

O valor social dos dentes e o acesso aos serviços odontológicos

The social value of teeth and access to dental health services

Luciara Leão Viana Fonseca¹
Rosa Maria Quadros Nehmy²
Joaquim Antônio César Mota³

Abstract Oral healthcare provided by the Unified Health System (SUS) faces the challenge of attending the epidemiological profile of Brazil's adult population. Qualitative research using semi-structured interviews was conducted to understand the experiences, expectations and perception of SUS users to services in Diamantina, State of Minas Gerais, and content analysis was used to assess the data. Discussion of the results was based on dialogue between the symbolic interactionism of Goffman and Bourdieu's concept of habitus. The results show that the users did not give importance to dental care during childhood and adolescence because care was unknown to them. There was no offer of treatment besides dental extraction. Today, they value teeth and suffer the embarrassment caused by rotten teeth. However, access to dental restoration via SUS is not possible. For their children, they perceive better access to information and care, but for specialized procedures there are barriers. They express resignation both in relation to the poor state of the teeth and the difficulties of access to dental care, which can be understood by the constant exclusion experienced by them in the past, shaping their actions in the present. It was concluded that oral health in SUS should incorporate the social value and the aesthetic dimension of teeth as a social right.

Key words Dental care, Access, SUS

Resumo A assistência em Saúde Bucal no SUS enfrenta o desafio de responder ao perfil epidemiológico da população adulta. Com o objetivo de compreender as vivências, expectativas e percepção de acesso aos serviços pelas usuárias dos serviços de saúde do município de Diamantina-MG, foi realizada pesquisa qualitativa utilizando entrevista semiestruturada e a análise de conteúdo para avaliação dos dados. A apresentação e a discussão dos resultados basearam-se no diálogo entre o interacionismo simbólico e o conceito de habitus de Bourdieu. Os resultados mostram que as entrevistadas não davam, antes, importância ao cuidado com o dente, porque os procedimentos eram-lhes desconhecidos ou porque a prática dominante era a extração dentária. Hoje, valorizam os dentes e sofrem os constrangimentos sociais que causam a sua boca mal cuidada. Contudo, o acesso à restauração dos dentes pelo SUS não lhes é ainda possível. Para os filhos, percebem haver melhor acesso à informação e ao cuidado, mas para procedimentos especializados ainda encontram barreiras. Expressam resignação com o mau estado dos seus dentes e com as dificuldades de acesso, o que pode ser compreendido pelas exclusões já vividas que moldam suas ações no presente. Conclui-se que a assistência à Saúde Bucal do SUS deve incorporar a dimensão estética do dente como um direito social.

Palavras-chave Assistência odontológica, Acesso, SUS

¹ Departamento de Odontologia, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. R. Glória 184, Centro. 39100-000 Diamantina MG Brasil.

luciara.leao@ufvjm.edu.br

² Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, UFMG.

Introdução

No Brasil, o direito à saúde, entendido como acesso a bens e serviços, está submetido às contingências nos campos econômico, social, político e administrativo, ressaltando-se, sobretudo, o aspecto financeiro no que se refere à insuficiência de recursos para a implementação de uma política de saúde universal, como previa a Constituição de 1988¹. Apesar da instituição legal de um sistema público universal e gratuito, não houve sua materialização como universal em todos os seus níveis, formando, hoje, um sistema fragmentado e dirigido predominantemente aos pobres, já que os grupos sociais mais bem remunerados mantiveram-se no setor privado². Do ponto de vista ético, a persistência das graves desigualdades de acesso aos serviços suscita questionamentos em relação à possibilidade de concretização de um sistema orientado pelas diretrizes de universalidade, integralidade e equidade³. No que se refere à saúde bucal, além dos efeitos dos constrangimentos políticos e financeiros para o atendimento das necessidades da saúde em geral, sua inserção na agenda pública foi permeada por conflitos e contradições em diferentes esferas de governo⁴.

A inclusão da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF) se deu somente em 2000⁵, o que tem sido visto como possibilidade de romper com os antigos modelos assistenciais articulando as propostas da vigilância à saúde, baseando-se na integralidade e também na busca ativa de famílias, consideradas o núcleo social primário para esse nível de atenção⁵. Para a realização desses objetivos deve-se considerar o perfil epidemiológico da população quando se projeta a assistência nessa área. No Brasil, esse perfil se caracteriza por uma dualidade: a baixa prevalência de cárie em crianças com bons resultados já alcançados anteriormente pelos serviços públicos de assistência a escolares, posteriormente absorvidos pelo SUS^{6,7}, ao lado de uma enorme carência de cobertura para a população adulta. Dados recentes mostram que o índice de cárie dentária, em média, é de 2,07 dentes atingidos em crianças aos 12 anos, valor baixo pelos padrões internacionais⁷. Entretanto, o adulto brasileiro de renda e escolaridade baixas acumula grande estoque de doenças bucais, o que se reflete no alto índice de perda dos dentes. Entre os adultos, 9,1% usam prótese total e 0,3% necessitam de seu uso e, para a população idosa, o índice de uso de prótese total é de 63,1% e de necessidade, 15,4%⁷. O edentulismo, ou perda total dos dentes, constitui um marcador das desigualdades sociais que caracterizam o país⁸.

