

Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte

The loss of teeth and its meaning in the quality of life of adults who use the municipal oral health services of the Boa Vista Health Center, in Belo Horizonte

Andréa Maria Duarte Vargas ¹
Helena Heloísa Paixão ¹

Abstract *The aim of this study was to find out the problems caused by the loss of teeth and by the lack of access to prosthetic treatment on daily life of adults who use the Municipal Health Services of the city of Belo Horizonte. The methodology used in this study was the qualitative research, acquired through open, semi-structured interviews with 20 patients that went on a regular basis to the Boa Vista Health Center, a unit which belongs to the East County. The results showed that the problems mentioned by the patients were both functional and psychosocial, and the feelings related to the loss of teeth were extremely negative. The patients pointed out the weaknesses of the adult oral health services, revealing its little effectiveness because only the basic treatment is offered, leading to the extraction of teeth which could have been repaired and also to the unavailability of prosthetic treatment for functional and appearance rehabilitation. It can be inferred that the Municipal Oral Health Program developed in Boa Vista Health Center was insufficient to solve most of the dental problems that the adults have.*
Key words *Teeth loss, Public policy, Quality of life*

Resumo *Este trabalho objetivou estudar os problemas causados pela perda dentária e a falta de acesso à prótese na vida diária da população adulta, usuária de uma unidade de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSBH). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas abertas, semi-estruturadas, com 20 pacientes atendidos no Centro de Saúde Boa Vista, pertencente à Regional Leste. Os resultados mostraram que os problemas vivenciados pelos pacientes foram tanto funcionais quanto psicossociais, e os sentimentos relatados com a perda dentária, bastante negativos. Os pacientes apontaram as deficiências do serviço prestado ao adulto, revelando a sua pouca resolutividade, uma vez que só a atenção básica é ofertada, o que tem acarretado a extração de dentes em condições de serem recuperados. Tal situação é agravada pela não oferta da prótese dentária para reabilitação estética e funcional. Concluiu-se que o Programa de Saúde Bucal da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, realizado no Centro de Saúde Boa Vista, mostrou-se insuficiente e ineficaz para resolver a maioria das necessidades odontológicas que os usuários adultos apresentam.*

Palavras-chave *Perda dentária, Política pública, Qualidade de vida*

¹ Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos 6.627, Campus Pampulha, 31270-901, Belo Horizonte MG. vargasnt@task.com.br

Introdução

Os estudos epidemiológicos clássicos, realizados na área de saúde bucal, têm fornecido informações sobre as condições bucais e as necessidades de tratamento das populações, apontando a cárie e a doença periodontal como as doenças mais prevalentes na cavidade bucal, responsáveis pela maioria das perdas dentárias (Lõe & Brown, 1993). No entanto, sabe-se que as condições sociais dos indivíduos bem como a prática odontológica hegemônica, que tem nas extrações dentárias a solução para o alívio da dor em populações de baixo nível socioeconômico, exercem um importante papel na questão da perda dentária. No Brasil, a extração dentária em massa começa a partir dos 30 anos, como solução mais prática e econômica para os problemas de saúde bucal (Pinto, 1997).

Bailit *et al.* (1987) estudaram as causas da mortalidade dental, concluindo que a principal causa está associada à cárie e que a condição social é o outro fator importante. Nesse mesmo sentido, encontra-se o trabalho de Guimarães & Marcos (1996), que após examinar 414 pacientes, residentes em Belo Horizonte, observaram que praticamente 50% dos elementos dentais extraídos na classe social de baixa renda eram passíveis de recuperação ou de conservação. Nesse mesmo trabalho, os autores concluíram que o número de dentes perdidos aumenta com a idade, sendo 2,5 vezes maior na classe social de baixa renda do que na de alta, ficando claro o papel social na determinação da perda dentária.

Em usuários da rede pública de Belo Horizonte, o número de dentes extraídos a partir da faixa etária de 25 anos aumenta muito, passando de 2,0 na faixa etária de 20 a 24 anos para 7,1 de 25 a 34 anos (Santos, 1996). Percebe-se, também, que a partir desta faixa etária as necessidades de tratamento odontológico tornam-se mais complexas, com grande necessidade de tratamentos endodônticos, periodontais e de próteses. Os dados, obtidos por meio de um levantamento realizado em 1998 pela SMSBH entre seus usuários, mostraram que, no arco superior, 32,5% dos pacientes na faixa etária de 35 a 45 anos apresentavam necessidade de prótese parcial removível (PPR) e 21,1% de prótese total (PTR); no arco inferior, 29,0% tinham necessidade de PPR e 18,1% de PTR.

A Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH), através da SMSBH, modificou seu Programa de Saúde Bucal, a partir de 1994, visando

do ampliar a população assistida e oferecer os serviços para todas as faixas etárias, de acordo com os princípios do SUS (universalização, equidade e integralidade). Até aquele momento, a prioridade do serviço era apenas para as crianças de 7 a 14 anos que estavam matriculadas nas escolas públicas. Para a viabilização desta proposta, a SMSBH lançou mão da oferta de atenção básica, acessível em todos os centros de saúde. Essa estratégia, preconizada pela OMS, visava a um salto qualitativo na saúde bucal dos indivíduos, porque, mediante a execução de procedimentos de controle de infecção mais simples, permitia aumentar a cobertura da população.

