimension, seen as a facilitator of the social exchanges. Mothers take on most of the papers that permeate the decisions, either searching information, especially with dentists; choosing alternatives, based in confidence in the professional, dentofacial aspects and easy payment; as well as in the decision and its evaluation, based on normative aspects. In order to keep up the orthodontic treatment of the children, the administrative subsystem suffered influence due to modification in the management of the family's resources, which had to control and readjust the budgetary expenses, by means of the communication and searching for the adaptability of the familiar system.

**Keywords:** Family decision process, Orthodontic Treatment, Resources Management.

## 1 INTRODUÇÃO

Entre os acometimentos bucais mais prevalentes, estão a cárie dentária, a doença periodontal e as maloclusões. As maloclusões ou oclusopatias podem ser compreendidas como problemas de crescimento e desenvolvimento que afetam a oclusão dos dentes, causando tanto impacto biológico como impacto social, uma vez que podem interferir na qualidade de vida dos indivíduos.

A prevalência dos problemas oclusais no Brasil foi apresentada no levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde, denominado “Projeto SB Brasil 2003”, que avaliou as condições de saúde bucal da população brasileira nos anos de 2002 e 2003, apontando que 58,1% dos escolares na idade de 12 anos apresentavam algum tipo de maloclusão. Estes dados comprovam a alta prevalência de problemas oclusais na população, porém, mesmo assim, os tratamentos ortodônticos no serviço público de saúde ainda são muito incipientes e a busca pelo tratamento se faz, então, em consultórios privados.

Pressupõe-se que escassez de recursos, conjugada com o custo significativo do tratamento ortodôntico induzam a maioria das famílias, face às suas prioridades e disponibilidade de recursos, a se organizar para enfrentar os desafios e tarefas da vida cotidiana, tomando decisões que atendam às necessidades de seus membros.

A tomada de decisão é o termo utilizado para descrever o processo pelo qual as famílias fazem escolhas entre duas ou mais alternativas, realizam julgamentos e chegam a conclusões que levam a determinadas atitudes (TURNER, 2010; GOLDSMITH, 2010). Este processo segue uma série de etapas e sofre influências dos membros familiares, através dos papéis desempenhados por eles no decorrer da tomada de decisão.

Levy e Lee (2004), ao analisarem as decisões familiares, explicitaram que há poucas pesquisas sobre a avaliação dos processos decisórios e, em se tratando da questão ortodôntica, praticamente inexistem estudos sobre esse processo.

Como a figura da mãe tem grande importância no interior do ambiente familiar, devido ao fato de ser, segundo Abreu et al. (2005), a responsável pelo cuidado da saúde da família como um todo, este artigo objetivou analisar o

processo decisório da família quanto ao tratamento ortodôntico do filho adolescente sob o olhar das mães, além de identificar quais foram os fatores determinantes e as implicações deste tratamento no manejo de recursos da família.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL**

### **2.1 FATORES DETERMINANTES DO CONSUMO DE PRODUTOS E SERVIÇOS**

O consumo é considerado por Silva (2006) como seleção, compra e uso de bens e serviços. O ato de consumir é comum a todos os seres humanos, isto é, faz parte do cotidiano de todos os indivíduos e famílias, sendo influenciado por fatores culturais, sociais, pessoais e psicológicos, como destaca Yamaguti (2005).

No contexto do comportamento do consumidor, a cultura é definida como a soma total de crenças, valores e costumes aprendidos, que servem para regular o comportamento de consumo dos membros de uma sociedade. De acordo com Silva (2006), os valores são também crenças, diferindo destas por servirem de guias de comportamento culturalmente aceitos. Segundo Teixeira (2005), valores são ideias que se tem do que é lícito ou ilícito, orientam a conduta, servem de critérios para a seleção de objetivos, ajudam a avaliar e a julgar, alocar recursos, ter discernimento para a tomada de decisões, entre outras tarefas, desempenhando papel fundamental nas decisões familiares.

Por outro lado, as crenças, conforme Kotler (2000), podem ser menos duradouras que os valores, isto é, são mais fáceis de serem mudadas e têm como base o conhecimento, a opinião e a fé. Elas estabelecem as imagens que as pessoas têm a respeito de marcas e produtos, baseadas em suas experiências e referências.

De acordo com MacCracken (2003), o comportamento humano e, conseqüentemente, o consumo são influenciados pela cultura. Ou seja, os bens e serviços consumidos são carregados de significados culturais. Os mundos do *design*, da publicidade, do desenvolvimento dos produtos e da moda criam bens de consumo, moldando e dando vida ao universo. Como salienta Cortez (2007), geralmente, mede-se o *status* da pessoa pelo seu

consumo, e não pelo que seja necessário e útil à sua vida, isto é, os produtos são exibidos como marcadores de classe social, como símbolo de *status*.

Para Solomon (2008), a classe social é tanto um estado de ser quanto de possuir. O fenômeno da estratificação social se baseia em diferentes variáveis, que não somente a renda, como: autoridade, força e poder, educação, conhecimento, padrões de consumo e estilo de vida, além das ligações sociais ou grupos de referência (SILVA, 2006).

Quanto aos grupos de referência, Kotler (2000) classifica-os como diretos ou indiretos. Aqueles que exercem influência direta sobre uma pessoa são chamados grupos de afinidades. Alguns grupos de afinidade são primários, como a família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, com os quais a pessoa interage contínua e informalmente. As pessoas também pertencem a grupos secundários, como grupos religiosos, associações, em que as interações são formais e com interações contínuas menores.

Segundo Schiffman e Kanut (2000), os grupos de referência do consumidor estão sendo ampliados, de modo a incluir grupos com os quais o consumidor não tem contato pessoal, como celebridades, políticos, dentre outros.

Os membros da família constituem o grupo de referência primário mais influente. De acordo com Yamaguti (2005), é possível distinguir, no processo decisório, dois tipos de família: a *família de orientação*, que é composta pelos pais e irmãos de uma pessoa; e a *família de procriação* (cônjuge e filhos), que influencia, diretamente, no comportamento de uma pessoa.

Na percepção de Teixeira (2005), quanto maior a família, mais complicado o processo decisório. Além disso, deve-se ressaltar que os papéis desempenhados pelos membros da família são de extrema importância para entender o funcionamento da unidade doméstica.

Quando se considera o comportamento do consumidor e a pesquisa de mercado, o *status* é mais frequentemente definido em termos de uma ou mais variáveis demográficas ou socioeconômicas convenientes, como renda familiar, *status* profissional e grau de instrução (YAMAGUTI, 2005).

É importante ressaltar que as decisões de consumo são também influenciadas por fatores pessoais e psicológicos, como, por exemplo, a motivação, percepção, aprendizagem, experiências passadas e atitudes. A motivação diz respeito à força interior que impele à ação, em função dos

desejos e necessidades. Uma necessidade passa a ser um motivo quando alcança um nível de intensidade suficientemente importante que faça o indivíduo agir.

Solomon (2008) conceitua a percepção afirmando ser esta um processo pelo qual sensações percebidas pelos receptores sensoriais (boca, dedo, nariz e olhos) são selecionadas, organizadas e interpretadas, visando criar uma imagem significativa e coerente do mundo. A percepção depende não apenas de estímulos físicos, mas também da relação destes estímulos com o ambiente, bem como das condições interiores da pessoa. Kotler (2000) entende que uma pessoa motivada está pronta para agir, mas a maneira como a pessoa motivada realmente age é influenciada pela percepção que ela tem da situação.

A aprendizagem envolve mudanças no comportamento de uma pessoa, pois quando ela age, aprende e acumula experiência para os próximos comportamentos (KOTLER, 2000). No que diz respeito à aprendizagem do consumidor, Schiffman e Kanuk (2000) a definem como o processo pelo qual os indivíduos tomam consciência da compra ou aquisição de um bem ou serviço, sendo uma experiência que vão pôr em prática no futuro.

Quanto às experiências passadas e atitudes, a primeira refere-se às vivências anteriores que indivíduo e família experimentaram em relação ao processo decisório, enquanto que as atitudes revelam uma predisposição (positiva ou negativa) com relação a dado produto ou serviço. Como ressaltam Domingues et al. (2008), na questão do tratamento odontológico, ganha destaque a figura da mãe, que tem importância no interior do ambiente familiar, podendo influenciar, positiva ou negativamente, as ações de promoção da saúde, dado o seu papel decisivo para uma boa ou má educação em saúde bucal da criança e, por extensão, da família como um todo.

