

Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas

Perception of oral health in women with extensive dental losses

Francieli Regina Bortoli

Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências de Saúde. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: fran_bortoli@yahoo.com.br

Marcelo Aldrighi Moreira

Universidade Luterana do Brasil. Departamento de Odontologia. Canoas, RS, Brasil.
E-mail: marmoreirazz@hotmail.com

Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências de Saúde. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: rodrigo.moretti@ufsc.br

Carlos Botazzo

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: botazzo@usp.br

Douglas Francisco Kowaleski

Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Pública. Centro de Ciências de Saúde. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: douglas.kowaleski@gmail.com

Resumo

Este escrito tem por objetivo analisar a percepção de mulheres com perdas dentárias extensas sob o olhar da bucalidade. A pesquisa foi realizada com mulheres com essas características em uma cidade de pequeno porte no estado de Santa Catarina. A entrevista semiestruturada produziu narrativas que foram gravadas e transcritas. Depois da coleta dos dados, realizou-se a análise das informações encontradas, a fim de interpretar os dados obtidos. Os dados organizados e sistematizados resultaram em seis categorias temáticas: condição socioeconômica, representação social da prótese dentária, prática odontológica, sofrimento e dor, consequências e limitações, e gênero. Algumas percepções são bem marcantes no grupo estudado: extrair os dentes para colocar prótese dentária era motivo de alegria para algumas entrevistadas; as próteses eram desejadas, pois proporcionavam dentes bonitos. Outro achado importante refere-se à extração de dentes sadios, apenas no caso das mulheres, como preparação para o casamento. O estudo evidencia a necessidade de aprofundamento da compreensão dos eventos que ocorrem na boca, seja no cuidado bucal ou nas práticas cotidianas, no intuito de melhorar o entendimento desse espaço e, ao cabo, reunir elementos para pensar e produzir outra clínica, que inclua os sujeitos com suas diferenças e diversidade cultural.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Saúde Coletiva; Bucalidade; Perda de Dente.

Correspondência

Francieli Regina Bortoli
Rua Delfino Conti, s/n, bloco H.
Florianópolis, SC, Brasil. CEP 88040-900.

Abstract

This writing aims to analyze the perception of women with extensive dental losses under the gaze of buccality. The survey was conducted with women with extensive tooth loss in a small town in the state of Santa Catarina. The semi-structured interview produced narratives were recorded and transcribed. After collecting the data, we carried out the analysis of the information found in order to interpret the data obtained during the investigation. Organized and systematized data resulted in six thematic categories: socioeconomic condition, social representation of dental prosthesis, odontological practice, suffering and pain, consequences and limitations, gender. Some perceptions are well marked in the studied group, such as extracting teeth to put dental prosthesis was considered a cause for joy for some interviewees; the prostheses were coveted because they provide beautiful teeth. Another important finding refers to the extraction of healthy teeth, only for women, in preparation for marriage. The study highlights the need for deepening the understanding of the events that occur in the mouth, either in oral care or in daily practices in order to improve the understanding of this space and, gather elements to think and produce another clinic that includes the subjects with their differences and cultural diversity.

Keywords: Oral Health; Public Health; Buccality; Tooth Loss.

Introdução

A atenção dada à manutenção dos dentes e à prevenção em odontologia tem sido priorizada nas sociedades contemporâneas, promovendo benefício para as pessoas. Entretanto, a proposta de atendimento integral às necessidades de saúde da população ainda não se concretizou plenamente.

Qualidade de vida relacionada à saúde e percepção subjetiva são conceitos afins, centrados na avaliação pessoal e ligados à capacidade do indivíduo viver plenamente em relação ao seu espaço social (Portillo; Paes, 2000).

No intuito de aprofundar as discussões sobre saúde e qualidade de vida, numa perspectiva que contemple a subjetividade humana, recorreremos às ciências sociais e humanas. A complexa relação entre indivíduo e coletivo compõe um conjunto de mútuas determinações, donde as práticas de corpo se estabeleceram num processo histórico e se transformam gradualmente (Elias, 1995).

Elias (1995) discute a construção histórica da sociedade e descreve como ocorreu a alteração das práticas envolvendo os cuidados com o corpo, desde a Idade Média até a sociedade burguesa. Diversos manuais de comportamento são utilizados como material histórico em sua pesquisa, o que evidencia a normalização da maneira das pessoas relacionarem-se entre si e com o próprio corpo.

No Brasil, ocorrem desigualdades regionais, econômicas, sociais e culturais, o que repercute num mosaico de formações sociais, com consequências sobre os sujeitos e sobre seus corpos. Além da diversidade, a rede de seguridade social - responsabilidade do Estado e na qual merece destaque o SUS - disponibiliza recursos insuficientes para atender às demandas da população. Esse problema vai muito além da situação do atendimento público na saúde e engloba iniquidades sociais que submetem a população a péssimas condições de moradia, de saneamento básico, de alimentação, de educação e de renda.

