

## 1 INTRODUÇÃO

### **A Bioética e o usuário dos serviços odontológicos do SUS**

Como professora da disciplina de Estágio Supervisionado, acompanho o cotidiano da rede assistencial e as condições de saúde bucal da população de Diamantina. Inquietava-me observar a carência de oferta de cuidados odontológicos para os usuários do sistema público de saúde.

Leciono também a disciplina de Bioética aplicada à Saúde Pública. No processo de elaboração desta tese pude aprofundar a reflexão sobre as proposições da bioética em relação aos serviços públicos de saúde no Brasil. Destaca-se nesse campo a abordagem da Bioética de Intervenção, com sua proposta de legitimar a discussão dos aspectos sociais da produção das doenças. Essa vertente pretende incorporar, em sua área de atuação, o campo de estudo das moralidades e da aplicação dos valores éticos, uma perspectiva mais ampla, que envolva temas sociopolíticos, como justiça sanitária, inclusão social e cidadania, contribuindo para a construção de uma bioética crítica (Porto e Garrafa, 2005). A Bioética de Intervenção se fundamenta na ideia da saúde como instrumento concreto de cidadania, na medida em que permite que “as pessoas tornem-se física e mentalmente mais aptas na luta por um destino melhor”(Gonçalves et al, 2010).

Fazendo uma reflexão sobre a profissão odontológica, Gonçalves *et al* (2010) constatam que sua prática tem se caracterizado por um exercício que promove mais iniquidade do que inclusão social, embora pudesse transformar-se em instrumento de cidadania se fosse acessível a todos que dela necessitam. Pessoas, como as usuárias dos serviços odontológicos do SUS, que se revelaram, ao longo do processo de pesquisa, calejadas por promessas e por negações de direito de cidadania em relação à sua qualidade de vida. No caso da saúde bucal, deve-se pensar para além de uma estreita noção de saúde. Os resultados da pesquisa realizada mostraram que a boca, para as mulheres com dentes cariados ou ausentes, é algo que macula o rosto, provocando constrangimentos no seu cotidiano. Como avaliar a pertinência de priorizar o tratamento dentário de mulheres assim, tendo como base uma demanda que se situa no nível do simbólico, da estética, mas que tem efeito danoso prático nas relações sociais?

A resposta à minha inquietude veio por meio das narrativas das mulheres participantes da pesquisa. A partir da situação deteriorada de seus dentes, elas revelaram uma história de vida carregada de marcas dentárias (Moreira et al, 2007), de constrangimentos, de exclusão social e de mal-estar, nas interações sociais face a face.

## REFERÊNCIAS

Gonçalves ER, Ramos FR, Garrafa V. O olhar da bioética de intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF). *Revista Bioética* 2010; 18 (1): 225-239.

Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2007; 23 (6): 1383-92.

Porto D & Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. *Revista Bioética* 2005; 13 (1): 111-23.

# **OBJETIVOS**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

- Compreender os interesses e a trajetória das usuárias dos serviços odontológicos públicos (SUS) na resolução de problemas de saúde bucal delas e de seus filhos, tomando como referência princípios bioéticos que reconhecem a saúde como um direito de cidadania.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar a importância atribuída ao estado dos dentes para a saúde e para a convivência social.
- Identificar as condições de acesso ao atendimento de suas demandas e às de suas crianças ao tratamento dos problemas odontológicos.

# **METODOLOGIA**

### 3 METODOLOGIA

A revisão bibliográfica sobre a bioética relacionada à assistência odontológica na Atenção Primária à Saúde, que originou o artigo de revisão, foi dividida em duas etapas: a primeira etapa consistiu na procura dos descritores no site Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>). Depois foram estabelecidos dois critérios para refinar os resultados: a abrangência temporal dos estudos, definida entre os anos de 1990 e 2010, e o idioma, textos em português, inglês e espanhol. Essa busca foi feita no SCIELO.