No entanto, a atenção secundária, prevista nos princípios do SUS, e essencial para a formação de um programa de saúde bucal completo, ficou restrita a um atendimento centralizado (tratamento endodôntico e periodontal), de pouco acesso para os usuários, uma vez que a demanda é enorme e a cobertura muito pequena. Para a população adulta, que geralmente tem necessidades complexas de tratamento, a oferta exclusiva de atenção básica tem causado um grande número de extrações dentárias.

Até recentemente, poucos estudos investigaram a relação entre as condições bucais e seu impacto na vida das pessoas; mas, na última década, houve aumento do interesse em quantificar as conseqüências das doenças. Vários instrumentos foram desenvolvidos na tentativa de conhecer e avaliar como os problemas bucais têm afetado a vida diária das pessoas. Estes estudos têm sido dominados quase exclusivamente por modelos quantitativos utilizando questionários estruturados. Há, porém, muitas evidências, vindas das ciências sociais, mostrando que questionários estruturados expõem muito pouco da variedade e profundidade dos sentimentos dos indivíduos. Entrevistas abertas ou não estruturadas, por outro lado, proporcionam maior compreensão do comportamento humano e suas crenças. A ausência de respostas predeterminadas numa entrevista aberta oferece a possibilidade de perspectivas teoricamente novas de variáveis sociais e culturais, muitas vezes não pensadas pelo pesquisador. Enquanto os questionários parecem querer testar hipóteses, as entrevistas abertas levantam hipóteses (MacEntee *et al.*, 1997).

Minayo (1994) relata que um caminho possível para a construção do conhecimento é a apreensão dos significados. Eles são fundamentais quando se deseja perceber a saúde e a doen-

ça a partir de novos prismas, pois facilitam e ampliam a compreensão do processo saúde/doença, o que pode resultar em profundas implicações para a Saúde Pública. A busca desses significados, por meio da pesquisa qualitativa, pode ajudar a construir um conhecimento que será de grande importância para a Epidemiologia, pois ampliará a compreensão de seu objeto, doentes na população.

A compreensão dos problemas diários, psicossociais e funcionais que as pessoas relatam por estarem desdentadas, e o que isso interfere na sua qualidade de vida, auxilia a interpretação do conhecimento epidemiológico já registrado na literatura sobre a quantidade de dentes perdidos na população adulta brasileira, a grande necessidade de prótese e a falta de acesso a esse serviço. Portanto, esse estudo utilizou a metodologia qualitativa para atingir seu objetivo de compreender o impacto que a perda dentária e a falta de acesso à prótese causam na qualidade de vida das pessoas, e, ainda, avaliar, através da visão do usuário, o serviço de saúde bucal ofertado à população adulta no Centro de Saúde Boa Vista da SMSBH.

Algumas teorias orientaram a análise desse trabalho. A primeira delas foi sobre o significado do corpo e da boca. Entende-se o corpo como um sistema biológico que é afetado pela religião, ocupação, grupo familiar, classe e outros intervenientes sociais e culturais. É a cultura que dita normas para o corpo. A boca tem funções biológicas (mastigação) e sociais (falar, sorrir, comunicar), conota proximidade e intimidade nas relações sociais cotidianas e é instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade (Rodrigues, 1979).

A segunda teoria é sobre a aparência e estigma. Acredita-se que os sujeitos medem os outros pela aparência. O rosto é a parte mais diferenciada do corpo. Aceitar a fisionomia é acolher o outro, dar-lhe aceitação (Barbotin, 1977). Portanto, quando um indivíduo tem um traço ou uma característica diferente, uma deformidade física, pode ser rejeitado. Nesse caso, ele possui um estigma e está inabilitado para a aceitação social (Goffman, 1988). Portanto, a falta de dentes anteriores, na cultura ocidental, constitui uma desfiguração facial que configura um estigma.

O conceito de qualidade de vida que se adotou nesse estudo foi o de Ruffino Netto (1992), que considera uma boa qualidade de vida aquela que *oferece um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam de-*

envolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar produzindo bens ou serviços, fazendo ciência ou artes, vivendo para ser meios utilitários ou utilitários fins (apenas enfeitando) ou simplesmente existindo. Entende-se, ainda, que a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e, ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (Minayo *et al.*, 2000).

A cavidade bucal, portanto, tem grande influência na qualidade de vida tanto no nível biológico quanto no psicológico e social, através da auto-estima, a auto-expressão, comunicação e estética facial (Gift & Redford, 1992).

Sobre as políticas públicas de saúde, os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que são os da universalização, equidade e integralidade, foram os que nortearam as discussões deste trabalho.

Metodologia

A metodologia utilizada nesse estudo foi a pesquisa qualitativa por meio de entrevistas abertas, semi-estruturadas. Os resultados foram produzidos pela análise de conteúdo dessas entrevistas. Toda a orientação metodológica foi baseada em Bardin (1977). O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.

A amostra envolveu pacientes adultos entre 25 a 65 anos, atendidos no Centro de Saúde Boa Vista, situado na Regional Leste do município de Belo Horizonte. O Centro de Saúde Boa Vista foi indicado pelos responsáveis técnicos do Distrito por se tratar de uma das unidades odontológicas onde eram realizadas mais exodontias.