## **2.2 O PROCESSO DECISÓRIO: PAPÉIS E ETAPAS**

Em um núcleo familiar e no processo decisório, cada membro do grupo pode assumir papéis diferentes concernentes à decisão de consumo de um produto ou serviço. Segundo Levy e Lee (2004), os papéis no processo de tomada de decisão incluem: a) **Iniciador**: que reconhece o problema ou necessidade de um item; b) **Influenciador**: fornece informação sobre um produto ou serviço, procurando influenciar outros membros da família a respeito dos objetivos e metas a serem alcançados ou das decisões a serem

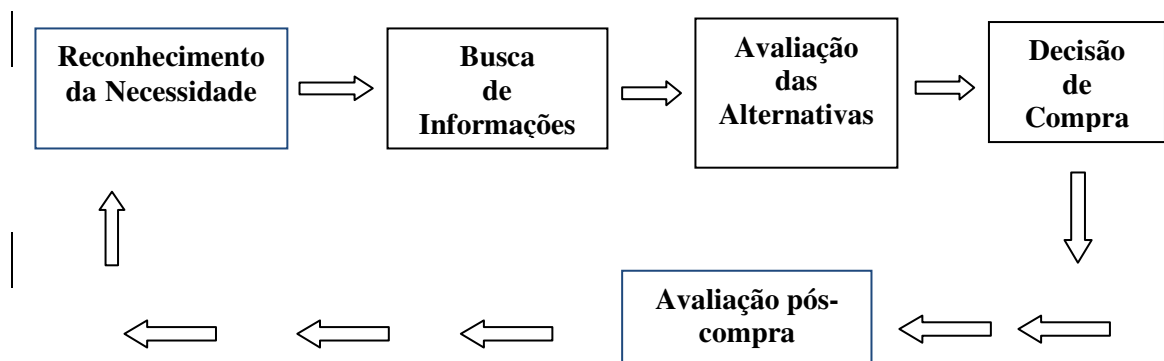
tomadas; c) **Produtor de informação**: que é o indivíduo ou indivíduos que fazem as informações relacionadas a uma possível aquisição; d) **Guarda**: que controla o fluxo de informações a outros membros da família; e) **Tomador de decisão ou decisor**: que tem a autoridade de tomar decisões de compra: comprar, o que comprar, como ou onde comprar; f) **Comprador**: que age, fisicamente, para completar o processo de compra.

Além destes citados, Teixeira (2005) acrescenta, ainda, os seguintes papéis que podem assumir os membros de uma família no ato de consumo: a) **Preparador**: torna o produto aceitável ao consumo por outros membros familiares; b) **Usuário**: usam ou consomem determinado produto ou serviço; c) **Mantenedor**: repara o produto para que continue proporcionando satisfação individual ou coletiva; d) **Disponibilizador**: inicia o processo de descarte ou descontinuidade de uso de um produto ou serviço.

Cada um desses papéis pode ser exercido por várias pessoas diferentes, em um único processo de compra, como também todos esses papéis podem ser concentrados em um único indivíduo (YAMAGUTI, 2005).

Os resultados do estudo de Granbois (1971), citado por Levy e Lee (2004), mostraram que, quanto menor a renda familiar e maior o custo do produto ou serviço a ser considerado, maior a tendência para dois ou mais membros da família se envolverem no processo decisório.

Esses diferentes papéis podem variar em função das etapas do processo decisório, estudadas e abordadas por vários autores. Apesar de existirem algumas diferenças de denominação, os conceitos são parecidos. Em função da similaridade dos tipos e ordens dos estágios, este estudo adotará como referência o modelo de Kotler (2000), apresentado na Figura 1, que apresenta as etapas do processo decisório, em seguida comentadas.



FONTE: Kotler (2000, p. 201)

FIGURA 1: O Processo Decisório do Consumidor

Embora a figura demonstre uma certa rigidez na ordenação das etapas, como se fosse um processo linear, passo-a-passo, Levy e Lee (2004) sugerem que estas etapas se desenvolvem em ciclos interativos, durante a tomada de decisão familiar.

### **2.2.1 RECONHECIMENTO DA NECESSIDADE**

Levy e Lee (2004), assim como a literatura a respeito do comportamento do consumidor, identificaram em seu estudo que a fase de reconhecimento da necessidade é a primeira etapa do processo de compra.

O reconhecimento da necessidade, segundo Semenik e Bamossy (1995), pode ser classificado por três tipos: de reposição, funcional e emocional. A necessidade de reposição é aquela em que houve o consumo e necessita de repor o estoque. A necessidade funcional trata-se daquela em que a compra de um produto ou serviço pode resolver um problema, em função de suas características funcionais. Já a necessidade emocional é aquela em que o consumidor deseja, através do produto ou serviço, ter reconhecimento social ou pessoal, como *status*, prestígio ou conquista.

Em se tratando do objeto deste estudo, pressupõe-se que a compra do serviço e do aparelho ortodôntico pode ser considerada como sendo necessidade funcional e emocional, considerando que uma pessoa pode sentir necessidade de fazer tratamento ortodôntico, devido à função do aparelho na melhoria da mastigação, fonação, deglutição, que podem estar atípicos. Além disso, o desejo ou necessidade pode surgir do próprio indivíduo, que quer ter dentes esteticamente bonitos para ter prestígio dentro do seu grupo de referência e também por *status*, considerando que a aquisição do aparelho ortodôntico constitui a conquista de um “bem”.

### **2.2.2 BUSCA DE INFORMAÇÕES**

Blackwell, Minard e Engel (2009) relatam que o consumidor pode fazer uma busca interna, que são aquelas contidas em sua memória (experiências passadas, conhecimentos ou informações adquiridas) e, caso estas não sejam suficientes, pode realizar a busca externa.

Segundo Kotler (2000), podem existir dois tipos de interesse: atenção elevada e busca ativa de informações. No primeiro, a pessoa é mais receptiva a informações, já no segundo, ela parte para a busca de mais informações.

Conforme Yamaguti (2005), as fontes de informação se dividem em quatro, sendo que sua influência varia de acordo com a categoria do produto e as características do comprador. Essas fontes são: a) Fontes pessoais: família, amigos, vizinhos etc.; b) Fontes comerciais: propagandas, folderes, placas de consultórios; c) Fontes públicas: meios de comunicação de massa; d) Fontes experimentais: manuseio, uso do produto.

### **2.2.3 AVALIAÇÃO DAS ALTERNATIVAS**

Nesta etapa, a família ou algum de seus membros tenta avaliar as diferentes alternativas, visando identificar a opção que ofereça a máxima satisfação aos seus desejos ou necessidades. Segundo Kotler (2000), existem diversos processos de avaliação das alternativas, porém, o consumidor forma julgamentos de maneira racional e consciente.

Para Semenik e Bamossy (1995), a avaliação de alternativas pode seguir três critérios: características funcionais do produto ou serviço, satisfação emocional percebida e benefícios, que podem resultar da posse ou uso do produto ou serviço.

### **2.2.4 DECISÃO DE COMPRA**

Kotler (2000) afirma que, entre a intenção de comprar algo, após a avaliação das alternativas, e a decisão de adquirir um produto, existem dois fatores que podem influenciar um consumidor. Estes fatores são: atitudes dos outros e fatores situacionais imprevistos. A chamada atitude dos outros remete a como as pessoas próximas percebem o produto pretendido, por exemplo: *status*, poder, entre outros. Já os fatores situacionais imprevistos são os eventos que podem alterar a intenção de compra, como desemprego, surgimento de uma necessidade maior, entre outros.

Depois de exposto a estas influências e considerando-se que opte pela compra, o consumidor ainda pode tomar algumas subdecisões que, conforme

Kotler (2000), são: decisão por marca, decisão por fornecedor, decisão por quantidade, decisão por ocasião e decisão por forma de pagamento.

No caso deste estudo, que seria a compra do serviço ortodôntico, as etapas de subdecisões são mais curtas e poderiam ser exemplificadas da seguinte forma: a) Decisão por fornecedor: o consumidor deverá decidir qual dentista ele irá procurar para efetuar a prestação de serviço; b) Decisão por quantidade: esta subdecisão somente se faz necessária quando mais de um membro familiar necessitar de serviço odontológico; c) Decisão por forma de pagamento: decidirá, nesta etapa, se o pagamento será à vista ou por uma das opções de pagamento parcelado.