Levando em consideração esse cenário, o objetivo da pesquisa foi compreender as vivências e as expectativas de mulheres usuárias dos serviços odontológicos do SUS em relação à sua saúde bucal e a dos membros de sua família e sobre sua percepção em relação ao acesso aos dentistas dos serviços públicos. Como referencial teórico de análise, foram utilizadas proposições do interacionismo simbólico⁹ e o conceito sociológico de *habitus*¹⁰.

Metodologia

A pesquisa de campo foi realizada em Diamantina, cidade localizada no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, que inaugurou a inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em 2006. Com uma população de 45.880 habitantes, o município se caracteriza por baixos indicadores sociais, enquadrando-se na categoria de pequeno porte, na faixa de 20 a 50 mil habitantes, representando cerca de 20% dos municípios brasileiros^{11,12}.

Foi realizada pesquisa qualitativa sobre as vivências e as expectativas de mulheres em relação à sua saúde bucal e dos membros de sua família, incluindo o significado dos dentes diante da disponibilidade de acesso a serviços preventivos, curativos e de reabilitação nos serviços públicos do município.

A atenção pública municipal em odontologia está inserida em duas das nove equipes de ESF, nas quais, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal¹³, seriam ofertados procedimentos clínicos restauradores simples, atendimentos de urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais e a fase clínica de próteses elementares.

A Rede municipal inclui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) para realização de procedimentos especializados¹⁴, um consultório em uma escola municipal, e outro no hospital local para atendimento de pacientes com necessidades especiais. Desde 1953, funciona no município uma escola de Odontologia, vinculada à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), que presta atendimento de urgência e realiza procedimentos em diferentes especialidades.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres, usuárias das duas unidades de ESF que possuíam serviços de assistência odontológica e do CEO. A escolha da mulher como sujeito da pesquisa seguiu referências da literatura: por ser a maior frequentadora dos serviços de saúde¹⁵ e por sua

importância estratégica nas relações sociais da família, assumindo o papel de principal responsável pelos cuidados com os filhos e o marido¹⁶.

As participantes foram selecionadas considerando como critério de inclusão ser usuária dos serviços públicos odontológicos, ser adulta e ter família constituída por companheiro e/ou filhos. A coleta dos dados foi realizada durante os meses de maio a julho de 2012. Foram entrevistadas 15 usuárias dos serviços odontológicos das unidades de saúde da Palha, da Vila Operária e do CEO.

Para delimitar o número de entrevistas, considerou-se o critério de saturação teórica das informações, frequentemente empregado nos relatórios de investigações qualitativas para estabelecer o término da coleta dos dados, interrompendo a captação de novos componentes¹⁷.

As entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde utilizando-se roteiro semiestruturado, de forma a permitir que as participantes da pesquisa discorressem livremente sobre os seguintes temas: significado dos dentes, cuidados com a saúde bucal e acesso à assistência odontológica para elas e demais membros da família. Iniciava-se a entrevista solicitando que as mulheres contassem a “história de sua boca, dos seus dentes e de sua família”. A duração das entrevistas variou de 30 a 40 minutos. As entrevistas foram gravadas com permissão prévia e transcritas na íntegra.

As falas das mulheres foram tratadas pelo método de análise de conteúdo¹⁸. Inicialmente foram identificados os feixes temáticos abordados pelas entrevistadas, agrupados posteriormente em duas categorias empíricas, o “Significado dos dentes” que incluía os temas descrição da boca, saúde bucal e estética dos dentes; e a “Demanda de serviços” abrangendo a informação, os cuidados com os dentes e a busca de atendimento. No confronto com o referencial teórico e com a literatura específica, foram redefinidas como categorias analíticas “Valor social dos dentes” e “Acesso aos serviços de saúde odontológicos”¹⁹.

A pesquisa foi previamente avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 15 mulheres com idade entre 29 e 50 anos, predominando o nível de escolaridade fundamental incompleto, sendo que três delas possuíam ensino médio completo. Um terço era dona de casa e as demais exerciam ocupações variadas como diarista, gari, auxiliar

de cozinha e servente escolar. A renda familiar variou entre um e três salários mínimos com concentração em torno de um (Quadro 1). Em relação à saúde bucal, duas eram totalmente e as outras parcialmente desdentadas, com relato de perda variando de dois a mais de dez dentes. Note-se que nos três casos em que a escolaridade destoa do conjunto das participantes da pesquisa, não foram observadas diferenças na percepção das entrevistadas, o que pode ser atribuído à semelhança da posição social em relação à renda e a conseqüente dependência dos serviços odontológicos do SUS.