Para constituição da amostra foi estabelecido um número ideal de 30 pacientes. O tamanho da amostra não é o fator determinante da significância do estudo qualitativo, que trabalha tipicamente com amostras relativamente pequenas, intencionalmente selecionadas (Santos, 1999). A seleção desses indivíduos foi feita por meio das fichas clínicas do Centro de Saúde Boa Vista entre os pacientes que receberam alta do tratamento e que deveriam estar frequentando, apenas, a manutenção preventiva.

A faixa etária escolhida teve por base o trabalho de Santos (1996), que mostrou que o número de dentes extraídos aumenta muito a partir de 25 anos em Belo Horizonte. As fichas foram examinadas uma a uma, obedecendo à ordem alfabética de arquivamento; aqueles pacientes que estavam dentro da faixa etária, tinham dentes extraídos e necessitavam de prótese, eram listados com nome e endereço. Num primeira triagem, 50 pacientes foram selecionados, porque havia a possibilidade de que alguns não fossem encontrados ou não quisessem participar do trabalho.

Os pacientes passaram a ser procurados seguindo a lógica da proximidade de endereço uns dos outros. Todos eram esclarecidos quanto ao objetivo do trabalho e assinavam o termo de consentimento caso concordassem em participar. O paciente era considerado não encontrado quando na primeira visita houvesse informações seguras da não existência da pessoa ou de sua mudança de endereço; ou ainda se, após um número de três visitas ao local, não se conseguisse identificar a casa ou encontrar a pessoa. Todos os pacientes foram entrevistados em sua própria residência.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, cujo roteiro foi dividido em três unidades de contexto: o Centro de Saúde, a perda dentária e saúde bucal. Em cada uma dessas unidades contextuais foram relacionadas questões que serviram de orientação para o desenvolvimento das entrevistas, mas que não representavam um roteiro obrigatório, permitindo assim algum espaço para a participação do entrevistado na condução e direcionamento da conversa.

Ao iniciar a entrevista tinha-se como meta coletar dados sobre o indivíduo (idade, sexo, trabalho, tempo de moradia no bairro) e atingir certo relacionamento e conhecimento mútuo entre entrevistado e entrevistador. O interesse central da entrevista era representado pelos problemas na vida diária das pessoas causados pela perda dental e a falta de acesso à prótese.

Foi realizado um pré-teste com cinco pacientes com o objetivo de testar o roteiro da entrevista. Após alguns pequenos ajustes, passou-se a fazer as demais entrevistas, que foram gravadas em fita cassete e posteriormente transcritas. O pesquisador utilizou um caderno de campo, no qual foram anotadas observações feitas durante a entrevista. Essas anotações eram realizadas ao final, para não constranger os entrevistados.

Após a realização de 20 entrevistas, o pesquisador verificou que já estava havendo muita repetição nos depoimentos. Considerando que o material estava rico o suficiente para ser analisado, encerrou a coleta de dados. Não foram encontrados nos endereços que constavam no Centro de Saúde de 14 indivíduos.

A análise de conteúdo pode envolver tanto análise temática como textual. A análise textual implica examinar detalhadamente os conteúdos léxicos e as estruturas sintáticas, e usualmente toma a palavra como o elemento básico a ser analisado. No presente trabalho optou-se pela análise temática, que se refere ao reconhecimento de certos temas centrais, ou idéias, no texto e ao enquadre em determinadas categorias. Os dados coletados foram, portanto, lidos exaustivamente, separados por temas e posteriormente levantadas as categorias de análise.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 20 pacientes, sendo 12 do sexo feminino e 8 do sexo masculino. A faixa etária variou de 28 a 65 anos, com 18 indivíduos casados, um solteiro e um divorciado. O tempo de moradia no bairro ficou entre 4 e 45 anos. Desses pacientes, 14 estavam trabalhando e 6 não estavam, sendo todos estes últimos do sexo feminino. Com relação ao grau de escolaridade, 15 tinham o primeiro grau incompleto, sendo que 10 destes tinham cursado somente até a quarta série; 2 tinham o primeiro grau completo; 1 tinha o segundo grau incompleto; e 2 tinham o segundo grau completo. A maioria morava em domicílio próprio (14 indivíduos); os demais alugavam o imóvel. O rendimento médio da população adstrita do Centro de Saúde de Boa Vista é de 3 salários mínimos.

Com relação à percepção do centro de saúde e do cirurgião-dentista, verificou-se que era positiva para a maioria dos usuários. Estes, porém, levantaram problemas com relação ao atendimento odontológico, médico e consideraram o acesso muito difícil. Frases como: "O pessoal trata a gente muito bem...", "...sempre tem esta fila...", "...é difícil conseguir fichas..." ilustram os achados acima.

Belo Horizonte conta com 126 áreas de abrangência e 125 Unidades de Saúde. A Organização Mundial de Saúde estabeleceu a relação de uma Unidade de Saúde para 20.000 pessoas (Valla & Siqueira, 1989). Segundo o IBGE (1996), a área de abrangência do Centro de Saúde

de Boa Vista tem 8.125 habitantes, mas a população ainda precisa enfrentar filas para o atendimento e é pouco esdrasgado quanto ao acesso a alguns programas implementados. Isso demonstra a pouca participação do usuário no Centro de Saúde.