### **2.2.5 AVALIAÇÃO PÓS-COMPRA OU *FEEDBACK***

O *feedback* refere-se à porção da saída (*output*) que entra novamente no sistema como *inputs*. Esta resposta pode ser positiva ou negativa e, baseando-se nela, as famílias podem alimentar, corrigir ou modificar o uso e processamento dos *inputs*, como também seus subsistemas pessoal e administrativo.

As experiências de consumo envolvem a avaliação quanto às expectativas de cada consumidor no ato da compra e do consumo, podendo ser atendidas ou não, e o nível de satisfação ou insatisfação influencia na repetição da compra, na comunicação boca-a-boca e no comportamento de reclamação (BLACWELL; MINIARD; ENGEL, 2009).

### **2.3 IMPLICAÇÕES DO PROCESSO DECISÓRIO NO SISTEMA FAMILIAR**

Como discutem Deacon e Firebaugh (1998), a unidade familiar é um sistema social que pode ser reorganizado por seus membros e por seus próprios valores e recursos. Nesse sistema, demandas (necessidades e desejos) e recursos são propostos como *input* (recursos, demandas e eventos inesperados ou não planejados) e o resultado de seu uso gera o *output* (mudanças no uso dos recursos e satisfação das demandas); enquanto o *throughput* envolve o processo decisório referente ao processamento ou utilização do *inputs* pelos membros familiares, em termos de planejamento e implementação das ações. Esse processo decisório, segundo Maloch e

Deacon (1966), inclui não somente as escolhas em termos de ações, mas também a tomada de decisão sobre valores e objetivos.

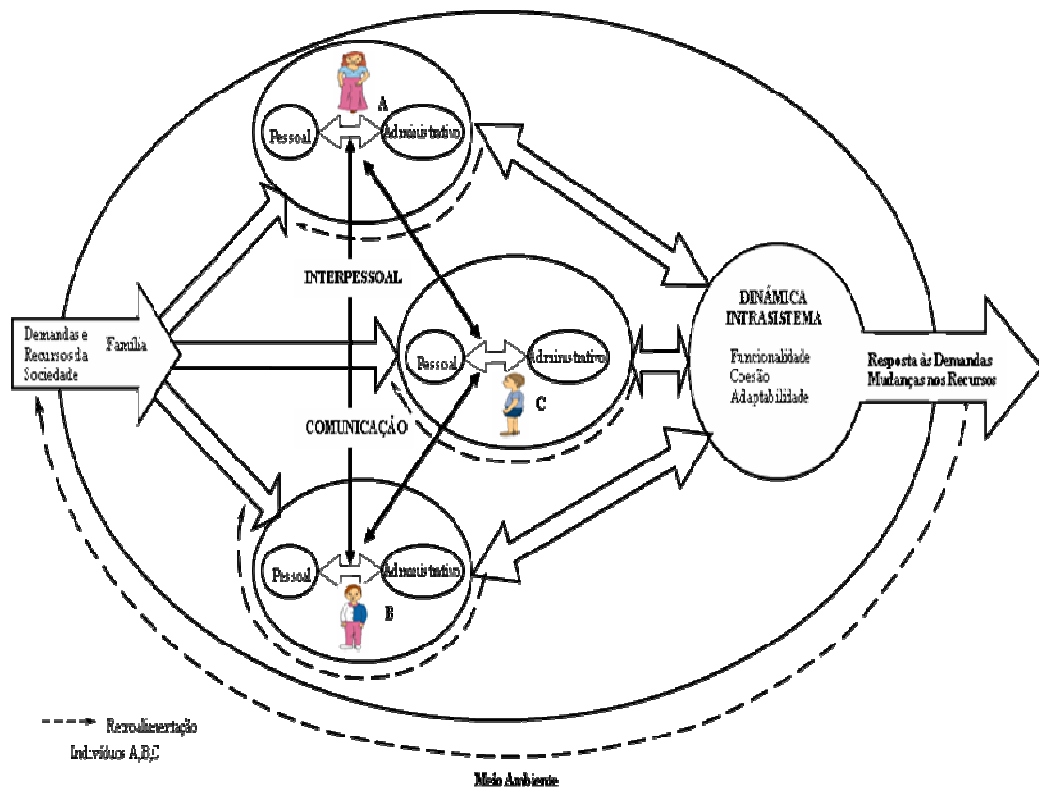
Para estes autores, a família é considerada um ecossistema<sup>8</sup> composto por dois subsistemas: pessoal e administrativo. O subsistema pessoal é composto pelo conjunto de valores, crenças, habilidades e conhecimentos, entre outros, constituindo-se como *inputs* para atingir os objetivos e metas familiares. Ao mesmo tempo, o subsistema pessoal se torna *input* para o subsistema administrativo, à medida que induz à ação administrativa (FONTES, 2002). Por sua vez, o subsistema administrativo refere-se ao planejamento do uso de recursos e implementação de planos.

O planejamento do uso dos recursos escassos envolve uma série de decisões relativas à definição de padrões (critérios operacionais que refletem a imagem que se tem do que é desejável, em termos de quantidade e qualidade) e sequenciamento de ações (ordenamento entre várias atividades). Por outro lado, a implementação de ações consiste em ativar planos e procedimentos, por meio do controle das atividades (revisão de ações, ajustes de gastos e da sequência das atividades), do uso de condições facilitadoras (acompanhamento do fluxo das ações, para que o plano e as ações rotineiras sejam adequados aos indivíduos e ambiente) e do processo de comunicação.

Cada membro da família possui seus subsistemas pessoal e administrativo, que são partes funcionais de um todo, ou seja, do sistema familiar. A dinâmica intrassistêmica, isto é, a relação de interação e de interdependência entre os diversos membros e seus subsistemas ocorre por meio da comunicação, visando à coesão, adaptabilidade e funcionalidade do sistema familiar (FIG. 2).

---

<sup>8</sup> O ecossistema familiar é composto pelos seguintes elementos: os membros familiares, o ambiente (macro e micro) e as diferentes formas de organização e manejo dos recursos.



**FONTE: Deacon e Firebaugh (1998)**

**FIGURA 2 – Dinâmica intrassistêmica: indivíduos como subsistemas do sistema familiar**

Segundo estudo de Lago et al. (2007), em se tratando de assuntos sobre saúde, a maioria das famílias prefere tomar sua decisão depois que a equipe assistencial expressa a sua recomendação. Assim, a decisão é compartilhada, onde o profissional da saúde demonstra os prós e os contras de cada opção terapêutica e, baseado no seu conhecimento e experiência profissional, recomenda à família aquela que seria mais adequada em cada caso, segundo seus critérios normativos. O grupo familiar, então, avalia as propostas, considerando os subsistemas dos diferentes membros. Para a busca do equilíbrio e coesão familiar, os interesses individuais devem ser equacionados, por meio do diálogo e comunicação.

### **3 METODOLOGIA**

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada na cidade de Bambuí/MG, que se situa na região Centro-oeste do estado de Minas Gerais, pertencente à microrregião de Piumhi/MG. Segundo dados do Censo 2010 (IBGE, 2010), o município possui 22.488 habitantes.

O município possuía, no ano 2000, um Produto Interno Bruto (PIB) a preços correntes de, aproximadamente, 82 milhões de reais (FJP/CEI, 2001). A distribuição deste PIB entre os setores da economia dividia-se em 9,99% para o setor de indústrias, 36,51% para a agropecuária e 53,5% para o setor de serviços, segundo dados do IBGE (2008). A renda média mensal *per capita* de Bambuí/MG é de R\$313,74 de uma renda familiar média mensal de R\$ 930,83 (DOMINIK, 2010).

O estudo possui uma população de 57 famílias de adolescentes entre 12 e 18 anos que utilizam aparelho ortodôntico e que estão no final do tratamento, faltando, no máximo, 6 meses para seu término. As informações sobre estas famílias foram repassadas à pesquisadora pelos próprios dentistas, que avaliaram quanto à finalização do tratamento.

Este grupo foi escolhido porque, nesta faixa etária, os adolescentes, normalmente, dependem, economicamente, de seus pais, influenciando nas despesas de toda a família. Os adolescentes, estando ao final do tratamento ortodôntico, possibilitaram avaliar todas as etapas do processo decisório familiar, sob a percepção das mães, uma vez que é consenso entre diversos autores que são elas que cuidam da saúde da família como um todo (QUEIROZ, 1993; ABREU et al., 2005; DOMINGUES et al., 2008).