A discussão sobre a percepção das usuárias dos serviços odontológicos do SUS é tecida em torno de dois eixos. O primeiro refere-se ao “valor social dos dentes”, categoria analítica definida como a importância atribuída ao estado da boca e/ou dos dentes nas interações sociais em público, abordando a dimensão simbólica dos dentes, diferindo da saúde bucal, a qual se refere às funções biológicas da boca. O segundo eixo, categoria analítica “acesso aos serviços odontológicos”, considera a percepção das pessoas sobre as condições de acesso em relação a suas necessidades, entendido como efetivo uso do serviço²⁰.

A discussão dos resultados da pesquisa se baseia em proposições do interacionismo simbólico de Goffman⁹ e no conceito de *habitus* de Bourdieu¹⁰. O referencial baseado em Goffman⁹ apoia a discussão sobre o valor social dos dentes, quando o autor enfoca o ator social em interação no dia a dia, especialmente em lugares públicos. Para ele, os homens agem em relação às coisas com base nos significados que estas e as pessoas têm para eles. Os significados derivados desses encontros são estabelecidos e modificados por meio de um processo interpretativo. O foco é a ação em si, o acontecimento. O referencial de Bourdieu¹⁰ abrange a discussão dos achados da pesquisa em geral. Segundo o autor, as ações sociais estão predeterminadas pelo *habitus*, ou seja, por padrões da atividade socialmente constituída, inculcados de forma pré-consciente nos homens, pelo processo de socialização. Tais “padrões” incluem estratégias, hábitos, determinações, rotinas, avaliações... por meio dos quais se expressam comportamentos individuais ou coletivos. O foco dessa abordagem recai sobre estruturas sociais “encarnadas” pelos homens que induzem a determinado comportamento, fruto de experiências passadas na vida social.

A discussão dos resultados com esse referencial expõe na verdade o suporte teórico que orientou o olhar do pesquisador desde a escolha

Quadro 1. Caracterização socioeconômica das entrevistadas, Diamantina, MG, 2012.

Entrevistada	Idade	Estado civil	Ocupação	Escolaridade	Nº Filhos	Renda familiar	Origem
E1	50	Casada	Dona de casa	Fundamental incompleto	03	3 salários mínimos	Rural
E2	34	União estável	Dona de casa	Fundamental incompleto	02	1 salário mínimo	Rural
E3	31	União estável	Diarista	Fundamental incompleto	02	1 a 1,5 salários mínimos	Urbana
E4	45	Separada	Servente escolar	Fundamental completo	02	1,5 salário mínimo	Rural
E5	25	Casada	Gari	Fundamental incompleto	03	2 salários mínimos	Rural
E6	43	Casada	Dona de casa	Fundamental incompleto	04	1 salário mínimo	Rural
E7	43	Casada	Dona de casa	Fundamental incompleto	02	1 salário mínimo	Rural
E8	29	Solteira	Esteticista	2º grau completo	02	1 salário mínimo	Urbana
E9	34	Separada	Técnica enfermagem	2º grau completo	01	1,5 salário mínimo	Urbana
E10	39	Solteira	Auxiliar de cozinha	Fundamental incompleto	01	1 salário mínimo	Urbana
E11	36	Casada	Camareira	Fundamental incompleto	03	2 salários mínimos	Urbana
E12	46	Separada	Diarista	Fundamental incompleto	02	Sem salário fixo	Urbana
E13	44	União estável	Dona de casa	Fundamental completo	02	1 salário mínimo	Urbana
E14	31	Casada	Balconista	2º grau completo	não	1 a 1,5 salários mínimos	Rural
E15	36	Casada	Diarista	Fundamental incompleto	04	1 a 1,5 salários mínimos	Rural

do objeto de pesquisa. Pode-se assim dizer, que as participantes da pesquisa reproduzem e exemplificam nas suas declarações e posições frente à realidade de sua história no campo da Odontologia, o referencial teórico adotado.

O valor social dos dentes

As participantes da pesquisa qualificam os dentes em pares opostos: bom-ruim ou bonito-feio. Os bons ou bonitos são certinhos, branquinhos e juntinhos e os dentes feios são amarelos, escuros, tortos, separados ou estragados. E quando há dentes ausentes, em seu lugar ficam “aquelas falhas feias” (E1). Todas as categorias que elas usam para classificar positivamente os dentes fazem menção à cor branca, ao alinhamento e à ausência de falhas visíveis, que sintetizam para elas a boa situação da boca.

As entrevistadas não fazem separação nítida entre a saúde bucal, que se refere à função biológica dos dentes, e a dimensão estética, enfatizando mais o aspecto da aparência. Para elas, a coroa dental transforma o dente ruim em bom e bonito. Quando o dente foi “consertado”, fica “bom” novamente, como aparece na fala de uma en-

trevistada: “Era tudo assim, torto, sabe? Depois, fiz coroa, fiz canal neles todos. Agora tá assim...” (E1) diz, mostrando seus dentes, satisfeita. Já o dente branquinho revela “que não tem problema nenhum” (E14). Também a localização da cárie incomoda quando o dente é visível e a aparência pode ser até mais importante do que a dor: “nem a dor [de dente] não me incomoda tanto” (E8).