Segundo a gerente do Centro, houve grande participação da população no momento de reivindicar a construção da unidade e o atendimento odontológico, com a formação do Conselho de Saúde Local. Após esse período, porém, houve dispersão do grupo. Percebe-se, no entanto, que a população não está satisfeita com o atendimento, critica o sistema, mas não se organiza para reivindicar mudanças e exigir sua participação. O envolvimento do usuário com o Centro é fundamental para que as propostas e programas sejam conhecidos e tenham os resultados esperados. No entanto, esse papel ativo que se espera de uma população cidadã, guardiã de seus direitos individuais, ainda é pouco encontrado na maioria das comunidades brasileiras. A recuperação da cidadania depende do avanço de valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade, valores que foram abortados da população brasileira pelo Estado, durante o período da ditadura militar e que estão sendo recuperados lentamente. Somente a cidadania organizada pode cobrar um melhor desempenho dos serviços públicos (Santos & Carvalho, 1992).

Por outro lado, mesmo quando se dá voz ao usuário através da representação nos Conselhos Municipais, Distritais ou Locais de Saúde não se pode esperar que isto signifique uma participação efetiva da população na elaboração, compreensão e avaliação dos programas, já que ela é, politicamente, a parte mais fraca do sistema. Por essa razão, a maioria dos usuários nos conselhos de saúde tende a discutir o vazio das secretarias de saúde, como o médico que atrasou, o sujeito que não obteve uma ficha, o mau atendimento feito por um funcionário. Essas são as questões que deixam os usuários à vontade para falar e lhes dão a certeza de que estão participando e, também, porque se trata de uma expressão do mundo vivido, próximo daquilo que enfrentam no cotidiano. Contudo, mesmo com essas limitações ainda encontradas na participação popular nos serviços de saúde, ela é extremamente importante para manter as instituições em funcionamento (Sampaio, 1996).

A percepção do cirurgião-dentista foi sempre muito positiva: *A dentista é muito boa, sé-*

ria. Faz um bom trabalho. A imagem do profissional parece sempre estar relacionada com a comunicação entre ele e o paciente. As características do dentista ideal giram, principalmente, em torno de traços pessoais do profissional ligados à relação dentista-paciente (Gerbert, 1992). Apesar de ser considerada cuidadosa, calma e paciente, o medo estava presente: *...é muito paciente, o que foi bom para mim porque tenho muito medo.* Isso se explica tendo em vista que as experiências anteriores dos indivíduos influenciam a sua postura atual; se forem negativas, podem ser a causa desse medo (Rankin & Harris, 1985). O medo do dentista é comum e está presente na grande maioria das pessoas.

Alguns pacientes consideraram o acesso ao tratamento odontológico muito difícil: *“conseguir dentista é muito difícil...”* e o atendimento limitado: *“...dentista é muito limitado...”*, *“... tinha que ampliar o serviço.”* Tais observações se justificam uma vez que os procedimentos de atenção básica (restaurações plásticas, exodontias, curativos, raspagens e polimentos) são de baixa resolutividade para a necessidade de tratamento dos adultos, que precisam, na maioria das vezes, de tratamentos endodônticos, periodontais, próteses unitárias, parciais removíveis e totais.

As causas da perda dentária mais comuns apontadas pelos pacientes foram a falta de informação e de condições financeiras para o tratamento e o tratamento inadequado recebido: *Eu perdi meus dentes porque não tinha condição, dinheiro para tratar e aí começava a doer, corria lá e mandava arrancar.* Ou ainda: *Eu perdi meus dentes tinha só 16 anos (...) é aquela ignorância de pai falar assim: está doendo, a rancia e a gente corria e arrancava.* Esses achados confirmam os trabalhos de Pinto (1997, 2000) e Guimarães & Marcos (1996), nos quais mostraram que o edentulismo, no Brasil, tem causas sociais e que dentes passíveis de recuperação são extraídos por problemas econômicos. É extremamente crucial que as pessoas sejam obrigadas a se mutilar por não possuírem condições econômicas para pagamento do tratamento necessário e por falta de acesso a um serviço público que tenha uma resolutividade melhor e não ofereça somente extrações. Por precisarem de uma solução imediata para seus problemas de dor de dentes, que possibilite o retorno rápido a suas atividades cotidianas, os indivíduos aceitam a extração.

Nenhuma correlação foi feita pelos usuários entre as doenças bucais e suas condições de vida. Apenas questionaram a prática dos

dentistas que extraíam dentes por qualquer motivo. A esse respeito, não se pode esquecer que a prática odontológica dominante exerce o papel de contribuir para manter a força de trabalho em condições de produzir e de diminuir as tensões sociais, é extremamente iatrogênica e mutiladora, e considera que os procedimentos preventivos e restauradores não são importantes para a população carente (Bernd *et al.*, 1992).

Alguns pacientes demonstraram não ter aceitado a perda de seus dentes e exprimiram seus sentimentos com relação a essa situação: *Quando perdi meus dentes chorei muito, achei que foi a maior tristeza da minha vida.* Vários autores encontraram relatos semelhantes (Valcanaia *et al.*, 1997; Fiske *et al.*, 1995; Wolf, 1998). Os sentimentos com a perda dentária são muito negativos, os pacientes se sentem apavorados, envergonhados e têm a sensação de perda irreparável. Na verdade, as pessoas não estão preparadas para a perda de seus dentes e não avaliam o impacto que este fato terá nas suas vidas.