A amostra foi não probabilística, mas intencional, subdividida em quotas proporcionais ao número de famílias concedidas por cada dentista. Devido a uma acessibilidade maior às famílias, o número de entrevistas com as mães ou responsáveis pelo adolescente constituiu-se de 17 famílias, ao invés das 12 necessárias para o estudo, segundo o critério das quotas. Minayo (2004) afirma que, em um estudo qualitativo, a preocupação maior é com a abrangência da compreensão. A autora indica que, para a definição de uma amostra ideal, deve-se definir o grupo social mais relevante para as entrevistas e não finalizar a inclusão de entrevistados, enquanto não houver o delineamento do quadro empírico da pesquisa.

Participaram apenas mães voluntárias que concordaram e que assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (UFV), parecer nº 073, de junho de 2010.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram um questionário sobre as características socioeconômicas das famílias e também uma

entrevista semiestruturada<sup>9</sup>, a serem aplicadas junto à mãe ou responsável pelo adolescente, tendo como foco o processo decisório da família quanto ao tratamento ortodôntico e quais as etapas, papéis e implicações deste tratamento nos subsistemas pessoal e administrativo das mesmas.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Antes da discussão e análise do processo decisório das famílias, faz-se necessário uma caracterização das mesmas para se conhecer a situação econômica e social do grupo estudado.

As famílias pesquisadas eram, principalmente, do tipo nuclear<sup>10</sup> (70,5%), com poucos filhos, sendo que a maioria possuía 1 ou 2 filhos (47% cada). Esses resultados são comprovados por Dominik (2010), que, em seu estudo, percebeu que as famílias bambuienses, assim como as brasileiras, são, em sua maioria, nuclear composta (40,5%) com 1 filho (36,8%) e 2 filhos (29,5%).

Quanto à escolaridade, nas famílias que possuíam cônjuge, 75% dos maridos cursaram o ensino fundamental incompleto, tendo, em média, 6 anos de estudo, e nenhum pai possuía ensino superior. Em relação às mães, 58,82% tinham o ensino fundamental incompleto, sendo a média de 8 anos de estudos. Assim como os dados da PNAD, do ano de 2009 (IBGE, 2010), a média de estudos das mulheres é maior que a dos homens, porém, a pesquisa do IBGE revela que a realidade escolar das famílias de Bambuí/MG é pior que a da média nacional, dado que 36,9% da população possui o ensino fundamental incompleto.

A renda média das famílias foi de R\$1.863,23, sendo a renda máxima encontrada de R\$5.610,00 e a mínima de R\$265,00. Comparativamente ao rendimento total médio mensal da Pesquisa Orçamentária Familiar (POF), do

---

<sup>9</sup> Laville e Dionne (1999) caracterizam a entrevista semiestruturada como uma série de perguntas abertas, feitas de forma verbal, em uma ordem prevista, mas que podem gerar desdobramentos, caso o pesquisador acrescente perguntas de esclarecimento.

<sup>10</sup> Blackwell, Miniard e Engel, (2009) caracterizam família nuclear como aquela que se compõe de mãe, pai, criança(s), sendo o grupo considerado padrão, atualmente, pela sociedade ocidental.

ano de 2009, a renda destas famílias é inferior à nacional, que foi auferida em R\$ 2641,63 (IBGE, 2010).

A maioria das mães entrevistadas trabalhava fora de casa (70,6 %) e este dado é significativo para este estudo, uma vez que, segundo Solomon (2008), com muitas mulheres trabalhando fora, as responsabilidades da tomada de decisão familiar estão se modificando, havendo um aumento da influência feminina na maioria das questões que envolvem decisões, até mesmo de produtos tradicionalmente “masculinos”.

#### **4.1 ETAPAS DO PROCESSO DE DECISÃO**

O ponto de partida para qualquer decisão de compra é o indivíduo reconhecer que há uma necessidade, uma diferença entre o que ele percebe como o “ideal” e o estado atual das coisas. A percepção das mães sobre a necessidade de tratamento ortodôntico está associada à dimensão estética e um pouco às demais funções da boca e seus componentes, provavelmente, em consequência dos padrões predominantes da sociedade atual, que supervaloriza a aparência, e de sua falta de conhecimento sobre aspectos relacionados à saúde.

“Parece que era assim, o visual, os dentes assim, todo feio, é a estética, parece até que a mastigação também, né?” (Mãe 2; 49 anos; ensino superior completo)

“[...] ela tava feia, os dentes começaram a ficar tortos, né? Ent/ão por ela era mais por estética.” ( Mãe 10; 49 anos; ensino fundamental incompleto)

Este resultado condiz com os de outras pesquisas, como a de Peres et al. (2002), Abreu et al. (2005), Domingues et al. (2008) e Paula et al. (2009), sendo que, para Abreu et al. (2005), a família tem grande importância na construção de valores sobre saúde, assim como o da imagem que o indivíduo faz de si, à medida que interage com o mundo no processo de socialização. A sociedade impõe uma imagem associada a um padrão que classifica as pessoas quanto à aparência.

No estudo realizado em Bambuí/MG por Dominik (2010), os resultados demonstraram uma grande preocupação dos bambuienses com a aparência física, o que pode ser observado devido aos maiores gastos com higiene

(3,7%), vestuário (5,5%) e cuidados pessoais (1,5%), comparativamente à média brasileira (1,8%, 4,7% e 0,8%, respectivamente) apresentada pela POF, no período de 2002/2003.

A necessidade de projetar uma certa imagem em um ambiente social é baseada nas preocupações pessoais sobre como as pessoas são percebidas por outras. Para Blackwell, Miniard e Engel (2009), a imagem social de uma pessoa depende, pelo menos em parte, de que produtos e serviços elas compram e consomem, portanto, usar “aparelho” pode significar *status*.

Peres et al. (2002) sugerem que a demanda para tratamento ortodôntico por questões estéticas pode não ser mera vaidade, mas uma questão de resposta à avaliação social, sendo a estética compreendida de diversas formas, em diferentes populações, dependendo das tradições culturais e sociais. Sabe-se que algumas das mais importantes características influenciadas pela cultura são o vestuário e a aparência.

O sorriso tem conotações bastante significativas em nossa sociedade, pois anuncia bem-estar, alegria, segurança, autoestima, satisfação em relação ao outro e boa acolhida à aproximação. A aparência é um elemento facilitador para as trocas sociais e, por isso, os indivíduos buscam, cada vez mais, a beleza estética para sua afirmação (PAULA et al., 2009).

A partir do reconhecimento da necessidade de submeter o filho a um tratamento ortodôntico, a família buscou informações, especialmente com dentistas nos consultórios odontológicos.

“Desde pequeno eu percebi que ele tinha o céu da boca fundo, muito fundo, e os dentes completamente desalinhados. Então eu levei, mas o dentista falou que ainda não era tempo...” (Mãe 2; 49 anos; ensino superior completo)

“Isso (a necessidade de tratar) foi eu que fui observando, né? A noite ele mastigava muito pro lado assim oh... então eu mesma achei que era isso ( tratamento ortodôntico).” (Mãe 5; 52 anos; ensino fundamental incompleto)

Para Blackwell, Miniard e Engel (2009), o estágio da busca de informações do processo decisório representa a ativação de conhecimento armazenado na memória ou a aquisição de informação no ambiente relacionado à satisfação potencial de necessidades, podendo ser denominada, respectivamente, como busca interna e externa.

Segundo Solomon (2008), como resultado de experiências anteriores ou simplesmente por viver em uma cultura de consumo, cada indivíduo tem algum conhecimento armazenado na memória sobre diversos produtos e serviços. No caso deste estudo, pode-se inferir, portanto, que a busca de informação externa é feita ao se procurar um dentista por ser este o profissional que o conhecimento (pesquisa interna) julga ser aquele que mais entende sobre tratamento dentário ou também devido a experiências anteriores do uso de aparelho ortodôntico por outros membros da família, parentes e amigos.

“Eu vi que meu problema já foi tardio, então eu quis levar ele logo pra aproveitar que ele tava em crescimento, fica muito mais fácil o tratamento, né?” (Mãe 13; 35 anos; superior completo)

Os consumidores que adquirem, pela primeira vez, um produto ou serviço sofrem com a falta de informação necessária para tomar uma decisão baseada, unicamente, na busca interna. E mesmo os mais experientes podem recorrer a fontes de informação quando há um grande intervalo entre as ocasiões de compra (BLACWELL; MINIARD; ENGEL, 2009). Neste sentido, o indivíduo, muitas vezes, necessita complementar seu conhecimento sobre os ortodontistas com uma pesquisa externa, sendo a informação mais procurada nas fontes pessoais, como amigos e familiares.