Encontram-se resultados semelhantes na literatura internacional e nacional no que se refere à ênfase na dimensão estética dos dentes em pesquisas qualitativas com diferentes segmentos sociais: usuários do serviço social canadense²¹, pessoas de diferentes níveis socioeconômicos em municípios baianos²² ou com mães do meio rural brasileiro²³. Esses achados mostram que a saúde bucal é definida, socialmente, com valorização do visível em detrimento do invisível²¹, podendo-se dizer, como faz Rosseau et al.²⁴, que no contexto dos dentes e da boca “a separação entre a saúde bucal e a dimensão estética seria até mesmo artificial”.

Na discussão em relação à valorização da aparência em detrimento das funções biológicas do dente, deve-se considerar a ressalva feita por Emmerich e Castiel²⁵ sobre a possibilidade de a

prótese dentária camuflar a mutilação social resultante da prática da extração dentária, sobretudo quando o dente poderia ter sido recuperado, envolvendo os cidadãos/usuários no imaginário social odontológico.

Contudo, se a restauração artificial dos dentes ilude as pessoas, refletindo a ideologia da classe dominante, que no caso dos dentes, reproduz o imaginário odontológico, deve-se considerar que ela não é mera ilusão, mas uma realidade experimentada na vida cotidiana. Como nos lembra Chauí²⁶, aproximando-se do conceito de *habitus* de Bourdieu: “A ideologia é um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações (ideias e valores) e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar ou o que devem valorizar e como devem valorizar”. Sendo assim, a ideologia constitui o conteúdo significativo das estruturas sociais da vida cotidiana, indicando a direção das ações sociais, com evidente efeito prático na vida das pessoas.

As mulheres da pesquisa enfatizam a importância dos dentes nas relações sociais e nas suas condições de apresentação pessoal diante dos outros. Para elas, a boca (o dente) “é o cartão-postal da gente” (E12); “o primeiro passo é a boca” (E3); “é um abre-portas” (E11). Elas percebem que a aparência dos dentes e, em consequência, da boca, influencia no cotidiano da vida, em várias situações, como na obtenção do emprego e na paquera (E8). Como diz Goffman⁹, na interação social, quando um indivíduo chega perante outros que lhe são desconhecidos, estes, geralmente, procuram obter informação a seu respeito ou trazem à baila a que já possuem para saber qual a melhor maneira de agir para obter uma resposta desejada. Muitas fontes são acessíveis de imediato e eles procuram, a partir de sua conduta ou aparência, indicações que lhes permitam utilizar “a experiência anterior que tenham tido com indivíduos aproximadamente parecidos ou, o que é mais importante, aplicar-lhe estereótipos não comprovados”. Por isso, “de modo geral, as pessoas estão preocupadas, nas interações com os outros, em ‘salvar a imagem’, proteger sua autoestima”⁹.

Essas mulheres já incorporaram em suas condutas posições de autocritica por causa da aparência da boca, colocando-se a princípio em desvantagem em determinadas interações sociais. Algumas delas se retraem, não querem mostrar os dentes aos outros, porque “têm certos lugares mesmo que a gente não tem como não ir... A gente fica mais tímida, num canto. Às vezes, tem reuniões assim de alunos, dos filhos da gente, a

gente fica assim, com vergonha também de falar alguma coisa” (E12); ou como confessa outra entrevistada: “quando eu vou sorrir eu ponho a mão na frente” (E3). Assim, nas interações sociais, essas mulheres já se sentem prejudicadas a priori, por causa do mau estado da boca. E como o pertencimento a uma classe social está marcado, assim como em outras categorias sociais, por sinais e ritualizações que distinguem indivíduos e grupos, a má aparência da boca traduz uma condição social subalterna, constituindo um estigma a mais de exclusão da pessoa²⁷.

Considerando a importância da aparência na vida cotidiana e a síntese construída pelas entrevistadas de que o rosto (e nele, em destaque, a boca) representa a pessoa nas relações sociais, parece justo que aquelas com a boca já mutilada almejem a reconstituição artificial de seus dentes. Entretanto, apesar de a literatura nacional^{22,23} e internacional^{21,24} e também o conhecimento tácito mostrarem com insistência a importância da dimensão estética da boca para o desempenho pessoal na vida social em suas várias instâncias, incluindo o trabalho, não se encontrou referência de estudos que abordassem esta questão como reconhecimento de um direito à saúde. Ao que parece, as críticas ao modelo curativista e biológico, de um lado e ao aspecto mercadológico da chamada Odontologia de Mercado, de outro, podem estar ofuscando a inclusão na pauta da Saúde Coletiva da dimensão simbólica do dente e das necessidades percebidas pela população como um direito social. Não se está questionando a afirmação de que a “prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento”, como consta no documento “Diretrizes da Política de Saúde Bucal”¹³, mas trata-se apenas de destacar a importância dos procedimentos de restauração dentária serem considerados uma demanda legítima dos usuários do SUS.