De acordo com o relatório “Saúde nas Américas 2012”, elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OPAS, 2012), no Brasil existem grandes disparidades dos indicadores de saúde entre ricos e pobres,

entre brancos, negros e indígenas, entre áreas urbanas e rurais e entre homens e mulheres.

É preciso marcar que o fator gênero também produz desigualdades na atenção em saúde. Quando se trata de procura por tratamento odontológico, este é feito em maior número por mulheres. Essa diferença pode ser em virtude de as mulheres terem maior autopercepção de saúde do que os homens (Pinheiro et al., 2002). Essa maior procura por assistência odontológica, no entanto, não se reflete em melhores condições de saúde nas mulheres - pelo contrário: a condição de saúde bucal em mulheres de terceira idade, segundo Colussi, Freitas e Calvo (2004), é pior se comparada a dos homens.

As relações de gênero funcionam por meio de um sistema de signos e símbolos que representam normas, valores e práticas que transformam as diferenças sexuais de homens e mulheres em desigualdades sociais, sendo essas tomadas de maneira hierárquica e valorizando o masculino sobre o feminino (Bourdieu, 1999).

A percepção da saúde bucal está relacionada a aspectos físicos e subjetivos, produzidos e influenciados por fatores socioeconômicos e culturais, sendo, portanto, percebida de modo diferente entre indivíduos, sociedades e gerações (Leitão et al., 2012).

No entanto, os maiores índices de perdas dentárias são atribuídos ao sexo feminino (Mesas; Andrade; Cabrera, 2006). Essa situação pode ser explicada pelos maiores índices de cáries em mulheres já a partir da adolescência (Peres et al., 2007) ou pela maior utilização dos serviços odontológicos por parte das mulheres com o sobretratamento e iatrogênese, o que resultaria na perda precoce dos dentes (Barbato et al., 2007).

O edentulismo pode refletir o efeito da prática odontológica mutiladora ao longo da vida dos indivíduos. Entende-se por exodontias mutiladoras aquelas oferecidas e executadas quando existem formas de intervenção e procedimentos mais conservadores e eficazes à promoção da saúde. Essa prática pode ter reflexos importantes na qualidade de vida dos indivíduos, pois provoca um efeito negativo em diversas funcionalidades do corpo, dentre as quais a digestão, a gustação, a fonética e aspectos estéticos (Rosa et al., 2008).

Para dar conta dessa complexa relação entre a boca e o mundo, a odontologia não nos é suficiente, ou não dá conta de discutir esse tema com a complexidade requerida (Kovaleski, 2004). Para isso, Botazzo (2000) sugere o conceito de bucalidade: a boca que falamos é a boca social, a boca que fala, que geme, que ri e que canta; a boca se comunicando com o mundo. Falamos de uma boca repleta de aspectos sociológicos, psicológicos e produtora de subjetividades.

A boca e suas funções articulam-se ao processo evolutivo e à produção humana modulada pelas formas de associação e sociabilidade ao longo da história.

Bucalidade, entendida como a formação social da boca humana, ao tratar das propriedades inerentes ao bucal - manducação, erotismo e linguagem - resgata, portanto, a beleza, a delicadeza, a voracidade e a potência desse território corporal, destacando-o como lugar de afirmação da vida (Botazzo, 2000, 2006; Souza, 2006).

A partir das questões teóricas e dos conceitos colocados, o objetivo deste estudo é analisar a percepção de mulheres com perdas dentárias extensas, que aconteceram na juventude, sob o olhar da bucalidade.

Metodologia

A pesquisa foi realizada com mulheres, com perdas dentárias extensas, residentes em Ipumirim, município de pequeno porte da região oeste de Santa Catarina, a cerca de 500 km de Florianópolis, com população de 7.220 habitantes (IBGE, 2010). A escolha por moradores dessa cidade obedeceu a critério de oportunidade. A suficiência referente ao número de entrevistadas se deu pela repetitividade dos achados, também denominada exaustão do objeto de estudo.

A pesquisa de campo foi realizada nos meses de março e abril de 2015, com o projeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o parecer nº 882.131 de 23 de novembro de 2014. Em um primeiro momento, as participantes foram contatadas para se informar sobre os objetivos da pesquisa e agendar a data da entrevista. As mulheres selecionadas para o estudo puderam tomar a decisão de participar ou não, livre e conscientemente.

A entrevista semiestruturada baseada em um roteiro prévio, discutido entre os membros da equipe de pesquisadores, foi utilizada para a coleta de dados. As narrativas foram gravadas e os dados coletados transcritos. O anonimato das informações e dos depoimentos dos indivíduos foi preservado, e as entrevistadas foram identificadas da seguinte forma: Eo1, Eo2, Eo3, Eo4, Eo5 e Eo6.