Wolf (1998) explica que a erupção dentária é uma etapa muito importante na organização psíquica dos indivíduos e por isso a sua perda pode implicar alterações com conseqüências para sua vida emocional. A autora chama a atenção para as experiências de cunho psicológico e para as experiências culturais mais específicas que fazem com que a boca, os dentes, o sorriso e a mordida sejam referências pessoais e critério de aceitação social. Ela relata que em nossa organização sociocultural, a aparência é muito valorizada e quando as pessoas não alcançam o padrão desejado pela sociedade, elas se tornam vulneráveis a sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha.

Tomando a teoria de Rodrigues (1979) adotada nesse trabalho sobre o significado da boca, pode-se entender por que ela é tão importante para os indivíduos e por que qualquer problema que a envolva pode acarretar sentimentos tão negativos.

Os problemas na vida diária relacionados com a perda dentária foram de natureza funcional como comer, mastigar ou falar; e social como mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho.

Relatos sobre a dificuldade de comer alimentos duros e fibrosos causados pela perda dentária e a falta de prazer com a mastigação foram freqüentes entre os entrevistados: "...atra-

palha comer, minha boca está toda machucada", "...não posso comer carne, nem tenho gosto mais." Parece que a habilidade para mastigar está relacionada com o número de dentes presentes e sua distribuição nas arcadas, aproximadamente 20 dentes (Agerberg & Carlsson, 1981). Wayler & Chauncey (1983) relatam, no entanto, que embora não tenha sido provado que a mastigação seja realmente necessária na digestão dos alimentos, alguns estudos indicaram que os pacientes com muitas perdas dentárias ou com próteses deficientes tendem a selecionar alimentos mais fáceis de engolir sem mastigar. Os autores acima não encontraram, porém, relação desta seleção de alimentos com baixa nutrição e concluíram que a dieta moderna, cujo processamento se dá na cozinha ou na indústria, diminui a necessidade da mastigação. No entanto, os autores relatam que comer é uma função social importante, que uma quantidade de mastigação é necessária para a produção de saliva e suco gástrico e para facilitar a digestão. Mastigar e sentir o gosto dos alimentos são essencialmente prazerosos e emocionalmente necessários para o bem-estar do indivíduo e sua qualidade de vida (Ettinger, 1987).

Alguns pacientes relataram ter problemas para falar por causa das falhas dentárias: *...estou falando e sinto que estou assobiando pelos lados da boca.* A maioria dos trabalhos na literatura odontológica mostra que os pacientes passam a ter limitações funcionais com a perda dentária mas não especificam o problema com a fala. Apenas quando se usou o OHIP (Oral Health Impact Profile), um índice psicossocial desenvolvido por Slade & Spencer (1993), verificou-se que parte dos pacientes tinha problemas para pronunciar palavras. Se é através da boca que o indivíduo se comunica com o mundo e é através dela que ele se expressa, pode-se imaginar o transtorno para uma pessoa que não consegue se fazer entender por não conseguir pronunciar corretamente as palavras.

A mudança no comportamento dos indivíduos devido à perda dentária, no sentido de esconder a boca, também foi relatada pelos entrevistados. Portanto, falar, comer e rir passaram a ser comportamentos evitados na frente de pessoas estranhas: *...todo mundo que fica sem dentes fica de certa maneira acanhado de conversar, falar e sorrir, a auto-estima fica lá embaixo.* Wolf (1998) explica essa mudança quando relata que os indivíduos dependem da aceitação social e, portanto, têm necessidade de

acolhimento por parte do seu grupo e o temor de serem rejeitados pode interferir na sua forma de agir, sentir, pensar. A autora lembra que o sorriso é um ritual de aproximação e é influenciado pela aparência dos dentes; a inibição do sorriso tem conseqüências, pois desconstrói-se a postura desejável, diminui-se a auto-estima, impede-se a demonstração da alegria e do acolhimento, prejudica-se o convívio social.

Por sua vez, a teoria de Goffman (1988) relata que o indivíduo com uma desfiguração facial pode ser estigmatizado e, a partir daí, poderá experimentar relativamente rápido uma mudança na personalidade aparente e passará a evitar os contatos com as pessoas normais, auto-isolando-se, tornando-se desconfiado, deprimido, hostil, ansioso e confuso (considera-se neste trabalho que essa desfiguração se configura pelo fato de a pessoa estar sem dentes). Essa mudança no comportamento pode ser explicada pelo receio de que seu defeito seja conhecido. Assim, fazem grandes esforços para passar despercebidos e começam a construir novas estratégias de adaptação.