O acesso aos serviços de Saúde Bucal

Na literatura, há consenso de que acesso não se refere à mera existência de serviços de saúde, mas ao ingresso e sua utilização ou consumo real^{20,28}. Starfield²⁸ acresce a questão da eficácia dos serviços na definição, considerando que o acesso permitiria seu uso oportuno, visando os melhores resultados possíveis e, portanto, relacionando-se à forma como o indivíduo experimenta o serviço. A origem da busca ao serviço de saúde, de acordo com Schraiber e Mendes-Gonçalves²⁹, é o carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido, podendo ser uma

alteração física, orgânica, que o impeça de seguir sua rotina de vida, ou até mesmo uma situação que seja reconhecida como “uma falta”. Em contraponto a essa definição que privilegia o ponto de vista do indivíduo, a visão dos organizadores e planejadores concebe a necessidade perpassada pelo ponto de vista operacional, sendo estabelecida por quem organiza a assistência, o planejamento em saúde, relacionada, portanto, com a definição do objeto de atenção à saúde³⁰.

Para a discussão do tema do acesso aos serviços odontológicos tomou-se o conceito de *habitus* de Bourdieu, quando o autor o define como um sistema de disposições duráveis e transponíveis que integra todas as experiências passadas, funcionando a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações. Tais disposições constituem um capital social para a atuação de cada agente em determinado campo social¹⁰.

A leitura dos relatos das entrevistadas mostra que para a grande parte delas, os serviços de saúde bucal não fizeram parte de sua vida passada, e, portanto, seus problemas dentários sequer foram percebidos como uma necessidade. Elas contam uma história de pobreza na infância de uma família numerosa, condição que como diz uma das entrevistadas: “... foi assim o começo, mas um começo que prejudicou pra sempre [a dentição]” (E4). Ou, como na fala de outra mulher: “quando cheguei a conhecer escova, dentista, os dentes já estavam perdidos” (E10). Essa experiência passada, como elas mesmas reconhecem, marcou a história de suas expectativas presente e futura em relação ao estado de seus dentes.

A maioria das mulheres descreve seus dentes de forma negativa: são ruins, horrorosos, tortos, terríveis e muito frágeis, que foram se estragando ou que quebravam com muita facilidade. Uma delas sintetiza a situação de seus dentes dessa maneira: “Minha boca é uma tristeza!” (E10). Apenas duas entrevistadas não falam do estado de seus dentes de forma negativa. Destaca-se uma entrevistada com baixa escolaridade (E5) que, por influência da mãe, apesar das condições adversas de vida, cuidava dos dentes: “Muitas vezes já escovei com sabão... Ou, às vezes, escovava com bicarbonato... Não tinha pasta!”

À primeira vista, na leitura dos relatos, pode parecer que as entrevistadas atribuíam à falta de informação sobre cuidados e à não procura dos serviços odontológicos as causas das condições precárias de seus dentes, assumindo, de alguma forma, a responsabilidade pelo mau estado da boca, como sugerem alguns achados na literatura

em que esses aspectos aparecem de modo preponderante³¹⁻³³. Silva et al.³¹ chegam a chamar a atenção para a presença de certo tipo de expressões usadas por idosos em pesquisas qualitativas que, segundo os autores, serviriam para justificar a perda de dentes, tais como “nem escova a gente usava” ou “eu ganhava pouco”, o que significaria que eles estariam assumindo a “responsabilidade por problemas decorrentes da estrutura socioeconômica”.

No caso desta pesquisa, expressões semelhantes são usadas, mas quando se aprofunda no contexto das narrativas, fica evidente que o cuidado com dente se transformou em uma preocupação somente depois. Em vários relatos, há referência direta à ausência de “importância”, “valor” ou “consciência” da saúde bucal quando estavam na infância e adolescência. Elas assumem que não davam valor aos dentes porque ou era muito difícil ter acesso ou porque os pais nunca as tinham levado ao dentista. E também, na época, a prática corrente era só a de arrancar: “os dentes doíam, meu pai mandava era arrancar” (E1). Não se trata, pois, de se responsabilizá-las ou à família pela falta de informação sobre o assunto. Remetem à questão da ausência da vivência da prática de tratamento dentário “na roça” ou por não estar no horizonte de possibilidades das camadas pobres das cidades o acesso ao tratamento, mas somente a solução radical da extração, que embora resolvesse a dor, significava também a perda do dente.

A discussão na literatura a respeito da responsabilidade do “atraso” das camadas populares das gerações anteriores em relação ao mau estado de suas bocas aponta a cárie dentária e a doença periodontal como determinantes da elevada incidência de mutilação dentária no Brasil, sem fazer referência direta à ausência de políticas de saúde pública na área de Odontologia na época³⁴. Autores que abordam diretamente a questão destacam a falta de assistência odontológica como resultado do modelo curativista e discriminador das décadas de 1940 e de 1950³³ e a inexistência de preocupação da saúde pública brasileira com a extensão dos cuidados odontológicos para a população.