A princípio, os descritores utilizados no SCIELO foram “Bioética AND Saúde Bucal AND Atenção Primária à Saúde, porém não foi encontrado nenhum artigo, assim como utilizando “Bioética AND Saúde Bucal ou Bioética AND Assistência odontológica”. Foram obtidos resultados com os descritores Bioética; Bioética AND Odontologia ; Bioética AND Saúde Pública; Saúde bucal AND SUS; Saúde Bucal AND desigualdade; Saúde bucal AND Acesso. A busca foi feita por meio das palavras encontradas nos títulos e nos resumos dos artigos.

Outra estratégia adotada foi a busca no site da revista de Bioética (<http://revistabioetica.cfm.org.br/>) do Conselho Federal de Medicina, justificada pela especificidade da revista neste tema. Essa busca privilegiou autores que frequentemente desenvolvem trabalhos nessa área. Por fim, também foi realizada a busca manual de artigos por meio de autores ou de referências consideradas clássicas da literatura.

Todas as buscas foram realizadas no período de janeiro a setembro de 2010. A seleção de artigos foi feita em conformidade com o assunto proposto, sendo descartados os estudos que, apesar de constarem no resultado da busca, não apresentaram relação com o tema a ser discutido.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa sobre as vivências e expectativas de mulheres em relação à saúde bucal, dos seus dentes, e também da família delas, incluindo o significado dos dentes diante das disponibilidades de acesso a serviços preventivos, curativos e de reabilitação nos serviços públicos de saúde bucal do município de Diamantina.

O município de Diamantina está localizado no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, com população de aproximadamente 45.880 habitantes (IBGE, 2010). O município se caracteriza por baixos indicadores sociais. A atenção pública municipal em odontologia está inserida em duas das nove equipes de Estratégia de Saúde da Família, onde, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004; Ministério da Saúde, 2011), deveriam ser realizados os seguintes procedimentos clínicos: restaurações simples, atendimentos de

urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais e a fase clínica de próteses elementares – próteses parcial e total removíveis.

A Rede conta com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), onde deveriam ser realizados procedimentos especializados, como tratamento endodôntico, periodontia, cirurgia e estomatologia (Brasil, 2004; Ministério da Saúde, 2011). Há também um consultório em uma escola municipal, resquício do modelo odontológico de assistência ao escolar anterior ao SUS e um consultório no hospital local para atendimento de pacientes com necessidades especiais. Desde 1953, funciona no município uma escola de Odontologia, atualmente vinculada à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), que presta atendimento de urgência e realiza procedimentos em diferentes especialidades, que a população local chama de serviço “da Faculdade.”

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres usuárias do SUS nas duas unidades de Estratégia de Saúde da Família que possuíam serviços de assistência odontológica e no Centro de Especialidades. A escolha da mulher como sujeito da pesquisa seguiu referências da literatura por ser a maior frequentadora dos serviços de saúde (Unfer e Saliba, 2000; Benites e Barbarini, 2009; IBGE, 2010b, Pinto *et al*, 2012) e por sua importância estratégica nas relações sociais da família, assumindo o papel de principal responsável pelos cuidados com os filhos e marido (Fonseca 2005, Benites e Barbarini, 2009).

As participantes foram selecionadas tendo como critério de inclusão ser usuária dos serviços públicos odontológicos, ser adulta e com 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 Centro de Especialidades de Diamantina (Tabela 1- Apêndice). 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 tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (Fontanella *et al*, 2008). Nas palavras de Minayo (1996): “Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação...”

Como consequência, a amostragem qualitativa:

- a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer;
- b) considera-os em número suficiente para permitir certa reincidência de informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem de ser levado em conta.”



As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de saúde, utilizando-se um roteiro não estruturado, de forma a permitir que as participantes da pesquisa discorressem livremente sobre os seguintes temas: significado dos dentes, cuidados com a saúde bucal, a assistência odontológica recebida e possíveis constrangimentos sofridos por elas e pelos demais membros da família.

Durante a coleta de dados, a pesquisadora abordava as senhoras na sala de espera, apresentava-se e informava sobre a pesquisa. Após a concordância das usuárias e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciava-se a entrevista solicitando que elas lhes contassem a “história de sua boca, dos seus dentes”. A duração das entrevistas variou de 30 a 40 minutos. As entrevistas foram gravadas, com permissão prévia, e transcritas na íntegra. Posteriormente, foram categorizadas, codificadas e analisadas pelo método da análise de conteúdo (Minayo, 1996).