“[...] a minha sogra perguntou muito os tios dela, o que eles achava, minha sogra procurou muito também.” (Mãe 9; 36 anos; ensino médio completo)

As etapas de busca e avaliação pré-compra são estágios intrinsecamente interligados durante o processo de decisão, uma vez que este não se desenvolve unicamente em um sentido linear (LEVY; LEE, 2004). Muitas vezes, a aquisição de informação sobre o serviço no ambiente levará a uma avaliação que pode guiar uma busca subsequente.

Neste estudo, a escolha das alternativas não se refere ao produto em si, o aparelho ortodôntico, mas sim a uma avaliação e decisão por fornecedor, ou melhor, por um dentista. O modo como os profissionais são avaliados durante a escolha foi o foco desta pesquisa, neste terceiro estágio do processo de decisão.

O que se pôde perceber é que a escolha ocorria baseada, principalmente, em confiança no profissional e por indicação do dentista por fontes pessoais, como familiares e amigos, que passaram por experiências anteriores. O preço também foi um fator reconhecidamente avaliado pelas famílias.

“Porque desde criança ele que trata dela, então eu não queria que outro dentista colocasse a mão na boca dela.” (Mãe 14; 48 anos; ensino fundamental incompleto)

“[...] ele conversou muito, ele explicou muito sobre o tratamento, sobre estética, então eu acho que tem que informar muito a gente, a gente não tem esse conhecimento... eu acho que a forma de tratar o cliente, isso é fundamental para transmitir aquela confiança, sabe?”(Mãe 13; 35 anos; ensino superior completo)

“Na época minha sobrinha usava aparelho com ele, foi isso aí, tinha informações que ele, o resultado é bom” (Mãe 16; 42 anos; ensino superior completo)

“Eu não decidi com o primeiro até não foi por questão dele não, ele é um ótimo dentista também, só que foi questão, assim, tava muito cara a mensalidade dele.” (Mãe 17; 38 anos; ensino fundamental incompleto)

Para Pinto (2000), o mercado de saúde se diferencia dos demais tipos de comércio de produtos porque as leis de oferta e demanda são diferenciadas, uma vez que os profissionais têm o poder de convencer o paciente a realizar serviços não essenciais; o prestígio ou confiança no dentista possibilita a esses impor honorários superiores aos do mercado; não redução da clientela e nem queda nos preços pelo aumento da oferta de profissionais, devido à capacidade destes profissionais realizarem sua própria demanda; entre outros fatores. A fala da mãe, a seguir, demonstra bem o que Pinto (2000) reporta em seu texto:

“Eu optei por um que até em relação a preço era mais caro, mas me trouxe mais segurança...” (Mãe 13; 35 anos; ensino superior completo)

Quanto à decisão de compra, as famílias pesquisadas, ao decidirem que seus filhos adolescentes iriam ser submetidos a um tratamento ortodôntico, tomaram subdecisões relacionadas à quantidade de membros da família que iriam realizar este tratamento, caso a percepção da necessidade incluísse mais de uma pessoa da família, como também subdecisão por forma de pagamento.

Os resultados indicam que, nos casos em que houve o reconhecimento da necessidade do aparelho em mais de um membro, a decisão foi por realizar o tratamento de apenas um indivíduo, sendo o critério de escolha a idade.

“O fato assim, porque ela é mais velha que ele, né? (Mãe 17; 38 anos; ensino fundamental incompleto)

“Porque ele precisava e por ele ter vindo assim, o primeiro, então nela ser mais nova deu pra esperar até a idade dela.” (Mãe 12; 52 anos; ensino fundamental incompleto)

Quanto à subdecisão pela forma de pagamento, todas as 17 famílias pesquisadas optaram por fazer o pagamento parcelado. A maioria das mães elogiou os ortodontistas, por entenderem que esses facilitavam o pagamento e, assim, permitiram que a família tivesse melhores condições financeiras de realizar o tratamento em seus filhos.

“Eu falei com ele que não tinha condições de pagar tudo de uma vez o aparelho, aí ele pegou e dividiu em prestações para mim... ele é uma pessoa que entende a gente que é pobre, e faz de tudo pra gente conseguir pagar sem descontrolar dentro da casa da gente.” (Mãe 7; 47 anos; ensino fundamental completo)

“[...] parcelou todinho o aparelho, ele facilitou. Tudo o que ele pode fazer ele fez.” (Mãe 12; 52 anos; ensino fundamental incompleto)

“Achei que ele foi bacana, assim, porque não que ele tinha obrigação de parcelar, essas coisas, mas ele sempre parcelou pra mim, foi bacana, to conseguindo pagar tudo tranquilo.” (Mãe 13; 35 anos; ensino superior completo)

Percebe-se nos depoimentos que uma atitude tão propagada e difundida no comércio, como é o parcelamento de compras, ainda é vista no setor de serviços como um diferencial, uma gentileza do dentista, contribuindo, ainda mais, para um bom relacionamento entre o cliente e o profissional, além de reforçar a escolha de alternativas baseadas em confiança.

Segundo Peres et al. (2002), a demanda para tratamento ortodôntico na sociedade ocidental é um fenômeno cultural, parcialmente mediado pela capacidade de pagamento, sendo que a decisão para intervenção, muitas vezes, não ignora o significado social que o aspecto estético exerce. Dependendo do grupo de referência a que pertence a família, o uso do aparelho pode ser considerado sinônimo de *status*, de pertencimento ao grupo, entre outros.

Os adolescentes estão em uma fase da vida em que há grande necessidade de aceitação por seus pares e, por isso, estão muito susceptíveis às influências pessoais, tendo necessidade de identificar ou promover sua imagem na opinião das outras pessoas que lhe são importantes. Segundo Solomon (2008), esta característica faz com que a pessoa adquira produtos que acredita que irão impressionar seu público. As falas a seguir demonstram bem esta característica:

“ [...] ela começou a tratar por beleza, achou que era bonito todo mundo usar ( o aparelho)” (Mãe 7; 47 anos; ensino fundamental completo)

“ No início era assim, ela via a situação de ver o outro e queria, eu acho que no início eles pensam que é até diferente, gostam...” (Mãe 6; 42 anos; ensino superior completo )

A decisão pelo tratamento ortodôntico não sofreu influência dos filhos, segundo as mães, porém, ao serem questionadas sobre o papel do adolescente durante o processo decisório, 62,5% delas relataram que os adolescentes motivaram e incentivaram a decisão da família.

As mães reportaram que suas decisões em realizar o tratamento em seus filhos não foram influenciadas pelo dentista, embora no desenrolar da entrevista o que se percebeu é que os profissionais, realmente, exerceram influência sobre a decisão do tratamento ortodôntico, principalmente porque são eles que percebem a necessidade e indicam o tratamento. Este tipo de percepção, baseado em critérios técnicos, é chamado de necessidade normativa. Segundo Peres et al. (2002), estudos internacionais, bem como sua pesquisa, demonstram que os critérios clínicos para diagnóstico das oclusopatias superestimam os problemas, quando comparados à percepção dos indivíduos.

“Nós levamos ele na dentista e ela falou que mais no futuro ia ter que usar aparelho, porque pra caber os dentes tinha que colocar o aparelho” (Mãe 15; 39 anos; ensino fundamental incompleto )

“Porque na época a gente não sabia que ele precisava. Ai depois ele foi no dentista, ai ele virou e falou que os dentes dele começou a juntar muito e tá quebrando, sabe? Ai ele que falou que tem precisão de colocar o aparelho.” (Mãe 4; 37 anos; ensino fundamental incompleto)

No quinto estágio do processo de decisão, encontra-se a avaliação pós-compra e, nesta etapa, observa-se a satisfação/insatisfação da família com o

tratamento ortodôntico. Esta análise somente foi possível porque na metodologia foi definido como critério para pertencimento à população que o adolescente estivesse finalizando seu tratamento, faltando, no máximo, 6 meses para seu término.

A satisfação, segundo Blackwell, Miniard e Engel (2009), depende de uma comparação das expectativas antes da compra, com os reais resultados encontrados, após a utilização do produto ou serviço. Neste estudo, todas as avaliações foram positivas, sendo que, na maioria dos relatos, as mães responderam que o tratamento superou suas expectativas. A principal causa do resultado do tratamento satisfazer mais que o esperado pelas mães foi a melhora na estética, no sorriso de seus filhos.