De forma arguta, Mendonça³⁴, em pesquisa qualitativa com trabalhadores rurais, desvenda o âmago da questão do desdentamento no Brasil, compreendendo-a como uma forma de política social. A autora conclui que o desdentamento é uma prática instituída pelas próprias instâncias de Saúde Bucal como cuidado sanitário. Dessa maneira, não há como atribuir a responsabilidade à pessoa desdentada por falta de informação

ou cuidado com os dentes, já que a extração é o cuidado possível, não sendo, portanto, algo apenas de natureza cultural, mas um dispositivo institucional. Trata-se, na realidade, de um discurso de certa Odontologia que, diz a autora, transfere para as pessoas suas próprias responsabilidades sobre a mutilação de dentes.

Os achados desta pesquisa, utilizando outro ângulo teórico, ressalta a *exclusão* das oportunidades de acesso aos serviços odontológicos de um grupo de pessoas, no passado, revelando a distribuição desigual entre as classes sociais de bens e serviços³⁵. Tal experiência passada produz um reduzido capital social, entendido como recursos reais ou potenciais para a ação, incluindo o econômico³⁵, para transitar na rede de relações de um campo social, no caso, a Odontologia.

Se antes as participantes desta pesquisa, em geral, não valorizavam seus dentes, era porque no ambiente em que viviam esta questão não era importante e porque elas nem sequer tinham possibilidade de obter tratamento – a não ser pela prática mutiladora da extração. Elas, agora, reconhecem a importância dos dentes, mas percebem que, na realidade, não têm acesso ao tratamento que precisam. Ainda hoje, ir ao dentista tratar o dente doente – em vez de arrancá-lo, para elas não é uma opção^{23,27}.

Há alusão, em diferentes momentos das narrativas, às dificuldades de acesso ao tratamento e à persistência da “antiga Odontologia” que tinha a extração do dente como norma: “o dente vai estragando e vai arrancando, pois tratar é muito mais difícil de conseguir, do que arrancar. A gente arranca os dentes porque não dá conta de pagar” (E6). Como se percebe pelas narrativas, a prática mutiladora acompanha essas mulheres e um problema nos dentes antecipa para elas um futuro provável: “E o medo, de precisar e acabar de arrancar o resto? Eu fico procurando poder tratar dos [dentes] que são meus” (E3).

As pesquisadas citam várias limitações que tiveram no atendimento do serviço público, como a não realização de uma cirurgia indicada pelo dentista do Posto de Saúde, a necessidade de colocar uma ponte (E1) e de tratar o canal (E3, E7). Uma delas reclama da qualidade da prótese. Relata que fez a extração total dos dentes e conseguiu a prótese total: “Consegui a dentadura. Fiz as duas dentaduras, só que eu não consegui ficar com a de baixo, não consegui, não. Tirei. Tá lá... encostada”.

É interessante notar que, para as mulheres da pesquisa, o tratamento dentário remete diretamente ao atendimento privado, o que está

sintetizado na seguinte fala: “A gente sabe que é importante; mas, dentista, hoje em dia, tá muito caro” (E11). Elas se referem a procedimentos que só podiam ser feitos “no particular” (E6). Em dois casos, as usuárias do SUS, que conseguiram atendimento à sua necessidade, participaram financeiramente do tratamento: na compra do aparelho ortodôntico (E9) ou de dois “roach” (E4). Em outro caso, foi feito tratamento particular com o próprio dentista que a atendera anteriormente no SUS, para colocar uma coroa de porcelana, sugerida por ele, em uma boca cheia de “grampos de roach” (E13). Como ressaltam Moreira et al.²⁷, a despeito dos avanços obtidos no plano legal, a realidade dos serviços odontológicos oferecidos se distancia da garantia do direito à saúde e, afirmam os autores, ir ao dentista tratar o dente ainda é percebido como um luxo, uma ação supérflua e não um direito do cidadão. Porque, como diz um dos participantes daquela pesquisa, diante de problemas graves como fome, alcoolismo, “nervos”, diabetes etc., o dente estragado fica relegado a um segundo plano.

Pesquisa sobre a consciência do direito ao atendimento odontológico entre usuários do SUS³⁶ mostra que eles não reconhecem seu direito ao tratamento dentário, pois declararam que, caso não resolvessem seu problema naquela clínica, metade deles arcaria com as despesas no atendimento privado. A outra metade se dividiria entre os que aguardariam outra vaga, desistiriam ou se automedicariam. Somente 4,5% deles procurariam outro lugar que não tivesse dispêndio financeiro ou o posto de saúde. Essa constatação pode ter outra compreensão, como mostram as mulheres desta pesquisa, a de que esses serviços não estão disponíveis no SUS, e, portanto, sequer constam como opção.