Nesta pesquisa, utilizou-se a análise de conteúdo como estratégia para trabalhar os dados, o que permitiu a identificação de categorias empíricas que foram agrupadas posteriormente em duas categorias analíticas estruturantes dos resultados: o significado social dos dentes e o acesso aos serviços de saúde bucal.

Este estudo foi previamente avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, de acordo com o protocolo de número ETIC 0646.0.203.000-09.

## REFERÊNCIAS

Benites APO, Barbarini N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. *Psicol Soc.* 2009 abr; 21(1): 16-24.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP.* 2005 dez; 39(4): 450-59.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008 Jan ; 24 (1): 17-27.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo demográfico 2010: Resultados da Amostra. IBGE cidades @ [acesso em 01 dez 2013]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/41Z>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 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: [s.n.]; 2010b.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ªed. São Paulo: Hucitec; 1996. 269 p.

Ministério da Saúde (Brasil). 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 de jun.

Pinto RS, Matos DL, Loyola Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc. saúde colet.* 2012; 17(2): 531-44.

Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev. Saúde Pública.* 2000 abr; 34( 2 ): 190-195.

# **ARTIGOS**

















## **Artigo 2 A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NO SUS NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO E O DIREITO À SAÚDE BUCAL**

### **Resumo**

A assistência em Saúde Bucal no SUS enfrenta o desafio de responder ao perfil epidemiológico da população adulta, com alto índice de doenças bucais e perdas dentárias. Com o objetivo de compreender as necessidades percebidas pelos usuários, foi realizada pesquisa qualitativa com mulheres frequentadoras dos serviços de saúde do município de Diamantina-MG, utilizando a entrevista semiestruturada para a coleta de dados e a análise de conteúdo para o tratamento e análise dos dados. A apresentação e a discussão dos resultados basearam-se no diálogo/confronto entre o interacionismo simbólico de Goffman e o conceito de *habitus* de Bourdieu. Os resultados mostram que as entrevistadas não davam importância ao cuidado com o dente na infância e na adolescência porque os procedimentos eram desconhecidos, não havia oferta de tratamento ou porque a prática dominante era a extração dentária. Hoje, já com a boca comprometida, valorizam a dimensão estética dos dentes e sofrem o constrangimento que causa uma boca com dentes cariados, interferindo nas interações sociais da vida cotidiana. Contudo, o acesso à restauração dos dentes pelo SUS não é possível e, as poucas que podem participam do custo ou buscam o serviço no “particular”. Para seus filhos, percebem haver melhor acesso à informação e ao cuidado, mas para procedimentos especializados encontram as mesmas barreiras. As entrevistadas expressam resignação tanto em relação ao mau estado dos dentes quanto às dificuldades de acesso, o que pode ser compreendido pelas constantes exclusões vividas por elas no passado, que formam um capital acumulado moldando suas ações no presente. Conclui-se que a Saúde Bucal do SUS deve incorporar o valor social, a dimensão estética do dente como uma necessidade de saúde e um direito social.

**Palavras-chave:** assistência odontológica, acesso, direito à saúde.

## **DENTAL CARE IN THE PERSPECTIVE OF THE SUS USER AND THE RIGHT TO ORAL HEALTH.**

### **Abstract**

Assistance in Oral Health at SUS faces the challenge of responding to the epidemiological profile of the adult population in Brazil, with high rates of oral disease and tooth loss. In order to understand the needs perceived by SUS users a qualitative research was conducted with women attending the health services of the city of Diamantina - MG, using a semi-structured interview for data collection and content analysis. The presentation and discussion of the results were based on dialogue / confrontation 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 were unknown to them. There was no offer of treatment besides dental extraction. Today, presenting dental diseases, they give value for the aesthetic of the teeth and suffer the embarrassment caused by rotten teeth, which interfere with social interactions of everyday life. However, access to the restoration of teeth by SUS is not possible and few people can pay or seek the service in private practice. For their children, they perceive a better access to information and care, but for specialized procedures there are the same 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, forming an accumulated experience and shaping their actions in the present . It was concluded that oral health in SUS should incorporate the social value and the aesthetic dimension of the tooth as a health need and a social right .