Com relação à boa aparência, Wolf (1998) relata que ela é um facilitador para as trocas sociais, pois o indivíduo aprendeu a avaliar-se segundo a apreciação dos outros. A sua imagem conta mais que a experiência, a habilidade, os afetos e o caráter, uma vez que será julgado, pelo menos inicialmente, pela visibilidade exterior. O primeiro olhar das pessoas é sempre para o rosto, que está ligado à identidade do indivíduo. A deformação desse rosto pode causar rejeição a essa pessoa e anular a atenção para os seus outros atributos (Barbotin, 1977). O seguinte trecho retirado das entrevistas revela isso: *A gente perde toda a beleza quando não tem dentes. A coisa mais importante são os dentes da gente, a boca da gente é uma alegria.*

Vários entrevistados revelaram ter problemas para conseguir trabalho por causa da falta de dentes anteriores: *...ficar sem dentes é duro, ainda mais na frente. Nem arrumar emprego a gente consegue.* Ou ainda, *Eu trabalho de porteiro noturno e quando fui arrumar esse emprego só deixaram trabalhar à noite porque aí ninguém enxerga se eu tenho dente ou não.* O corpo cumpre uma função ideológica e pode-se reconhecer no corpo das pessoas um dos diversos indicadores da posição social. Nesse sentido, classificam-se as pessoas quanto à aparência, chegando, até mesmo, a habilitá-las ou não a determinados empregos (Rodrigues, 1979). O autor explica que a beleza, vista sociologicamen-

te, é, antes de mais nada, o produto de uma atividade ordenadora e sistematizadora, a ponto de os indivíduos ficarem, de certa forma, moralmente obrigados a preservá-la. Não é difícil compreender, portanto, por que a aparência se torna critério importante na seleção de empregados que vão lidar com o público.

Os problemas com os dentes anteriores também foram vistos como impedimento para uma boa recepção pelas outras pessoas: *A boca é muito importante. É o cartão de visita da pessoa. (...) Para as pessoas terem boa impressão da gente é preciso ter os dentes bem cuidados.* E ainda: *A pessoa é bem recebida se está com a boca legal. Quando está com cárie já fica aquele recheio até de tomar no seu copo.* Barbotin (1977) relata que acolher o outro significa aceitar sua fisionomia, assim como descartar um rosto é recusar a convivência com aquela pessoa. O rosto do indivíduo está ligado à sua identidade. A sociedade espera que uma pessoa apareça para a outra mostrando correção na sua aparência, pois é através do seu exterior que ela exprime ou demonstra como ela própria se vê e quer ser vista. No caso da sua aparência não estar adequada, segundo as normas da sua cultura, pode não ser bem recebida.

Com relação à prótese dental, muitos entrevistados revelaram não usar ou improvisar alternativas por não possuírem condições financeiras para o pagamento: *Não tenho prótese, não uso nada. É um problema. Não tenho condições financeiras de pagar. É caro.* O programa de saúde bucal da SMSBH tem uma oferta de atenção secundária (especializada) muito restrita e não inclui a reposição dentária com a prótese, mesmo conhecendo a grande necessidade de prótese de seus usuários e o baixo nível socioeconômico dessas pessoas, como já foi levantado neste trabalho. Num cenário como este, percebe-se que a não oferta de prótese para a população não faz sentido, uma vez que esta deveria ser uma das prioridades diante do princípio da integralidade da atenção em saúde bucal.

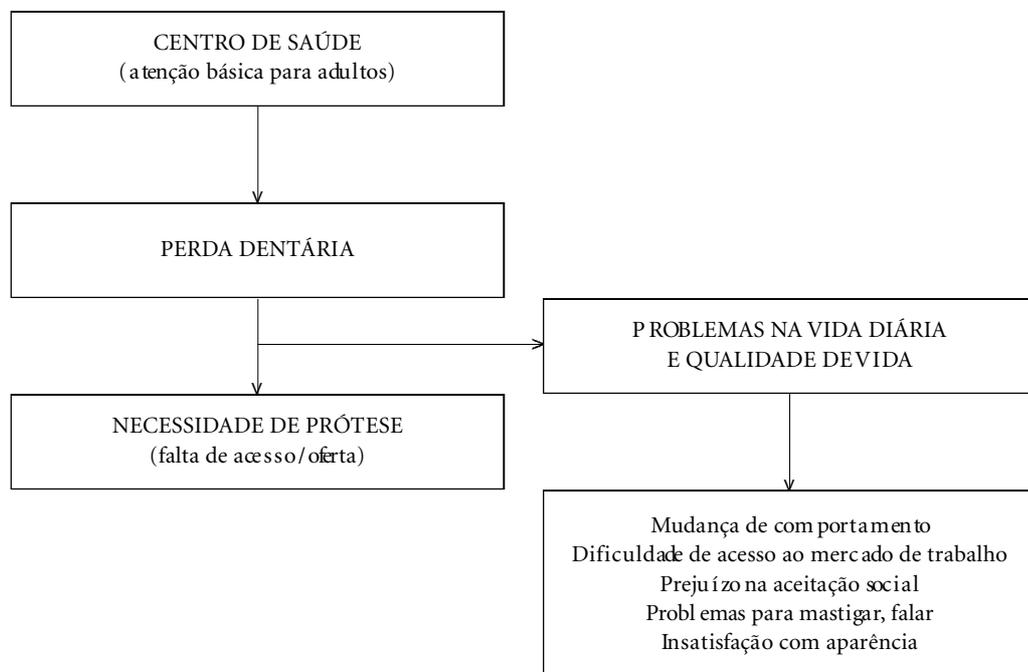
A prótese apresentou-se, também, como solução para quem tem muitos problemas odontológicos acumulados, com necessidade de intervenções em níveis de atenção básica e secundária e cujo tratamento na rede privada ficaria bastante oneroso: *Mas é muito difícil a gente tratar, é muito caro. Meu irmão estava com a boca toda estragada, (...) fez um orçamento porque estava atrapalhando ele de arrumar emprego. Não deu conta de pagar (...) mandou arrancar todos os dentes porque era mais barato pôr dentadura.* Historicamente, a prática odon-