“Foi ótimo porque ela é uma menina que ela pode sorri, é o cartão postal, né? O sorriso, então ela é feliz e eu também sou feliz.” (Mãe 12; 52 anos; ensino fundamental incompleto)

“Nó melhorou demais... na aparência, porque minha preocupação era exatamente essa, porque os dente era tudo um em cima do outro. Agora tá perfeito.” (Mãe 11; 42 anos; ensino médio completo)

“Ela ficou mais bonita, a boquinha dela muito mais bonitinha...” (Mãe 4; 37 anos; ensino fundamental incompleto)

Essa percepção positiva do serviço odontológico prestado pelo dentista gera na família um reforço positivo e estes consumidores estão muito mais susceptíveis à realização do tratamento, caso haja necessidade na família. Para Blackwell, Miniard e Engel (2009), a confiança do consumidor na busca interna dependerá da adequação e qualidade do conhecimento, sendo a experiência pessoal uma das mais fundamentais fontes do conhecimento do consumidor. Não importa o que os outros poderão dizer, não há substituto para a experiência real. Ela faz com que o consumidor se sinta mais confiante. Além disso, esta avaliação positiva conduz à comunicação boca-a-boca favorável, levando informações tanto para os grupos de afinidades primários, como familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, quanto para os secundários, como grupos religiosos e associações.

#### **4.2 PAPÉIS NAS COMPRAS FAMILIARES**

Blackwell, Miniard e Engel (2009) argumentam que, de acordo com o comportamento, os papéis podem ser instrumentais ou expressivos. Os

primeiros referem-se aos papéis funcionais ou econômicos e abrangem o aspecto financeiro. Os papéis expressivos são aqueles que envolvem a expressão das necessidades emocionais e estéticas da família, incluindo as normas familiares. Dependendo como um membro da família desempenha esses papéis, pode influenciar na alocação da renda familiar.

Neste estudo, o que se constatou é que as mães exerciam múltiplos papéis no processo de decisão, no que se refere ao tratamento ortodôntico de seus filhos. Em 41,1% dos casos, foi a mãe quem reconheceu a necessidade de tratamento e agiu como **iniciadora** do pensamento na família, além de, em 53,3% dos casos, buscar as informações para ajudar na decisão (**produtora de informações**).

O papel de **decisor** também foi da mãe em 56, 2% das famílias, mostrando que, se o assunto está relacionado à saúde, é ela quem decide o que comprar, como ou onde comprar. As mães também atuaram como **compradora** em 70,5% das famílias, agindo, fisicamente, para completar o processo de compra, indo aos consultórios odontológicos e assinando o contrato com os ortodontistas.

Estes dados estão em consonância com Queiroz (1993), que afirma que, de forma quase unânime, são as mães que avaliam as condições de saúde tanto delas quanto dos filhos e tomam a decisão de procurar os agentes de cura necessários para cada caso.

Ao serem questionadas sobre a causa de terem sido elas que assinaram o contrato e agiram como compradoras do serviço odontológico para seus filhos, as respostas demonstraram que, para essas famílias, o dever de cuidar dos filhos é um papel das mães.

“Ah porque o meu marido trabalha sempre, não que eu não trabalhe, mas mãe sempre tem uma disponibilidade a mais pelo filho, né?” (Mãe 10; 49 anos; ensino fundamental incompleto)

“Porque geralmente a gente é que, nessa parte, a gente que é mãe que percebe, que tem disponibilidade pra levar.”(Mãe 11; 42 anos; ensino médio completo)

“Foi eu porque mãe você já viu, né? Mãe sempre tá na frente. O pai dela trabalha, eu conversei com ele e ele deu opinião também que deveria.”(Mãe 14; 48 anos; ensino fundamental incompleto)

Esses resultados corroboram o de outros estudos, como de Abreu et al. (2005) e de Domingues et al. (2008), em que, no âmbito familiar, a mãe tem,

claramente, a liderança em relação ao processo saúde-doença, sendo considerado um papel natural, culturalmente e socialmente visto como pertencente a elas. A manutenção e o cuidado com a saúde bucal também são um desses papéis, sendo essas mães cobradas, socialmente, como as responsáveis pelas condições de saúde de seus filhos.

A função de **influenciador** foi um papel desempenhado, em algumas famílias, pelos adolescentes. Foram eles que, durante o processo decisório quanto ao tratamento ortodôntico, forneceram informações e, muitas vezes, influenciaram os pais a respeito da decisão a ser tomada, uma vez que motivaram e incentivaram a atitude dos pais. Neste trabalho, o papel de **usuário** coube aos adolescentes.

#### **4.3 IMPLICAÇÕES NOS SUBSISTEMAS PESSOAL E ADMINISTRATIVO**

A família não é uma unidade social simples, possui relações recíprocas entre seus membros e outros agrupamentos sociais existentes no seu microambiente de convivência e, além disso, possui interfaces com o macroambiente e seus sistemas: político, econômico, religioso, tecnológico, social, cultural e natural. Ou seja, a família é um sistema constituído de vários níveis de relações, um sistema inter-racional, complexo e composto por subsistemas integrados e interdependentes (subsistemas pessoal e administrativo), estabelecendo uma relação bidirecional e de mútua influência, caracterizando uma rede cíclica de interações (DEACON; FIREBAUGH, 1988).

Os resultados deste estudo demonstraram que a decisão de realizar o tratamento ortodôntico não trouxe implicações ao subsistema pessoal da maioria das famílias (82,3%), uma vez que as mães relataram que as mesmas não tiveram que adquirir conhecimentos, habilidades, nem rever suas crenças e valores para tomar a decisão. O que se pode inferir disso é que a cultura e os valores da sociedade atual já absorveram os benefícios que o uso do aparelho ortodôntico traz para a saúde do ser humano, além, é claro, do benefício estético, que, atualmente, é um valor social. A influência da mídia é também importante no processo de adoção de valores, pois a mesma não reflete apenas os valores sociais e culturais, mas também pode influenciar, significativamente, os valores individuais, como o caso do padrão de beleza (BLACKWELL; MINIARD; ENGEL, 2009).

O subsistema pessoal constitui os *inputs* para atingir os objetivos familiares, que, por sua vez, tornam-se os *inputs* para o sistema administrativo (FONTES, 2002). O subsistema administrativo compreende uma série de decisões relacionadas aos processos de planejamento (padrões e sequência de ações) e de implementação (ativação dos planos e controle das atividades/procedimentos), conforme exposto por Deacon e Firebaugh (1988).

Considerando que o objetivo da família era o de realizar o tratamento ortodôntico em seu filho, este *input* gera a necessidade de planejar ações de uso do dinheiro para permitir à família alocar os recursos eficientemente, em função de suas demandas e estilo de vida desejado. O que se observou neste estudo é que, em 57,1% dos casos, a família iniciou o tratamento sabendo que ele poderia afetar as suas despesas, ou seja, os membros da família tinham consciência de que teriam de realizar manejo dos recursos e reajustes dos gastos.

A mobilização dos recursos financeiros da família para o tratamento odontológico, geralmente, acontece quando essa necessidade alcança um nível de intensidade suficientemente importante, que faça o indivíduo agir e tomar a decisão. Sendo assim, mesmo sabendo que as despesas da casa aumentarão, a família entende que preencher uma necessidade consiste em abrir mão de outras. Com o objetivo de solucionar estes conflitos motivacionais, são eleitas as prioridades. As mães, em 52,9% dos casos, reconheceram que o tratamento ortodôntico de seus filhos era uma prioridade e, por isso, tinha mais importância do que outras demandas familiares.

“[...] lá em casa, na minha família todinha, nós damos prioridade a isso entendeu? A saúde bucal, a saúde. Que adianta tá com uma roupa bonita e tá com uma boca feia?” (Mãe 8; 41 anos; ensino médio completo)

“Eu acho que todos nós deveríamos dar a prioridade que eu dou com higiene bucal, higiene do físico total, geral, né? Primeiro higiene, depois a parte estética: roupa, sapato, perfume, porque isso é supérfluo, né?” (Mãe 6; 42 anos; ensino superior completo)

“Ah sempre tem, né? Porque não é barato não, mas tem que inclui porque isso daí (o tratamento) é uma prioridade, né?” (Mãe 10; 49 anos; ensino fundamental incompleto)

Apesar disso, percebeu-se nas entrevistas que, para a família, o custeio do tratamento ortodôntico é um “peso” no orçamento familiar, sendo difícil para elas o cumprimento dos deveres financeiros oriundos dessa aquisição.