Depois da coleta dos dados, realizou-se análise e interpretação do material coletado. Na fase da análise, buscou-se: estabelecimento de uma compreensão dos dados colhidos, confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa e ampliação do conhecimento sobre o assunto pesquisado, relacionando-o ao contexto cultural.

Resultados e discussão

Os dados organizados e sistematizados resultaram em seis categorias temáticas: condição socioeconômica, representação social da prótese dentária, prática odontológica, sofrimento e dor, consequências e limitações, e gênero, as quais são descritas e discutidas a seguir.

Condição socioeconômica

Existem claras evidências de que as condições sociais e econômicas desempenham papel central na determinação da saúde (Duarte et al., 2002; Laurell, 1998). De uma maneira geral, piores condições de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde estão associados a menor renda domiciliar *per capita*, independentemente do grupo etário (Lima-Costa; Barreto; Giatti, 2002).

Questionada sobre a condição socioeconômica da família, a entrevistada fala:

Não, não, querida, todo mundo fazia pra sobreviver apenas (Eo2).

Percebe-se que a condição econômica exerce, portanto, papel fundamental nas perdas dentárias:

A gente não tinha muito dinheiro de poder arrumar bem os dente, né? Daí arrancava porque a chapa era coisa mais barata antigamente (Eo3).

De família pobre, outra mulher fala com muita tristeza sobre as dificuldades enfrentadas:

Nós não tinha condições, nós vivia do que nós fazia, então tudo era feito em casa [...]. Não tinha nada de sobra, cada um tinha que trabalhar de pé descalço, ninguém tinha calçado, roupa, tudo (Eo5).

O fato de a condição socioeconômica constituir forte determinante da perda dentária é também fundamentado na literatura (Ferreira et al., 2006). Uma das entrevistadas relata com muita amargura que estudou até o ensino fundamental apenas, pois seus pais não a deixaram continuar os estudos:

Eu gostava de estudar, mas a gente morava no interior, e antigamente era mais difícil, assim, principalmente os pais de antigamente deixar uma menina sair [e] estudar fora, e um pouco a condição, não tinha [condição], nós era em muitos irmãos e a gente vivia só da roça e aquilo lá [só] dava pra sobreviver (Eo1).

As condições sociais podem ser caracterizadas, em geral, como limitadas e restritas, contribuindo para que a população-alvo fique cada vez mais à margem da sociedade (Marzari et al., 2013).

Representação social da prótese dentária

Na compreensão de uma dada realidade, é necessário detectar a maneira como os sujeitos sociais identificam, explicam e elaboram os acontecimentos. No caso do cuidado à saúde bucal, esse processo está em consonância com a experiência vivenciada nos serviços de saúde. O produto desse processo de tradução da realidade cotidiana são as representações sociais (Ferreira et al., 2006).

As mulheres apontaram como elemento preponderante na sua própria perda dentária o fato de a prótese dentária ser considerada um “símbolo de ostentação”, influenciando a população, principalmente do sexo feminino, naquela época:

Era o sonho de todas nós [risos], principalmente as mulher. Meu Deus, aquilo era moda, se tu colocasse uma dentadura era que nem hoje quando sai a moda

de um calçado, uma roupa. Era o sonho nosso ter uma dentadura na boca, meu Deus coisa mais linda [risos] (E01).

Naquele período era muito bom usar prótese, era moda do momento, né? Então eu me sentia bem. Era chique, era legal usar, né? A gente se sentia bem naquele momento, a gente se sentia importante por usar aquilo (E06).

Extraír os dentes para colocar prótese dentária foi motivo de alegria e felicidade para outra entrevistada, pois ela sofreu muita humilhação por não ter alguns dentes, e as próteses tão cobiçadas proporcionavam dentes lindos e alinhados, resultando em melhor estética:

Na época se faltava um dente já te chamavam de desdentado [...] as pessoas gozavam bastante que eu tava sem dente [risos]. A gente se sentia humilhada né, daí por isso que mais se colocava os dente novo né. Ah, eu fiquei feliz com a prótese porque tinha aquela fresta na frente né, ainda mais na frente, imagina? Ia colocar os dentes novo ia ficar bonito (E04).

Prática odontológica

Acesso à assistência odontológica

A possibilidade de acesso aos cuidados odontológicos associado à manutenção de uma boa saúde geral são fatores fundamentais para se conseguir um estado aceitável de saúde bucal (Dini; Castellanos Fernandes, 1993).

Um estudo indicou avanço considerável na redução das desigualdades no acesso e na utilização de serviços odontológicos no Brasil de 1998 a 2008. Entretanto, o desequilíbrio entre grupos sociais ainda é grande, o que revela desvantagens de acesso e de utilização desses serviços entre os mais pobres (Peres et al., 2012).

Em épocas passadas, sobretudo para quem residia na zona rural, como as entrevistadas ora estudadas, o acesso ao atendimento odontológico era precário, quando existente:

Na minha época era difícil até pra gente se deslocar do interior pra cidade, carro não tinha muito (E01).