tológica tem realizado a extração dentária para eliminar um sintoma da doença, restaurando a condição de normalidade (não sentir dor), mas instaura a anormalidade (não ter dentes), que pode ser reconduzida à normalidade por meio de uma prótese dentária, assim, o que é anormal passa a ser aceito como normal, social e mesmo profissionalmente (Lyda, 1998). Bernd *et al.* (1992) também fazem considerações semelhantes, pois para tornarem os indivíduos aptos para o trabalho, muitas vezes fazem extrações de dentes que poderiam ser recuperados. A ineficiência do setor público na solução dos problemas bucais da população adulta fica evidente mais uma vez. É extremamente cruel as pessoas serem obrigadas a extrair seus dentes por não poderem pagar pelo tratamento necessário na sua recuperação. Está claro que é um equívoco dizer, quando somente a atenção básica é oferecida para esta faixa etária, que existe equidade no atendimento, uma vez que a resolutividade para esta população é mínima, e as extrações dentárias são, quase sempre, as únicas alternativas.

Finalmente, pode-se construir um modelo explicativo da perda dentária e suas consequências para a vida dos indivíduos (Figura 1).

Assim, resumindo, a inexistência de um programa de saúde bucal eficiente na SMSBH, com atendimento amplo nos três níveis de atenção (integralidade), que não ofereça ao paciente apenas a atenção básica e que trate os diferentes como diferentes, ou seja, tenha equidade além da universalização do acesso, está levando o usuário adulto à perda dentária. Elementos dentais com possibilidades de recuperação são extraídos em função da estreita oferta de atenção secundária (integralidade). Por outro lado, o paciente desdentado pelo sistema também não consegue a reposição dentária com a prótese, o que traria sua reabilitação funcional e estética, uma vez que ela não é ofertada pelo serviço e ele não tem condições econômicas para fazê-la no sistema privado. Essa situação que está sendo vivenciada pelos usuários em trânsito leva-os a ter diversos problemas na sua vida diária, com grande influência na sua qualidade de vida.

Figura 1
Modelo explicativo da perda dentária.



Em síntese, para tornar a saúde bucal um bem público, é necessário a participação da coletividade na implementação dos programas de saúde bucal coletiva, do engajamento e compromisso dos profissionais de saúde com a eficácia e eficiência desses programas e de todos os responsáveis pela gestão das ações e serviços de saúde, incluindo a seleção e uso das tecnologias nos diferentes níveis do SUS.

Segundo Mattos (2001), quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, é preciso conhecer as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. O princípio da integralidade implica superar reducionismos.

A esse respeito, é preciso salientar que a nova política nacional de saúde bucal apresentada pelo Ministério da Saúde (Brasília, 2004) aponta para uma reorganização da atenção em todos os níveis, visando à promoção da qualidade de vida. Tem como eixo de reorientação do modelo a linha do cuidado que traz consigo a proposta de humanização do processo. As novas diretrizes pretendem a ampliação e qualificação da atenção básica, assegurando atendimentos nos níveis secundário e terciário de modo a buscar a integralidade da atenção. Para ampliar a oferta de serviços odontológicos especializados, o Ministério repassará recursos para a criação nos municípios dos Centros de Referência de Especialidades Odontológicas que deverão estar sempre integrados ao processo de planejamento local. Esta nova proposta vem ao encontro das necessidades e problemas levantados pelos usuários nesse trabalho, podendo melhorar a qualidade dos serviços de saúde e humanizar suas práticas.

Conclusões

O Programa de Saúde Bucal da SMSBH, realizado no Centro de Saúde Boa Vista, centrado

na atenção básica, mostrou-se insuficiente e ineficaz para resolver a maioria das necessidades odontológicas que os usuários adultos apresentam. A não oferta de atenção secundária pela rede pública faz com que muitos dentes que podem ser recuperados sejam extraídos.

As principais causas da perda dentária apontadas pelos pacientes foram a falta de informação e condições econômicas para o tratamento. Os sentimentos relatados com a perda dentária foram bastante negativos, deixando claro que esses sentimentos não são decorrentes apenas dos problemas estéticos ou funcionais que a perda dentária traz, mas também porque os dentes e a boca têm um significado psicológico importante na formação do psiquismo humano. Os problemas na vida diária relatados pelos usuários que perderam seus dentes foram de natureza funcional e social tais como: dificuldades para mastigar, falar, mudanças no comportamento, insatisfação com a aparência, prejuízo na aceitação social e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, causando forte impacto na qualidade de vida.

A reabilitação estética e funcional dos pacientes com a prótese mostrou-se difícil, uma vez que a rede pública de saúde não oferece esse serviço e por eles não possuírem condições econômicas de fazê-la na prática privada. Pacientes que já usam prótese revelaram ter dificuldades de adaptação e desconforto, mas continuavam usando-a em função da aparência.

Portanto, percebemos que os princípios doutrinários do SUS não estão sendo observados na estrutura organizacional, pois, nos espaços sociais, os serviços não são ofertados em todos os níveis de atenção. Essa deficiência provoca uma falta de prevenção na incidência e um acúmulo na Prevalência das necessidades, com um incremento constante em quantidade, complexidade, mutilação, insatisfação e seqüelas ao usuário do tratamento prestado em saúde bucal pelo Sistema Único de Saúde.