“Ah isso eu falo sempre, isso eu falo porque pesa, né? Fica muito complicado” (Mãe 11; 42 anos; ensino médio completo)

“[...] às vezes a gente deixava de comprar até verdura... já deixei de comprar assim uma carne, uma coisa pra colocar o aparelho” (Mãe 14; 48 anos; ensino fundamental incompleto)

“Tem dia que eu brinco assim: ah tem tanto tempo, que eu acho que to carregando um carro na boca (risos). A gente pensa assim porque em termos de valor faz falta pra gente...” (Mãe 13; 35 anos; ensino superior completo)

O manejo dos recursos financeiros disponíveis foi realizado em 82,3% das famílias, sendo a principal redução de gastos orçamentários feita na categoria de vestuário (56,2%). O restante, 43,7% da redução de despesas, distribuiu-se em categorias diversas.

“Se for escolha por sapato, roupa, e o dentista, prefiro pagar o dentista.” (Mãe 7; 47 anos; ensino fundamental completo)

“Porque na parte da adolescência, a mocinha sempre quer assim, um calçado, né? Quer um dinheirinho pra gastar com lanche na escola, então a gente deixou muita coisa pra trás pra poder conseguir esse aparelho.” (Mãe 12; 52 anos; ensino fundamental incompleto)

Estes resultados condizem com os de Dominik (2010), que apontaram que as famílias urbanas bambuienses gastam, percentualmente, sobre suas rendas líquidas, 7,5% com saúde e 5,5% com vestuário, ou seja, entre as famílias do município, a prioridade é a saúde, sendo o vestuário passível de redução de gastos, quando necessário. Esses dados, ao serem comparados aos da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 (IBGE, 2003), revelam uma realidade próxima à da população brasileira, pois esta destina 5,4% da renda familiar com assistência à saúde e 4,7% com vestuário.

Uma outra característica das implicações do tratamento ortodôntico é que, em 82,3% dos casos, foi feita a conciliação dos interesses pessoais de cada membro, frente às suas necessidades, visando à coesão e funcionalidade do sistema familiar. Isto é possível devido ao controle e ajuste dos gastos mensais, permitindo ora suprir os desejos e necessidades de um, ora de outro.

“[...] questão de roupa, calçado, a gente vai revezando, né? Um mês pra mim, outro mês pra ele, outro mês pra nenhum nem outro e vai levando, né?” (Mãe 13; 35 anos; ensino superior completo)

“Uai a gente vai controlando, né? Igual eu te falei, um mês compra uma roupa, no outro deixa de comprar uma roupa, um calçado, vai

conciliando assim.” (Mãe 10; 49 anos; ensino fundamental incompleto)

O processo de comunicação e decisão das estratégias adotadas pelos membros das famílias pesquisadas foi feito através de diálogo. As mães foram unânimes em dizer que a interação entre os membros da família e seus subsistemas ocorreu por meio do diálogo, não havendo conflitos nesta mediação.

“Entrando em acordo. Nós lá em casa entramos em acordo e esse mês não vai comprar roupa porque tem de pagar o dentista, esse mês vai dar certo porque empurrei o cheque para 30 dias. A gente negocia numa boa.” (Mãe 8; 41 anos; ensino médio completo)

“[...] eu e meu marido, nós dois conversa e chega a um acordo sobre as coisas da casa, né?” (Mãe 17; 38 anos; ensino fundamental incompleto)

“Conversava, a gente até deixou pra colocar numa época que a gente controlasse melhor...” (Mãe 1; 45 anos; ensino fundamental incompleto)

Apesar da modificação no manejo dos recursos financeiros das famílias, 75% das mães afirmaram que não foi necessário adiar demandas de curto e médio prazo, mesmo com o tempo prolongado do tratamento de seus filhos. Naquelas em que isso foi necessário, a principal demanda adiada foi o término da construção da casa. Em 92,3% das famílias, não foi necessário a realização de empréstimos, seja ele no sistema bancário, em financeiras ou com amigos e familiares.

As mães, ao serem questionadas se a família realizava algum planejamento para o uso dos recursos, 73,3% disseram que não, porém, no decorrer das entrevistas, percebeu-se que, mesmo indiretamente, sem colocar no papel ou em planilhas, esse planejamento era feito.

“Então eu planejo assim, aquelas coisas que tem que ser todo mês, que a gente precisa daquilo, faço tudo pra fazer. Agora igual roupa, calçado que a gente pode esperar, ai passa, né? (Mãe 17; 38 anos; ensino fundamental incompleto)

“Ah isso a gente tem que planejar pra poder não faltar...” (Mãe 5; 52 anos; ensino fundamental incompleto )

Segundo Fontes (2002), o subsistema administrativo é composto pelos processos de planejamento e implementação. No processo de planejamento, definem-se os padrões e o sequenciamento de atividades, porém, muitas

vezes, atividades rotineiras tornam-se dispensáveis à fase de planejamento e as pessoas já partem para a implementação. Portanto, pode-se inferir que as famílias deste estudo, por estarem no final do tratamento, já consideram a atividade de pagamento do ortodontista uma tarefa rotineira e, por isso, não planejam, mensalmente, a ação.

No processo de implementação das ações, é feito um controle ou revisão dessas atividades e ajuste dos padrões e dos gastos familiares, de acordo com os recursos, os objetivos desejados pelos seus membros e por eventos inesperados (FONTES, 2002). As formas de controle e ajuste dos gastos encontradas pelas famílias deste estudo são: economia com bens considerados de menor necessidade, aumento da renda, negociação com o dentista e realocação e manejo dos recursos financeiros.

“Sou muito controlada. Igual as despesas fixas, eu sei que tem que ter aquilo todo mês então prefiro segurar do que ficar gastando com outras coisas.” (Mãe 5; 52 anos; ensino fundamental incompleto)

“A gente vai equilibrando as despesas fixas, né? Fazendo as compras, o dinherinho que sobra a gente vê, vai dando prioridades, as vezes quando ta precisando de um calçado, de uma roupa, sempre tem um aniversário, então eu procuro manter sempre equilibrado, com as contas na ponta do lápis, pra não ter problema.” (Mãe 13; 35 anos; ensino fundamental incompleto)

“Eu pagava sempre à vista, agora que o dentista já me conhece e aconteceu esse imprevisto de eu ficar viúva, ele dá prazo pra mim, é tudo negociado.” (Mãe 8; 41 anos; 41 anos; ensino médio completo )

Nesse sentido, a realocação dos recursos e ajustes dos gastos consistiram nas estratégias utilizadas pelas unidades familiares para o equilíbrio do orçamento doméstico, face à necessidade do tratamento ortodôntico para um de seus membros.

## **5 CONCLUSÕES**

Os resultados deste estudo permitem concluir que o processo de decisão sobre o tratamento ortodôntico se desenvolveu a partir de etapas não necessariamente lineares, com alguns papéis bem definidos e com implicações no subsistema administrativo familiar, o que comprova a hipótese de que a família, frente às suas diversas demandas e recursos limitados, realiza o

manejo desses recursos, de forma a tentar atender às necessidades de seus membros.

O personagem principal, tanto no desempenho das etapas quanto na atuação dos papéis da tomada de decisão, foi a mãe. São elas que reconhecem a necessidade de tratamento do filho; buscam informações sobre o tratamento em sua memória ou em fontes externas, como parentes, amigos e com o dentista; tomam a decisão; e efetuam a compra do serviço ortodôntico.

O subsistema pessoal não sofreu alterações. Apesar das mães terem recebido novos conhecimentos em sua busca externa, isto não alterou seus valores e crenças sobre o aparelho ortodôntico. Já no subsistema administrativo, o tratamento ortodôntico trouxe implicações, que levaram ao uso de estratégias pelas famílias, visando uma melhor alocação dos recursos. Para conseguir cumprir seus compromissos financeiros, houve a necessidade de realocação e manejo dos recursos materiais, corte em gastos orçamentários e em produtos considerados de menor prioridade que a saúde bucal de seus filhos.

## 6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Mauro Henrique Nogueira; PORDEUS, Isabela Almeida; MODENA, Celina Maria. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p.245-259, 2005.

BLACKWELL, Roger D.; MINIARD, Paul W; ENGEL, JAMES F. **Comportamento do consumidor**. 9 ed. Rio de Janeiro: LTC Editora, 2009.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORTEZ, A. T. C. A produção de descartáveis na sociedade de consumo atual In: CORTEZ, A. T. C.; ORTIGOZA, S. A. G. (Org.) **Consumo Sustentável- Conflitos entre necessidades e desperdícios**. São Paulo: UNESP, 2007.