**Keywords:** dental care, access, right to health.

## 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 1988<sup>1</sup>. 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 privado<sup>2,3</sup>. 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 equidade<sup>2,4</sup>. 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 governo, resultando na implementação de políticas centralizadoras, muitas vezes desvinculadas das propostas dos municípios<sup>5</sup>.

A inclusão da Saúde Bucal na estratégia na Estratégia de Saúde da Família (ESF) se deu somente em 2000 com os propósitos de ampliar o acesso da população à assistência odontológica e reorganizar as ações de saúde bucal no nível primário de atenção<sup>6,7</sup>. A incorporação da saúde Bucal à ESF tem sido vista 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 da atenção primária<sup>7,8</sup>.

Apesar desses objetivos que compõem a agenda da implantação de serviços de Saúde bucal, deve-se ter como referência o perfil epidemiológico da população à qual se destinam.

No Brasil, esse perfil se caracteriza por uma dualidade: de um lado, baixa prevalência de cárie em crianças com bons resultados já alcançados anteriormente pelos serviços públicos de assistência a escolares, posteriormente absorvidos pelo sistema de Atenção Primária do SUS<sup>6,9,10</sup> e, de outro, 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 considerado baixo pelos padrões internacionais<sup>11</sup>. 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%<sup>11</sup>. O edentulismo, ou seja, a perda total de dentes, constitui um marcador das desigualdades sociais que caracterizam o país<sup>12,13</sup>.

Para compreensão da especificidade da oferta de serviços de saúde bucal à população, há de se considerar as proposições vigentes na perspectiva da Saúde Coletiva sobre a inscrição da Odontologia no capitalismo consumista e globalizado representado pela chamada “odontologia de mercado”. Nesse modelo produtivo, são disponibilizados produtos biotecnológicos com um componente estético altamente sofisticado<sup>14,15</sup>. Também, coloca-se em questionamento o modelo de prática da odontologia restrita ao ambiente clínico, centrado na assistência individual e no dentista, por ser de alto custo, de baixos rendimento e cobertura e de enfoque curativo, não sendo por isso apropriado para o atendimento na saúde pública. Mas, reconhece-se a “poderosa influência” desse modelo sobre os serviços públicos<sup>16,17</sup>.

As posições dos autores da área da Saúde Coletiva em relação à Odontologia de Mercado podem oscilar da ruptura total com seus pressupostos que incitam “na população, uma demanda estética odontológica utópica, descontextualizada de suas reais necessidades e possibilidades de saúde”<sup>18</sup> a uma visão contemporizadora, porque a questão essencial não estaria centrada nesse modelo, mas na organização do trabalho odontológico em uma

perspectiva ainda bastante centralizada em quem produz o objeto odontológico, o cirurgião-dentista e que opera a redução do indivíduo à boca e seus dentes. Para Emmerich e Castiel<sup>15</sup>, tal modo de produção constitui “um estorvo às mudanças humanistas e sociais que o Sistema de Saúde exige”.

Levando em consideração esse cenário, o objetivo da pesquisa foi o de compreender as vivências e expectativas de mulheres usuárias dos serviços odontológicos do SUS em relação à saúde dos dentes delas e dos membros de sua família e sobre sua percepção em relação ao acesso aos serviços públicos de saúde bucal. Como ponto de partida, foram considerados princípios bioéticos, em especial, da Bioética da Intervenção. Esta vertente se propõe a servir de ferramenta para denúncia e reflexão de problemas que envolvem os aspectos sociais da produção das doenças e a influência da desigualdade social nas práticas e serviços de saúde, reconhecendo o contexto social como campo legítimo de estudo e intervenção bioéticos<sup>19, 20,23</sup>. Como referencial teórico de análise, foram utilizadas proposições do interacionismo simbólico<sup>21</sup> e o conceito sociológico de *habitus*<sup>22</sup>.

A pesquisa de campo foi realizada em Diamantina, localizada no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, município caracterizado por baixos indicadores sociais. Com uma população de 45.880 habitantes, o município se enquadra na categoria de pequeno porte, na faixa de 20 a 50 mil habitantes, representando cerca de 20% dos municípios brasileiros, segundo dados do Censo de 2010<sup>24,25</sup>. O município inaugurou a inserção da Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família em 2006.