Não tinha acesso ao dentista, se tinha era longe que nós nem sabia, nós tava no interior e nós não tinha recurso lá [...]. E não tinha condição pra levar, não existia carro, aquele tempo lá era só carroça... carroça, boi (E05).

As entrevistadas expuseram que preferiam extrair vários dentes numa única consulta para reduzir as idas ao dentista por conta das dificuldades e do sofrimento:

A gente ia e arrancava dois ou três dente por vez, né? Pra fazer pouca viagem, porque a gente morava longe e era tudo de cavalo (E03).

Eu fui em três viagens e tirei todos os meus dentes, a gente ia a pé, fazia 7 km a pé pra ir e 7 km pra voltar. Era muito difícil na nossa época porque tinha poucos carros no interior, ônibus não tinha, era tudo a pé (E04).

Ressaltamos um aspecto interessante observado durante a aplicação do instrumento: uma senhora relatou que, no passado, quando jovem, morava na zona rural, onde o atendimento odontológico ocorria uma vez por mês, quando o dentista passava no interior, levando seus “preparos” para fazer extrações, indo até a casa de algum morador para atender as pessoas.

Características da prática

Partindo do pressuposto teórico de que a prática odontológica tem raízes históricas, culturais e sociais na formação do cirurgião-dentista, pautada no modelo flexneriano - ou medicina científica -, e constituindo-se em uma prática individual, curativa, tecnicista, especializada e biologicista (Pereira; Pereira; Assis, 2003), ao relacioná-la com os depoimentos das entrevistadas, pode-se perceber que o setor de odontologia exercia uma atividade curativa, baseada no modelo de atenção à saúde bucal tradicional/mutilador, sem programas e/ou ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças:

Eles não tratavam os dentes, já optavam por tirar todos (E01).

Não tinha prevenção, não tinha nada aqueles anos, né? (Eo2).

Eles não tratavam pra segurar os dente né? Daí quando que ele mandou tirar, a gente então aproveitou tirar tudo, botei a chapa (Eo3).

Um pouco furiosa, outra entrevistada expõe sua opinião:

Ah, na época a gente ia pro dentista [e], se tinha uma cárie simplesmente, eles tiravam o dente. Eu não lembro de ter feito uma bituração num dente, já chegavam e extraíam os dente da gente (Eo4).

Outras mulheres destacam, com risos, a ação demorada da técnica anestésica aplicada antes das exodontias naquela época:

Nunca extraía um [de] cada vez, era de dois a três, e dependendo do estado que a pessoa tava, até quatro chegava a extrair, mas daí sempre assim: fazia anestesia e depois ia lá pro corredor, sentava numa cadeira e esperava até eles pedir se amortecia, né? Quando amortecia a boca, a gente voltava (Eo1).

A gente ia no dentista [e] tinha uma cárie, por menor que ela fosse, se dava anestesia [e] enquanto a anestesia fazia o efeito, a gente saía do consultório e entrava outro pra extrair o dente. Daí depois disso a gente voltava pra extração do dente. Não tinha análise nenhuma do problema que a gente tinha, simplesmente era extraído e pronto. Em função disso a gente ficou muito cedo sem os dentes na boca, né? (Eo6).

Esse aspecto ajuda a compreender a prática mutiladora dentro de um contexto de falta de acesso, de recursos escassos e de pouca ou nenhuma opção de tratamento.

Representação social da prática odontológica

Nos primórdios da profissão, a formação do cirurgião-dentista era basicamente cirúrgica, sendo o enfoque do curso de graduação direcionado para a prática de extrações dentárias (Oliveira et al., 2006). Assim, a maior parte dos casos de edentulismo presente hoje é fruto de uma odontologia do passado.

Percebe-se em algumas falas que a prática odontológica foi caracterizada por ações de extração dentária, em que o próprio cirurgião-dentista aconselhava sua realização como única alternativa de tratamento:

Os dentistas também não incentivavam na época tratar, né? Eles logo optavam por extrair (Eo1).

Duas senhoras, incomodadas com a situação, acreditam que essa mutilação poderia ser evitada pelos dentistas:

Tu ia lá no dentista, eles ensinava de arrancar os dente e colocar dentadura, né? Claro que essa perda poderia ser evitada [...] se fosse que eles orientassem de cuidar bem os dente. Agora tu vê alguém tirar os dente nos dentista? É difícil, né? Se antigamente fosse assim, eu acho que quanta gente a mais teria os dente (Eo3).

Ah, doía um dente a gente ia lá só que o dentista já extraía, não era igual hoje... Vamo tratar um canal, vamo obturar. O que ele fazia era extrair, não tinha outra opção. Eu acho que isso poderia ser evitado, mas acho que isso aí partiu mais pelo dentista, né? (Eo4).