As mulheres pesquisadas sofreram na sua história situações constrangedoras e discriminatórias por causa dos dentes estragados ou pela mutilação dentária em diferentes momentos de sua vida. Agora, com seus filhos, dizem, é diferente, porque mudou o ambiente social em relação à informação e melhoraram as condições de acesso, apesar das restrições que, percebem, ainda persistem.

Em três casos (E4, E9, E11), a escola conta com dentista para as crianças, como nos antigos programas de assistência aos escolares, o que, para as mães “facilita tudo”. Nessa escola, dizem, há “um acompanhamento desde cedo... começou um probleminha já trata ali e faz diferença muito grande uma escola que já tem o dentista, para crianças” (E4).

No que se refere à informação sobre cuidados com o dente, a escola em geral – e não somente as que têm dentista – é o principal veículo de informação para as crianças e para os pais: “[A escola] fala bastante e a gente vai pegando, e eu, até hoje, na preocupação com os dentes... e dos meus meninos também, agora” (E5). Uma das mães percebe existir, na escola, cobrança com o cuidado dos dentes dos filhos: “Hoje, a gente já leva os meninos [ao dentista], desde pequenos. A escola já obriga alguma coisa pra família, fala pra gente, a gente fica levando, pra tratar mais tempo” (E9).

O acesso aos serviços odontológicos para seus filhos parece-lhes mais fácil, porque eles “começaram a tratar dos dentes mais cedo”, “têm os dentes bons” e “têm todos os dentes” e porque a mãe os leva no posto no caso de alguma cárie (E6, E13). Como diz uma das mães, quando a filha precisa “fazer um tratamento melhor, com mais equipamento” (E4), usa o serviço da “Faculdade”, onde persiste a espera para o atendimento. De qualquer forma, o acesso lhes parece melhor, porque, também, em alguns casos, já há possibilidade de tratamento no setor privado, como no caso do filho que já trabalha, “o dente dele era torto, já mandou colocar aparelho (particular)” (E1). A notícia recebida por uma mãe mostra a importância do acesso ao tratamento restaurador, mesmo que “no particular”. “Meu menino mais velho agora mesmo falou comigo: - Mãe, tô obturando meu dente, colocando aparelho e tudo” (E6).

Quando os filhos ficam dependentes de tratamento especializado na rede pública continuam a existir obstáculos exemplificados em duas situações. Na primeira, para tratamento endodôntico, diz a mãe: “Minha menina ficou um tempão esperando, não consegui, ficou com o dente doendo. Tive que arrumar um dentista particular para fazer um canal. Nossa! Dói demais. Não dá pra ficar esperando” (E10). Na segunda situação, havia a necessidade de restauração: “Eu vejo que os dentinhos dele tá com cárie, tá com uns quebradinhos, assim, pretinho. Aí, eu levei [ele], lá [na Faculdade], mas falou que não tem vaga não” (E7).

O tratamento especializado continua sendo uma grande dificuldade e elas ajustam suas demandas ao que é possível. Destacam que conseguiram pelo SUS coisas simples, tais como: resolver o problema de gengivite (E1), fazer limpeza ou “olhar” como está o dente (E2 e E5) e a chance de fazer a prótese total removível pelo Centro de Especialidades Odontológicas do SUS, apesar de a usuária estar esperando a entrega, porque “ela demora um pouquinho ainda” (E12).

Quando podem, elas pagam ou complementam o tratamento “no particular” e, se não podem, a necessidade de assistência fica restringida ou postergada: “Gostaria de pôr uma ponte nas falhas de dentes, mas não tenho condições de ir no dentista particular. Então [a gente] corre atrás do SUS, pra ver se Deus ajuda que consiga fazer o tratamento que eu preciso fazer” (E3).

Não se nota na fala das mulheres tons de revolta ou reivindicação por precisarem pagar ou depender da sorte para obter acesso a um procedimento. Essas atitudes podem ser compreendidas por meio dos desdobramentos do conceito de *habitus* de Bourdieu¹⁰ que indicam as possibilidades e impossibilidades, as facilidades e as interdições que são inscritas nas condições objetivas. Assim, “as práticas mais improváveis ficam excluídas, antes de qualquer exame, como impensáveis”. Esse tipo de atitude, de acordo com o autor, é de “resignação a um destino inscrito nas estruturas sociais, integrando todas as experiências passadas e funcionando, a cada momento, como uma matriz de percepção, de apreensões e de ações, o que confere às práticas sua relativa autonomia, a do passado, ordenado e atuante que funciona como capital acumulado”.

As expressões das participantes desta pesquisa sobre a “história” de seus dentes reproduz as experiências passadas de privações no que se refere à saúde bucal. Para seus filhos, elas percebem melhorias no acesso à informação e na prática de cuidados preventivos relativos à saúde bucal desde a infância, identificando, na escola, o veículo da mudança. Mas, quando se trata de responder às necessidades de procedimentos restauradores, mesmo para os mais simples, como o tratamento de uma cárie, encontram dificuldade de acesso ao sistema público. A necessidade, muitas vezes para elas e sua família, nem sequer se traduz em demanda ao sistema público de saúde e, quando é possível financeiramente para a família, acaba sendo desviada para o dentista “particular”.