## **Metodologia**

Foi realizada pesquisa qualitativa sobre as vivências e expectativas de mulheres em relação à saúde bucal, dos dentes delas e dos membros de sua família incluindo o significado

dos dentes diante das disponibilidades de acesso a serviços preventivos, curativos e de reabilitação nos serviços públicos de saúde bucal do município de Diamantina.

A atenção pública municipal em odontologia está inserida em duas das nove equipes de Estratégia de Saúde da Família, onde, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal<sup>26,27</sup>, deveriam ser realizados os seguintes procedimentos clínicos: restaurações simples, atendimentos de urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais e a fase clínica de próteses elementares – próteses parcial e total removíveis.

A Rede municipal inclui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), onde deveriam ser realizados procedimentos especializados de endodontia, periodontia, cirurgia e estomatologia<sup>26,28</sup>. Há também um consultório em uma escola municipal, resquício do modelo odontológico de assistência ao escolar anterior ao SUS, e um consultório no hospital local para atendimento de pacientes com necessidades especiais. Desde 1953, funciona no município uma escola de Odontologia, atualmente vinculada à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), que presta atendimento de urgência e realiza procedimentos em diferentes especialidades, que a população local chama de serviço “da Faculdade.”

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres usuárias do SUS das duas unidades de Estratégia de Saúde da Família que possuíam serviços de assistência odontológica e do Centro de Especialidades. A escolha da mulher como sujeito da pesquisa seguiu referências da literatura: por ser a maior frequentadora dos serviços de saúde<sup>29-32</sup> e por sua importância estratégica nas relações sociais da família, assumindo o papel de principal responsável pelos cuidados com os filhos e marido<sup>30,33</sup>.

As participantes foram selecionadas tendo 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 Centro de Especialidades de Diamantina.

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 tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes<sup>34</sup>. Nas palavras de Minayo<sup>35</sup>: “Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação... Como consequência, a amostragem qualitativa: a) privilegia os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; b) considera-os em número suficiente para permitir certa reincidência de informações, porém não despreza informações ímpares cujo potencial explicativo tem de ser levado em conta.”

As entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de saúde, utilizando-se um 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, a assistência odontológica recebida e possíveis constrangimentos sofridos por elas e pelos demais membros da família.

Durante a coleta de dados, a pesquisadora abordava as senhoras na sala de espera, apresentava-se e informava sobre a pesquisa. Após a concordância das usuárias e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, iniciava-se a entrevista solicitando que elas lhe contassem a “história de sua boca, dos seus dentes”. A duração das entrevistas variou de 30 a 40 minutos. As entrevistas foram gravadas, com permissão prévia, e transcritas na íntegra. Posteriormente, foram categorizadas, codificadas e analisadas pelo método da análise de conteúdo,<sup>35</sup> o que permitiu a identificação de categorias empíricas, agrupadas posteriormente

em duas categorias analíticas estruturantes dos resultados: o valor social dos dentes e o acesso aos serviços.

A pesquisa foi previamente avaliada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, de acordo com o protocolo de número ETIC 0646.0.203.000-09.

Participaram da pesquisa 15 mulheres com idade entre 29 e 50 anos, predominando como nível de escolaridade o fundamental incompleto; apenas três delas possuíam ensino médio completo. Um terço delas 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 salário mínimo. Em relação à saúde bucal, duas eram totalmente desdentadas e as restantes, parcialmente desdentadas, com relato de perda dentária variando de dois a mais de dez dentes.

## **Resultados e Discussão**

A discussão dos resultados da pesquisa se baseia no diálogo entre proposições do interacionismo simbólico de Goffman<sup>21</sup> e o conceito sociológico de Bourdieu<sup>22</sup>. Goffman<sup>21</sup> enfoca o ator social em interação no dia a dia, especialmente em lugares públicos. Segundo o autor, os homens agem, em relação às coisas, com base nos significados que coisas e pessoas têm para eles. Os significados derivados desses encontros são estabelecidos e modificados por meio de um processo interpretativo. Dessa maneira, o foco é a ação em si, o acontecimento, o presente é o que interessa para a análise sociológica.