Outra entrevistada explica seu descrédito diante de suas experiências odontológicas em épocas passadas:

Na época, eu não sei se era da própria formação do dentista, mas não se tinha esse cuidado de restaurar o dente, de analisar e recuperar esse dente, não sei se de repente teve falha na sua própria formação [...] então nesse período eu acho, assim, que foi um período de descaso com a saúde bucal do ser humano, né? De descaso, de falta de compromisso com a saúde, até porque quando a gente deixa de ter o dente na boca, a falta dele vai estar interferindo num processo geral de saúde da gente (Eo6).

De forma geral, o ensino da odontologia na graduação no Brasil ainda é predominantemente técnico e curativo, não tendo, por conseguinte, maior preocupação com os determinantes históricos

e sociais - ou seja, não há incorporação das dimensões éticas, históricas, filosóficas, político-sociais e culturais na fundamentação desse ensino. Contudo, é indiscutível que os avanços técnico-científicos ocorridos nessa área têm sido enormes, embora não garantam o acesso e a melhoria das condições de saúde bucal à população que não tem estrutura e condições financeiras para pagar pelos serviços (Amorim et al., 2009).

Sufrimento e dor

A dor enquanto sintoma biológico reflete uma condição individual e subjetiva com consequências na qualidade de vida dos indivíduos, promovendo várias maneiras de enfrentamento e medo de uma nova ocorrência, que podem justificar a decisão pela extração dentária (Piuvezam, 2004).

Nas falas, as entrevistadas remetem-se a memórias da dor de dente com martírio:

Eu, desde que me conheço de gente, sentia dor de dente. Eu sofri na minha vida de dor de dente, só Deus sabe, quantas noites, quantas noites sem dormir, até infecção me dava, de ficar até a boca dura de não poder nem conversar (Eo2).

Eu sofri bastante dor de dente, mãe do céu, quantas noites que não dormia de dor e tinha que trabalhar. Tinha que sofrer, aguentar até que passava e assim ia (Eo5).

Eu lembro que passei muitas noites chorando de dor de dente (Eo6).

A dor faz que as pessoas se organizem para enfrentá-la, seja utilizando conhecimentos de ordem científica ou de ordem simbólica, como pode ser identificado no discurso a seguir:

A gente tratava com remédio caseiro. Colocava em cima, às vezes até cachaça, sal pra parar a dor, até às vezes fazia simpatia pra parar, moer alho e amarrar num dedo da mão [risos] que daí tu amarrava no dedo que parava de doer, assim enquanto tu sentia queimar o dedo, tu esquecia que doía o dente (Eo1).

Na minha dor de dente a gente colocava em cima aquela cachaça que queimava a boca da gente, às vezes um pedacinho de Melhoral, e muitas vezes a boca da gente chegava a queimar de colocar tanta coisa forte em cima pra diminuir a dor (Eo6).

Houve certo espanto quando uma senhora disse que era comum a inserção de creolina nos dentes que estavam doendo. Esse é um desinfetante utilizado em instalações pecuárias externas, totalmente inadequado para uso em boca:

E quando doía os dentes, ensinavam colocar Benzocriol, colocar sal. Eu nunca me lembro de ter usado creolina, mas meu pai, minha mãe e meus irmãos usavam (Eo2).

Outra senhora lembrou-se de um método diferente, executado pra curar a dor: o benzimento, entretendo-se ao contar a história:

Fazia chá pra lavar o dente, aquela malva lá. [...] e tinha um vizinho lá que ele benzia dor de dente, ele mandava segurar o espelho ali e benzia e diz que caía os bichinhos em cima do espelho. E diz que nunca mais não doía os dente. Que benzimento bom, né? Se a gente soubesse [risos] (Eo5).

As representações sociais do cuidado à saúde bucal permitem apreender que em um meio social existem práticas culturais que em muitos casos se constituem como a única alternativa para atender às dores e sofrimentos (Ferreira et al., 2006).

Consequências e limitações

Como consequências da perda dos dentes, destacaram-se o sofrimento com a adaptação, os prejuízos funcionais, os prejuízos estéticos e o constrangimento implícito à falta dos dentes.

Sufrimento com a adaptação

A dificuldade de adaptação fisiológica pode ser provocada por fatores morfológicos, funcionais ou relacionados às características das próteses. Também podem ocorrer interações destes, agravando o problema (Felicio; Cunha, 2005).

As entrevistadas contaram o sofrimento depois de colocar a primeira prótese total:

Pra acostumar eu demorei, tipo, a primeira que usei foi de morrer (Eo1).

A primeira chapa que eu fui usar eu até desmaiava de dor (Eo2).

Pessoas sem dentes e que fazem uso de próteses totais mal adaptadas apresentam prejuízos nas funções orais, dentre as quais a mastigação, o que resulta em consequências negativas para a saúde geral e para a qualidade de vida. Uma senhora narrou o sofrimento pelo qual passou na fase de adaptação da prótese, continuando, entretanto, com senso de humor:

Tinha que comer só sopa [risos], mais coisa mole assim. A gente ficava até magro de tanto passar fome de dor, mas a gente se obrigava a aguentar né (Eo5).