Considerações finais

Deve-se ponderar, em primeiro lugar, que os serviços de Saúde Bucal só recentemente foram implantados na rede do SUS, o que pode ser um fator importante na capacidade de resposta às expectativas da população. Entretanto, deve-se levar em conta que há um aspecto polêmico próprio ao campo da Odontologia, qual seja a delimitação do que deve ser considerado como saúde bucal. Pelos resultados desta pesquisa, respaldados por estudos

em diferentes cenários, não é possível estabelecer uma fronteira entre o aspecto biológico e social do dente, um pequeno traço da nossa anatomia, mas um fator crucial na formação da imagem das pessoas. Se a proposição na Saúde Coletiva é de romper com a cisão entre os aspectos biológicos e sociais na concepção e na prática de Saúde, o desafio está em marcar o excesso em relação à dimensão estética (social) do dente e não negar ou renegar a questão. É necessário reconhecer a importância da dimensão simbólica dos dentes para as pessoas, e legitimar o acesso à reabilitação odontológica como parte do direito à saúde.

As exortações de Cecilio³⁷ para não fazermos “mais do mesmo” no SUS sugerem, como parte da estratégia renovadora, inverter as posições, dando ao usuário o papel de protagonismo, reconhecendo que “a gestão do seu próprio cuidado feita pelas pessoas é muito mais vital para a configuração do cuidado que elas precisam do que nós, gestores, gerentes, trabalhadores, temos conseguido vislumbrar”. Pensar os usuários como os efetivos reguladores do “modo de fazer o serviço”, na “ainda nova” área da Saúde Bucal do SUS parece, mas não deveria parecer, uma quimera. Este é o desafio para a Odontologia em Saúde Coletiva.

Colaboradores

LLV Fonseca elaborou o projeto de pesquisa, coletou os dados, realizou as análises, redigiu e corrigiu o artigo. RMQ Nehmy orientou a metodologia da pesquisa, a análise dos dados, redigiu e corrigiu o artigo. JAC Mota trabalhou na concepção do projeto de pesquisa, participou da redação e correção do artigo.

Referências

1. Fortes PAC. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Rev Saude Publica* 2009; 43(6):1054-1058.
2. Cotta RM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça, e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2007; 31(2):278-286.
3. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):829-839.
4. Frazão P, Narvai PC. Saúde bucal no Sistema Único de Saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saude em Debate* 2009; 33(81):64-71.
5. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):373-382.
6. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad Saude Publica* 2012; 28(Supl.):s58-s68.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais*. Brasília: MS; 2011.
8. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):250-258.
9. Goffman E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes; 1992.
10. Bourdieu P. *Sociologia*. São Paulo: Ática; 1983.

11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2010: Resultados da Amostra*. [acessado 2013 abril 18]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/41Z>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010/IBGE, Coordenação de população e Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: MS; 2004.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1464 de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
16. Benites APO, Barbarini N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. *Psicol Soc* 2009; 21(1):16-24.
17. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):17-27.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996.
19. Campos MATF. *A maternidade para as mulheres comuns contemporâneas* [tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2013.
20. Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Q* 1972; 50(4):103-174.
21. Bedos C, Levine A, Brodeur JM. How People on Social Assistance Perceive, Experience, and Improve Oral Health. *J Dent Res* 2009; 88(7):653-657.
22. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy* 2008; 86(1):119-128
23. Abreu MHNG de, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):245-259.
24. Rousseau N, Steele J, May C, Exley C. 'Your whole life is lived through your teeth': biographical disruption and experiences of tooth loss and replacement. *Sociol Health Illn* 2013; 36(3):462-476.
25. Emmerich A, Castiel LD. A ciência odontológica, Sísifo e o "efeito camaleão". *Interface (Botucatu)* 2009; 13(29):339-351.
26. Chauí M. *O que é Ideologia*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2008. (Coleção primeiros passos, 13).
27. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1383-1392.
28. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
29. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 29-47.
30. Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Cien Saude Colet* 2011; 16(9):3741-3754.
31. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):813-820.
32. Robles ACC, Grossemann S, Bosco VL. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):43-49.
33. Bulgarelli AF, Pinto IC, Lorenzi CG, Villa TCS, Mestriner SF, Silva RC. Atenção primária à saúde e a construção de sentidos para a saúde bucal: leitura construcionista social sobre discursos de idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1347-1355.
34. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saude Publica* 2001; 17(6):1545-1547.
35. Bourdieu P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
36. Fernandes ETP, Ferreira EF. Consciência do direito ao atendimento odontológico entre usuários de uma clínica de ensino. *Saude soc.* 2010; 19(4):961-968.
37. Cecílio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". *Saude Soc.* 2012; 21(2):280-289.

Artigo apresentado em 01/11/2014

Aprovado em 04/05/2015

Versão final apresentada em 06/05/2015