Já para Bourdieu<sup>22</sup>, o essencial da abordagem sociológica reside no fato de que 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 partir desse referencial, a discussão sobre a questão dos usuários dos serviços odontológicos do SUS é tecida em torno de dois temas. 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 do estado dos dentes e da boca, diferindo da Saúde bucal que se refere às funções biológicas da boca. O segundo tema aborda a categoria analítica de “acesso aos serviços odontológicos”, considerando a percepção das pessoas sobre as condições de acesso em relação às suas necessidades, sendo entendido como efetivo uso do serviço<sup>36</sup>.

### **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. Quando o dente foi “consertado”, fica “bom” novamente, como aparece na fala de uma entrevistada: “Era tudo assim, torto, sabe? Depois, fiz coroa, fiz canal neles todos. Agora tá assim”... diz, mostrando seus dentes, satisfeita (E1).

As entrevistadas não fazem separação nítida entre saúde bucal e valor social dos dentes, enfatizando mais o aspecto da aparência. Poderia se considerar que a saúde bucal se referiria à função dos dentes e a aparência ao aspecto estético, mas, como mostra a literatura no contexto dos dentes e da boca, tal distinção seria artificial<sup>37</sup>. Para elas, a coroa dental

transforma o dente, ruim e feio em bom e bonito. 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: com usuários do serviço social canadense<sup>38</sup> ou com pessoas de diferentes níveis socioeconômicos em municípios baianos<sup>39</sup>. Pesquisa de Abreu *et al*<sup>40</sup>, no meio rural brasileiro, indica que a aparência dos dentes no convívio social é a preocupação central das mães entrevistadas. Esses achados mostram que a saúde oral é definida socialmente, com valorização do visível em detrimento do invisível<sup>38</sup>.

Na discussão em relação à valorização da aparência em detrimento das funções biológicas do dente, deve-se considerar do ponto de vista ético, a ressalva feita por Emmerich e Castiel<sup>15</sup> sobre a possibilidade de a prótese dentária servir para camuflar uma questão que deve ser enfrentada pela Odontologia, qual seja, a mutilação social resultante da prática da extração dentária, sobretudo quando o dente poderia ter sido recuperado. Segundo os autores, esse modo artificial de renovação da boca, com dentes falsos, envolve 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, essa ideologia não é mera ilusão, mas uma realidade experimentada pelas pessoas nas relações sociais da vida cotidiana. Como nos lembra Chauí<sup>41</sup>, 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 que devem valorizar e como

devem valorizar...” Sendo assim, a ideologia constitui o conteúdo significativo das estruturas sociais da ação na 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 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 Goffman<sup>21</sup>, na interação social, quando um indivíduo chega perante a outros que lhe são desconhecidos, estes, geralmente procuram obter informação ao seu respeito ou trazem à baila a que já possuem. Assim informados, saberão 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 lhe 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, afirma o autor que “de modo geral, as pessoas estão preocupadas, nas interações com os outros, em ‘salvar a imagem’, proteger sua autoestima”<sup>21</sup>.

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 pessoa<sup>42</sup>.

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 pessoas com a boca já mutilada almejem a reconstituição artificial de seus dentes. Entretanto, apesar de a literatura nacional e internacional 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 do ponto de vista desse tipo de reconhecimento como 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 à saúde. 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”<sup>26</sup>, mas trata-se apenas de destacar a importância dos procedimentos de restauração dentária como uma demanda 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.<sup>36,43-45</sup> Starfield<sup>45</sup> acresce a questão da eficácia dos serviços na definição, considerando que o acesso permitiria seu uso oportuno, visando aos 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<sup>46</sup>, 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 saúde<sup>47</sup>.

Para a grande parte das participantes dessa pesquisa, os serviços de saúde bucal não fizeram parte de sua vida passada, portanto, seus problemas dentários nem sequer foram percebidos como 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).