DEACON, R. E.; FIREBAUGH, F. M. **Family Resource Management. Principles and Application**. 2ª ed. Boston: Allyn and Bacon, INC, 1988.

DOMINGUES, Sidney Marcel; CARVALHO, Antônio Carlos Duarte de; NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações

sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.** v.18, n. 1, p. 66-78, 2008.

DOMINIK, Érik Campos. **Padrão de consumo familiar em diferentes estágios do ciclo de vida e níveis de renda- Bambuí/ MG.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Economia Doméstica. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2010.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Produto Interno Bruto de Minas Gerais (PIB): municípios e regiões.** Belo Horizonte: Centro de Estatística e Informações (CEI)/FJP, 2001. Disponível em <<http://www.gov.br/index.php/servicos/81-servicos.cei/58-produto-interno-bruto-de-minas-gerais>>. Acesso em 12/07/2010.

FONTES, Darciley G. S. **Reflexos da Gravidez na Adolescência no Manejo de Recursos e na Qualidade de Vida Familiar – Viçosa/MG.** Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós Graduação em Economia Doméstica. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2002.

GOLDSMITH, Elizabeth Beard. **Resource Management.** Disponível em: <<http://family.jrank.org/pages/1398/Resource-Management>>. Acesso em: 10/02/2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/MG2010.pdf>>. Acesso em: 12/11/2010.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de Orçamentos Familiares: POF 2002-2003,** primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing: a edição do novo milênio.** 10 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LAGO, P.M, GARROS, D., PIVA, J.P. Participação da Família no Processo Decisório de Limitação de Suporte de Vida: Paternalismo, Beneficência e Omissão. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** v. 19, n. 3, p. 364-368, Julho-Setembro, 2007.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciencias humanas.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEVY ,Deborah S.; LEE, Christina Kwai-Choi . The influence of family members on housing purchase decisions. **Journal of Property Investment & Finance,** 22(4): 320-338, 2004.

MALLOCH, F., DEACON, R.E. Proposed Framework for home management. **Journal of Home Economics,** 58(1): 31-35, 1966.

MCCRACKEN, G. **Cultura e Consumo.** Rio de Janeiro:Ed. Mirad, 2003

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. 3 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2004.

PAULA, Adianne Calixto Freire de, FERREIRA, Raquel Conceição; NETO, João Felício Rodrigues; PAULA, Alfredo Maurício Batista de. Percepção dos usuários do Sistema Único de Saúde de Montes Claros/MG quanto à saúde bucal e ao serviço público odontológico. **Arquivos em Odontologia**, v.45, n.4, p. 199:205, 2009.

PERES, Karen Glazer; TRAEBERT, Eliane Silva Azevedo; MARCENES, Wagner. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n.2, p. 230-236, 2002.

QUEIROZ, Marcos S. Estratégias de Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras. **Cadernos de Saúde Pública**., Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.272-282, jul/set, 1993.

SCHIFFMAN, Leon G.; KANUK, Leslie L. **O comportamento do consumidor**. 6ª Ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

SEMENIK, Richard J.; BAMOSSY, Gary J. **Princípios de marketing**: conceitos e metodologia. São Paulo: Makron Books, 1995.

SILVA, Neusa Maria. **Educação do Consumidor**. Viçosa: UFV, 2006

SOLOMON, Michael R. **O comportamento do consumidor**: comprando, possuindo e sendo. 7ª Ed. Porto Alegre: Bookman, 2008. 680 p.

TEIXEIRA, Karla Maria Damiano. **A administração de recursos na família**: Quem? Como? Por quê? Para quê?. Viçosa: Ed UFV, 2005.

TURNER, Lynn H. **Decision Making**. Disponível em: <<http://family.jrank.org/pages/358/Decision-Making>>. Acesso em 14/02/2010.

YAMAGUTI, Celso Likio. **O comportamento do consumidor e a influência da família no processo de decisão de compra de automóveis novos**. Dissertação de Mestrado em Administração da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC- São Paulo, 172f., 2005.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família é o maior contribuinte da economia de uma nação, portanto, suas decisões quanto à alocação de recursos podem afetar o bem-estar e as condições de vida da sociedade. Dessa forma, a realização do trabalho em questão, que tem como temática a análise do processo decisório concernente à saúde bucal, contribuiu para um melhor entendimento acerca dos fatores determinantes e implicações do tratamento ortodôntico, considerando as diversas demandas e necessidades desta unidade doméstica.

O mercado odontológico e ortodôntico, outrora elitista e, muitas vezes, excludente, tem passado por reformulações e, como os profissionais estão atuando tanto no setor público quanto na saúde suplementar, tem ocorrido um aumento do acesso da população a esses serviços. A prática do exercício ortodôntico, ainda predominantemente privada, está centrada no modelo biomédico, sendo indicada por necessidades normativas. Em nível local, os ortodontistas de Bambuí/MG apresentam como dificuldades e desafios o excesso de profissionais e a renda baixa das famílias bambuienses e, como avanço, um aumento do conhecimento da população sobre assuntos referentes à saúde bucal, o que pode ser um reflexo da maior acessibilidade aos serviços odontológicos.

Ao serem examinadas as características socioeconômicas das famílias, percebe-se que, de fato, os odontólogos têm razão quanto à renda média familiar ser baixa, uma vez que seus valores são inferiores, inclusive, à média nacional. A escolaridade dos pais também se mostrou aquém dos índices brasileiros e, considerando que o conhecimento faz diferença para que a família decida sobre suas questões de saúde, pode-se concluir que suas decisões em relação ao tratamento ortodôntico são baseadas no que lhes é perceptível, como a estética e a aparência, aspectos estes que interferem no desenvolvimento humano, convívio social e autoestima.

Especificamente na unidade familiar, compete às mães as questões relacionadas à saúde da família, sendo de sua responsabilidade o cuidado com a saúde bucal dos membros do sistema familiar, vista como ausência de doenças. Assim, o significado de saúde bucal está associado ao cuidado, simbolizado pela escovação dental, higiene, ida ao dentista e tratamento dentário curativo. Devido a este fato, essas mulheres interferem em todas as

etapas do processo decisório inerente ao tratamento ortodôntico de seus filhos, atuando como iniciador, influenciador, produtor de informação, decisor e avaliador do serviço.

Nesse processo decisório, destaca-se a importância atribuída pela família aos fatores estéticos, comparativamente aos problemas funcionais, que motivam a busca por tratamento dentário. Aliás, o significado da saúde bucal e do tratamento ortodôntico é associado pelas mães a um belo sorriso, uma boca bonita, enfim, à aparência dento-facial. Mesmo que os odontólogos queiram demonstrar quão importante é uma boa oclusão, a falta de informações e de conhecimentos sobre saúde faz com que a lógica simbólica seja mais valorizada pelos adolescentes/famílias, articulando intersubjetividades e realidade social.

O tratamento ortodôntico trouxe implicações ao subsistema administrativo da unidade familiar que, diante de suas demandas, elegeu a saúde como prioridade em detrimento de outras necessidades de seus membros. Houve, portanto, modificações no manejo de recursos pela família, que teve que controlar e reajustar os gastos orçamentários, por meio da comunicação e busca da adaptabilidade do sistema familiar.

Como o presente trabalho trouxe a público um tema até então pouco pesquisado na Odontologia, a carência de informações para efeitos comparativos tornou o trabalho limitado. Outra limitação deve-se ao fato do estudo não ter selecionado, na amostra, famílias segundo classe social e ciclo de vida, não permitindo análises comparativas do processo decisório entre esses substratos. Porém, as limitações do estudo não reduzem a importância dos resultados obtidos pela pesquisa de campo e pelas análises, considerando que podem ajudar os dentistas a entender como as famílias agem diante da decisão por um tratamento dentário, podendo, inclusive, ajudá-los em estratégias para trabalhar a importância da saúde bucal para o cotidiano atual e futuro dos indivíduos e suas unidades familiares, ao mesmo tempo em que reforça a importância da inclusão das mães em estratégias de educação em saúde bucal, com políticas públicas efetivas que busquem aproximar os conceitos científicos da realidade das famílias.

Os questionamentos não foram esgotados e abriu-se uma porta para que novos estudos semelhantes aconteçam, ainda mais precisos, aprofundados e detalhados, incluindo as percepções dos membros familiares

usuários do serviço ortodôntico, considerando as diferentes faixas etárias (crianças, adolescentes, adultos e idosos), sob uma perspectiva de gênero, para análise dos significados na vida pessoal, familiar e social, além de implicações no manejo de recursos, considerando a renda e o ciclo de vida.