Por meio dos relatos, compreende-se que a prótese dentária pode ser desconfortável nos primeiros tempos, mas aos poucos seu uso torna-se habitual:

Foi tempo pra me acostumar, né? Parecia que os dente não se acertava, mas depois que me acostumei nunca mais dá problema (Eo3).

Ah, os primeiros dias era terrível, aquilo incomodava, aquilo doía, a gengiva muitas vezes inflamava, bem desconfortável, e com o passar dos dias ia fazendo os ajustes, a gente ia se habituando, mas era bem desconfortável (Eo6).

Funcionalidade

Quanto à natureza funcional, os problemas relacionados com a perda dentária são a mastigação e a fonética. Morder alimentos torna-se muito difícil para o usuário de prótese, em razão da redução da atividade muscular, da tendência de deslocamento das próteses e das faces incisais dos dentes artificiais, que não possuem o mesmo desempenho de corte que os dentes naturais (Felício; Cunha, 2005).

Relatos sobre a dificuldade de comer alimentos duros e fibrosos causada pela perda dentária foram muito frequentes entre as entrevistadas:

A maçã e a pera eu não faço mais que nem quando eu tinha meus dentes naturais, de pegar na fruta; agora tem que cortar, né? (Eo1).

Pra comer nos primeiros dias não era fácil, mas acostumei. Mas tudo moidinho (Eo2).

Outras mulheres do estudo também falam da existência de diferenças entre dentes naturais e prótese total e da menor eficiência mastigatória:

Com os dente da gente podia mastigar bem [...] em vez com a dentadura não é que nem os dente mesmo (Eo3).

Hoje não dá pra tu ir lá pegar uma cana e chupar. Eu lembro que quando tinha meus dentes eu descascava a cana; hoje tem que cuidar muito, né? (Eo4).

Além da dificuldade mastigatória, uma senhora conta que, com prótese total, ela perdeu em parte as sensações orais, visto que o palato ficou coberto pela prótese:

Nos primeiros tempos, eu não podia sentir o paladar da comida, foi uns dois ou três meses até que me acostumei [...]. Pra comer maçã e pera nós roía né, mas agora não, é tudo cortado com a faquinha pra poder comer. O milho verde também, não dá pra pegar a espiga e comer assim [risos], tem que cortar no prato pra poder comer (Eo5).

Além das desordens mastigatórias quando da ausência dental, um estudo mostrou que a colocação de novas próteses dentárias, respeitando-se a correta dimensão vertical, muda a distância interoclusal na fala, interferindo na articulação dos fonemas /m/ e /s/ (Rodrigues Garcia; Oliveira; Del Bel Cury, 2003).

Timidamente, algumas mulheres relataram sofrer com problemas fonéticos por causa das falhas dentárias:

A gente tinha meio dificuldade de falar, daí segurava a mão assim na frente da boca, porque parecia que saía o fôlego, né? É diferente (Eo3).

Nos primeiros tempos eu tinha até vergonha de conversar, parecia que eu falava um pouco diferente

né, pra dizer o “F” [...] ó, eu não digo bem o “F” depois que eu coloquei essa prótese (Eo5).

Outra entrevistada, professora de ensino fundamental, relatou que as próteses prejudicam a comunicação oral, o que a deixava desconfortável:

Mudou principalmente no primeiro momento; a questão de falar era complicada, aquilo saía “SSSS” com som de “S”, com som de “Z”, tudo [...] as palavras saíam muitas vezes distorcidas (Eo6).

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.

Estética

A aparência estética dos dentes apresenta uma grande importância no convívio social diário, no ambiente de trabalho e para a saúde psicológica das pessoas.

Esta categoria permite observar como as entrevistadas assumem-se e se enxergam desdentadas:

Eu gostaria de fazer a chapa mais grande pra tirar um pouco aquele afundamento que eu tenho aqui [mostra com o dedo a região anterior da maxila], e precisaria fazer implante pra dar mais volume, né? (Eo2).

Em relação à estética, a gente acostuma, gosta ou não gosta tem que acostumar [...] porque pra ter os dentes de volta como natural nunca mais, né? (Eo4).

Mais uma vez, um fator que influencia negativamente no aspecto da estética facial é o sulco nasolabial acentuado, em razão da perda do suporte dentário:

Meu Deus, a minha boca cai lá pra dentro, fica coisa mais feia (Eo5).

Essa relação é uma questão inerente ao processo de envelhecimento, e a ausência dos dentes provoca a perda de suporte labial, acentuando as linhas de

envelhecimento e as rugas; mesmo com o uso da prótese, não é possível devolver a mesma conformação da face quando da presença dos dentes naturais (Piuvezam, 2004).