A maioria delas 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: “não é aqueles dentes, assim.. que não precisa ir no dentista” (E5, 25 anos). Destaca-se, uma entrevistada com baixa escolaridade (E5, de 25, anos com fundamental incompleto) 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, parece que as entrevistadas atribuiriam à falta de informação sobre cuidados e a 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 preponderante<sup>48-50</sup>. Silva *et al*<sup>48</sup> 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 das mulheres, 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 a questão à ausência da vivência da prática de tratamento dentário "na roça" ou mesmo por não estar no horizonte de possibilidades das camadas pobres das cidades o acesso ao tratamento, mas somente à solução radical de arrancar, que se resolvia a dor, significava também a perda do dente.

A discussão 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, entretanto, fazer referência direta à ausência de políticas de saúde pública na área de Odontologia na época<sup>51</sup>. 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 1950<sup>50</sup> e a inexistência de preocupação da saúde pública brasileira com a questão.

De forma arguta, Mendonça<sup>51</sup>, em pesquisa qualitativa com trabalhadores rurais, desvenda o âmago da questão do desdentamento no Brasil, compreendendo-a como uma forma de política social. Utilizando o conceito de norma de Canguilhem<sup>52</sup>, 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 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.

Se, na infância e adolescência, 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. Agora, elas dizem que se preocupam com a saúde dos seus dentes e dos filhos, mas continuam a esbarrar na limitação da oferta de serviços e do atendimento que não responde as suas demandas.

Hoje, elas 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<sup>40,42,53</sup>. 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 dentadura: “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 demanda, 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 para colocar uma coroa de porcelana, sugerida por ele, em uma boca cheia de grampos de roach (E13). Como ressaltam Moreira *et al.*,<sup>42</sup> a despeito dos avanços obtidos no plano legal, a realidade dos serviços odontológicos oferecidos à população 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, diante de problemas graves como fome, alcoolismo, “nervos”, diabetes etc., o dente estragado fica relegado para segundo plano, como se posiciona um dos participantes daquela pesquisa.

Outra pesquisa sobre a consciência do direito ao atendimento odontológico entre usuários do sistema público de saúde bucal, realizado em uma clínica de ensino de Minas Gerais<sup>54</sup>, mostra que os usuários não reconhecem o 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 na clínica, 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 explicação, como mostram as mulheres desta pesquisa, a de que esses serviços não estão disponíveis no SUS, e, portanto, nem 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 [por isso] 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, usa o serviço da Faculdade” (E4), 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). O relato de uma das entrevistadas, sobre a notícia que recebeu de seu filho, mostra a importância que atribuem ao acesso ao tratamento restaurador, mesmo que seja 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, a mãe relata: “Minha menina ficou um tempão esperando, não conseguiu, 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 [para ficar pronta]” (E12).

Quando podem, elas pagam ou complementam o tratamento “no particular” e, quando não podem, a necessidade de assistência fica restringida ou postergada, como na fala de uma entrevistada: “Gostaria de pôr uma ponte nas falhas de dentes, mas eu 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 de 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 Bourdieu<sup>22</sup> 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 e demonstra 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 alguns 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.

As exortações de Cecilio <sup>55</sup> 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 Sistema Único de Saúde parece, mas não deveria parecer, uma quimera. Este é o desafio para a Odontologia em Saúde Coletiva.

## REFERÊNCIAS

1. Fortes PAC. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Rev Saúde Pública*. 2009 dez; 43(6): 1054-8.
2. Baptista TWF, Machado CV, Lima LD de. Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009 jun; 14(3): 829-39.
3. Lima RCGS, Severo DO, Verdi MIM, Da Ros MA. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. *Saude soc*. 2009 mar; 18 (1): 118-30.
4. 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- 86.
5. 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.
6. Narvai PC e Frazão P. Políticas de Saúde bucal no Brasil. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde Bucal das Famílias - Trabalhando com Evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p 1-20.
7. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, Greco RM. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 fev; 19 (2):373-82.
8. Souza TMS de, Roncalli AG. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. *Cad. Saúde Pública*. 2007 nov; 23(11): 2727-39.
9. Roncalli AG, Arcieri RM, Unfer B, Costa ICC, Moraes E, Saliba NA. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. *Ação Coletiva*. 1999 jan/mar; II (1): 9-14.
10. Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (Suppl): s58-s68.
11. Brasil. Ministério da Saúde, 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: Ministério da Saúde; 2011.
12. Moyses, SJ. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. *Rev ABENO* 2004; 4 (1): 30-37.