Colaboradores

Este artigo foi extraído de tese de doutoramento da professora Andréa Maria Duarte Vargas na Escola de Veterinária da UFMG, área de Epidemiologia, cuja orientadora foi a professora Helena Heloísa Paixão.

Referências bibliográficas

- Agerberg C & Carlsson GE 1981. Chewing ability in relation to dental and general health. *Acta Odontologica Scandinavica* 39(4):147-153.
- Bailit HL, Braun R & Maryniuk GA 1987. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? *Journal of American Dental Association* 114(1):40-45.
- Barbotin E 1977. *El lenguaje del cuerpo*. v. 2. Editora EUNSA, Pamplona.
- Bardin L 1977. *Análise de conteúdo*. Edições 70, Lisboa.
- Bernd B, Souza CB, Lopes CB, Pires Filho FM, Lisboa IC, Curra LCD *et al.* 1992. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. *Saúde em Debate* 34(3):33-39.
- Brasil 2004. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção básica, Coordenação Nacional de Saúde bucal. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília.
- Ettinger RL 1987. Oral disease and its effect on the quality of life. *Gerodontology* 3(4):103-106.
- Fiske J, Davis DM & Horrocks P 1995. A self-help group for complete denture wearers. *British Dental Journal* 178(5):18-22.
- Gerbert B 1992. How dentists see themselves, their profession, the public. *Journal of American Dental Association* 123(12):72-78.
- Gift HC & Redford M 1992. Oral health and the quality of life. *Clinic Geriatric Medicine* 8(5):673-683.
- Goffman E 1988. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- Guimarães MM & Marcos B 1996. Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. *Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais* 2(1):16-20.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 1996. *Censo demográfico populacional – 1996*. In IBGE On-Line. Ministério do Planejamento. Disponível em <www.ibge.gov.br> Acessado em Jul. 2001.
- Iyda M 1998. Saúde bucal: uma prática social, pp. 127-139. In C Botazzo & SFT Freitas (orgs). *Ciências sociais e saúde bucal* questões e perspectivas. Edusc, São Paulo.
- Löe H & Brown J 1993. Classification and epidemiology of periodontal diseases. *Periodontology* 2000 3(5):229-238.
- MacEntee MI., Hole R & Stolar E 1997. The significance of the mouth in old age. *Social Science & Medicine* 45(9):1449-1458.
- Mattos RA 2001. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos, pp. 39-64. In R Pinheiro, RA Mattos (orgs). *O sentido da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Editora UERJ, IMS-Abasco, Rio de Janeiro.
- Minayo MCS 1994. Quantitativo e qualitativo em indicadores de saúde: reverendo conceitos, pp. 25-33 In MFL Costa & RP Souza (orgs.). *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Editora Coopmed, Belo Horizonte.
- Minayo MCS, Hartz ZNA & Buss PM 2000. Qualidade de vida e saúde: um desafio necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1):25-33.
- Pinto VG 1997. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil, pp. 27-41 In L Krieger. *Promoção de saúde bucal*. Ed. Artes Médicas, São Paulo.
- Pinto VG 2000. *Saúde bucal coletiva*. Ed. Santos, São Paulo.
- Rankin JA & Harris MB 1985. Dental anxiety: the patient's point of view. *Journal of American Dental Association* 109(1):43-47.
- Rodrigues JC 1979. *O tabu do corpo*. Ed. Achiamé, Rio de Janeiro.
- Ruffino Neto A 1992. Qualidade de vida: com promessa histórica da Epidemiologia. *Saúde em Debate* 35:63-67.
- Sampaio LFR 1996. A participação popular nos conselhos de saúde, pp. 37-41. In LFR Sampaio *et al.* (orgs.). *Os limites da utopia: saúde e cidadania no SUS de Brumadinho*. Ed. Prefeitura Municipal, Brumadinho.
- Santos I & Carvalho GI 1992. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. *Saúde em Debate* 34(3):60-92.
- Santos RM 1996. *Distribuição das doenças da cavidade bucal nos usuários do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte: Um estudo de prevalência*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.
- Santos SR 1999. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Jornal de Pediatria* 75(6):401-406.
- Slade GD & Spencer AJ 1993. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dental Health* 11(3):3-11.
- Valla VV & Siqueira SAV 1989. O Centro Municipal de Saúde e a participação popular, pp. 91-115. In NR Costa, MCS Minayo, CL Ramos & EM Stotz. *Demanda populares, políticas públicas e saúde*. Editora Vozes, Petrópolis.
- Valcanalia TC, Souza Filho A & Ramos Filho S 1997. Melhoria na qualidade de vida de pacientes com uso de próteses implanto-suportadas. *Revista Brasileira de Cirurgia e Implantodontia* 4(2):53-63.
- Wayler AH & Chauncey HH 1983. Impact of complete dentures and impaired natural dentition on masticatory performance and food choice in health aging men. *Journal Prosthetic Dentistry* 32(49):427-433.
- Wolf SMR 1998. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas* 52(4):307-316.

Artigo apresentado em 4/10/2004

Aprovado em 26/11/2004

Versão final apresentada em 10/12/2004