Constrangimento

A ausência dentária pode interferir de modo importante na autoestima e nas relações interpessoais, além de provocar situações de constrangimento e de vergonha em público.

Ao ser questionada sobre autoestima, uma entrevistada de 48 anos de idade responde, depois de um momento de silêncio, que se sente desanimada quando a prótese começa a ficar desgastada:

Antes de eu trocar a prótese eu me olhava no espelho [...] a gente se sente lá embaixo, né? (Eo4).

Uma senhora de 66 anos, aposentada, contou que se sentia acanhada e que viveu um momento constrangedor quando seu neto a viu sem prótese:

Nos primeiros tempos eu tinha até vergonha de conversar [...]. Meu Deus, eu tenho vergonha, o meu neto se admirou porque um dia ele viu que eu tirei a prótese, daí ele disse: “Meu Deus, a nona arranca todos dentes” (Eo5).

Outra fala analisada neste estudo, de uma mulher de 44 anos, é reveladora de um sentimento particular de constrangimento e explícita a influência da falta dos dentes sobre o desempenho na vida social:

Muitas vezes você passa por situação que te deixa constrangido, ela dificulta a nossa vida. Às vezes a gente se sente até desmotivada, fica com vergonha de rir ou falar porque tem medo que ela vá cair da boca, então é complicado (Eo6).

Gênero

De acordo com a literatura, as mulheres apresentaram maiores índices de perdas dentárias. Uma hipótese explicativa dessa diferença seria a maior utilização de serviços odontológicos por parte das mulheres, com conseqüente sobretratamento, que resultaria nas exodontias precoces (Barbato et al., 2007).

Ao serem questionadas sobre o uso de prótese dentária também por seus pais, duas entrevistadas mostraram que a prática era mais comum entre as mulheres:

A mãe usava, o pai não (Eo2).

Minha mãe usava prótese, mas meu pai não. O pai morreu e tinha ainda os dentes dele (Eo3).

Uma das entrevistadas ainda relatou que em sua família, além dela há outros nove irmãos, sendo seis mulheres e quatro homens, e que o uso de prótese total ocorre apenas entre as irmãs:

Eu acho que mais as mulher que têm a dentadura. Somos em seis irmãs, e todas têm dentadura, e os homens eu acho que só um tem. Os outros eu acho que têm ainda os dente [...] eles tão sofrendo porque agora os dentista não arrancam os dente, né? (Eo3).

Outras entrevistadas também comentam o poder que os homens exerciam antigamente sobre a casa e sobre a família:

Meu pai era uma pessoa, assim, mais antiga, né? Se tinha dor, ele já mandava pro dentista. E se não obedecesse, ele virava brabo (Eo4).

Quem sempre me levava no dentista era meu pai ou minha mãe, mas geralmente meu pai porque na época era o homem mais o dono, o chefe da casa, era ele o que coordenava (Eo6).

Nesta categoria ficam explícitas as relações de poder impostas por um contexto patriarcal, em que o próprio direito à saúde está condicionado pelo fato de ser reconhecido como “mulher” ou como “homem”. Está implícito no discurso anterior que a saúde bucal para mulheres é algo secundário ou menos importante se comparada à saúde bucal para homens. Essa lógica reproduz o mercado de trabalho num contexto das décadas de 1960 ou 1970, no qual apenas o homem produzia riquezas, ao passo que a mulher cuidava dos afazeres domésticos e dos filhos. Embora a inserção de homens e de mulheres no mercado de trabalho tenha se alterado bastante,

ainda carrega grandes iniquidades, mesmo que não se compare ao que se vivia no contexto social referido nas pesquisas.

Considerações finais

A perda de uma parte do corpo representa uma incapacidade do ser. A ausência dos dentes traz para o indivíduo modificações nas expressões faciais, na mastigação, na comunicação e nas relações afetivas e sociais (Ferreira; Alves, 2006).

Os discursos referem que o cirurgião-dentista, nas condições sociais e no conjunto de normas e de valores vigentes à época relatada nas entrevistas, desempenhou papel importante na perda precoce de dentes, uma vez que sua conduta profissional apresentava uma abordagem curativista, sugerindo a exodontia de todos os dentes na maioria dos casos, o que revelava práticas odontológicas mutiladoras (Hiramatsu; Tomita; Franco, 2007).

Aí emergem questões de gênero, pois essa mutilação intencional para a colocação de próteses totais acontecia apenas com mulheres, enquanto os homens faziam restaurações ou próteses parciais. O feminismo dos anos 1960 partiu da meta de igualdade sexual, reivindicando a não hierarquização das especificidades de homens e mulheres, com uma igualdade social que reconhece as diferenças, hoje expressas na noção de equidade de gênero. No entanto, equidade se refere não a toda diferença, mas a diferenças consideradas injustas, ou seja, a identificação de inequidades é baseada em valores que devem estar presentes na prática odontológica.

Também aparece no discurso a prótese dentária como resgate da identidade da boca, devolvendo as funções biológicas e restaurando a autoimagem e a autoestima das pessoas. Além disso, a prótese ainda aparece como um valor simbólico no campo dos sonhos. Para alguns, mobiliza desejos e o imaginário, além de ter a capacidade de fazer o indivíduo sonhar com sua aceitação nos grupos sociais que tem como referência (Ferreira; Alves, 2006).

O estudo evidencia a necessidade de aprofundamento da compreensão dos eventos que ocorrem na boca, seja no cuidado bucal ou nas práticas cotidianas, no intuito de melhorar o entendimento desse espaço e, ao cabo, reunir elementos para pensar e para

produzir outra clínica, que inclua os sujeitos com suas diferenças e sua diversidade cultural, negando a reprodução das iniquidades do modo de produção.

Referências

- AMORIM, K. P. C. et al. Mutilações dentárias: os dilemas da prática na visão de docentes universitários. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 17, n. 1, p. 109-121, 2009.
- BARBATO, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, 2007.
- BOTAZZO, C. *Da arte dentária*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- BOTAZZO, C. Sobre a bucalidade: notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 7-17, 2006.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 88-97, 2004.
- DINI, E. L.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Doenças periodontais em idosos: prevalência e prevenção para populações de terceira idade. *Revista Brasileira de Odontologia*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 3-9, 1993.
- DUARTE, E. C. et al. *Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil*: um estudo exploratório. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- ELIAS, N. *O processo civilizador*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995. v. 1.
- FELÍCIO, C. M.; CUNHA, C. C. Relações entre condições miofuncionais orais e adaptação de próteses totais. *PCL - Revista Ibero-americana de Prótese Clínica e Laboratorial*, Curitiba, v. 7, n. 36, p. 195-202, 2005.
- FERREIRA, A. A. A.; ALVES, M. S. C. F. Os sentidos da boca: um estudo de representações sociais com usuários dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 19-30, 2006.
- FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 211-218, 2006.
- HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1051-1056, 2007.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/P5Xp8F>>. Acesso em: 24 abr. 2017.
- KOVALESKI, D. F. *A disciplinarização da boca*: das tecnologias do eu ao regime de vida. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- LAURELL, A. C. Para um novo estado de bem-estar na América Latina. *Lua Nova - Revista de Cultura e Política*, São Paulo, v. 45, p. 187-204, 1998.
- LEITÃO, R. F. A. et al. Fatores socioeconômicos associados à necessidade de prótese, condições odontológicas e autopercepção de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada*, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 179-185, 2012.
- LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios - PNAD/98. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 813-824, 2002.
- MARZARI, C. K. et al. Realidade sociopolítica, ambiental e de saúde de famílias pertencentes a uma comunidade vulnerável. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 77-84, 2013.
- MESAS, A. E.; ANDRADE, S. M.; CABRERA, M. A. S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Revista*

- Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 471-480, 2006.
- OLIVEIRA, M. E. S. et al. Idosa sim, edêntula talvez. *Revista Saúde.Com*, Jequié, v. 2, n. 2, p. 115-126, 2006.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países*. Washington, DC, 2012.
- PEREIRA, D. Q.; PEREIRA, J. C. M.; ASSIS, M. M. A. A prática odontológica em Unidades Básicas de Saúde em Feira de Santana (BA) no processo de municipalização da saúde: individual, curativa, autônoma e tecnicista. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 599-609, 2003.
- PERES, M. A. et al. The relationship between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviours. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 61, n. 2, p. 141-145, 2007.
- PERES, K. G. et al. Redução das desigualdades sociais na utilização de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 250-258, 2012.
- PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- PIUVEZAM, G. *Estudo psicossocial das perdas dentárias na terceira idade*. 2004. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.
- PORTILLO, J. C.; PAES, A. M. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 75-88, 2000.
- RODRIGUES GARCIA, R. C.; OLIVEIRA, V. M.; DEL BEL CURY, A. A. Effect of new dentures on interocclusal distance during speech. *The International Journal of Prosthodontics*, Lombard, v. 16, n. 5, p. 533-537, 2003.
- ROSA, L. B. et al. Odontogeriatría: a saúde bucal na terceira idade. *Revista da Faculdade de Odontologia UPF*, Passo Fundo, v. 13, n. 2, p. 82-86, 2008.
- SOUZA, E. C. F. Bucalidade: conceito-ferramenta de religação entre clínica e saúde bucal coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 24-28, 2006.

Contribuição dos autores

Bortoli participou em todas as etapas gerais do estudo, isto é, de sua concepção, planejamento, pesquisa, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. Moreira participou da análise e da interpretação dos dados e da redação do artigo. Moretti-Pires e Botazzo participaram da revisão crítica. Kovalski participou da concepção do estudo, da revisão crítica e da redação final do artigo.

Recebido: 10/04/2016

Aprovado: 10/04/2017