13. 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 Saúde Pública*. 2012 abr; 46(2): 250- 8.
14. Emmerich A, Castiel LD. Jesus tem dentes metal-free no país dos banguelas? : odontologia dos desejos e das vaidades. *Hist. cien. saude-Manguinhos*. 2009a mar; 16(1): 95-107.
15. Emmerich A, Castiel LD. A ciência odontológica, Sísifo e o "efeito camaleão". *Interface (Botucatu)*. 2009b jun; 13(29): 339-351.
16. Frazão P. Tecnologias em Saúde Bucal Coletiva. In: Botazzo C, Freitas SFT de, organizadores. *Ciências Sociais e Saúde Bucal: Questões e Perspectivas*. São Paulo: Edusc/Unesp; 1998. p 163.
17. Narvai, PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública*. 2006 ago; 40 (spe): p 141-7.
18. Cavaca AG, Gentili V, Marcolino EM, Emmerich A. As representações da saúde bucal na mídia impressa. *Interface (Botucatu)*. 2012 dez; 16(43): 1055-68.
19. Porto D, Garrafa V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(1): 719-29.
20. Nascimento WF do, Garrafa V. Por uma vida não colonizada: diálogo entre bioética de intervenção e colonialidade. *Saude soc*. 2011 jun; 20(2): 287-99.
21. Goffman E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes; 1992.
22. Bourdieu P. *Sociologia*. (organizado por Renato Ortiz) São Paulo: Ática, 1983.
23. Garrafa V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Rev Bioética*. 2005; 13 (1): 125-134.
24. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. *Censo demográfico 2010: Resultados da Amostra*. IBGE cidades@ [acesso em 01dez 2013]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/41Z>
25. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010/IBGE, Coordenação de população e Indicadores Sociais*. Rio de Janeiro; 2011. Compl. 1, n.28. 151 p.
26. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.



27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 21 de out.
28. 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 de jun.
29. Unfer B, Saliba O. Avaliação do conhecimento popular e práticas cotidianas em saúde bucal. *Rev. Saúde Pública*. 2000 abr; 34 (2): 190-195.
30. Benites APO, Barbarini N. Histórias de vida de mulheres e saúde da família: algumas reflexões sobre gênero. *Psicol Soc*. 2009 abr; 21(1): 16-24.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *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: [s.n.]; 2010.
32. Pinto RS, Matos DL, Loyola Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc. saúde colet*. 2012; 17(2): 531-44.
33. Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 dez; 39(4): 450-59.
34. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008 jan ; 24 (1): 17-27.
35. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ªed. São Paulo: Hucitec; 1996. 269 p.
36. Vargas AMD, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drumond MM, Lucas SD. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saude soc*. 2011 set; 20 (3): 821-828.
37. 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 oct 28:1–15
38. Bedos C, Levine A, Brodeur JM. How People on Social Assistance Perceive, Experience, and Improve Oral Health. *J Dent Res*; 2009; 88(7):653-7.

39. Chaves SCL, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: An exploratory qualitative study. *Health Policy*. 2008; 86 (1): 119–28
40. Abreu MHNG de, Pordeus IA, Modena CM. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005 mar; 10 (1): 245-259.
41. Chauí, M. *O que é Ideologia*. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 2008. 123p. (Coleção primeiros passos, 13).
42. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007 jun; 23(6): 1383-92.
43. Adami NP. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 1993 jul; 1( 2 ): 53-67.
44. Donabedian A. Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Q*. 1972 oct; 50(4): 103-174.
45. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
46. 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.
47. Osorio RG, Servo LMS, Piola SF. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011 set; 16( 9 ): 3741-54.
48. Silva MES, Magalhães CS, Ferreira EF. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010 mai; 15(3): 813-820.
49. Robles ACC, Grosseman S, Bosco VL. Práticas e significados de saúde bucal: um estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 fev; 13(1): 43-49.
50. 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. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012 mai; 17 (5): 1347-55.
51. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad. Saúde Pública*. 2001 dez ; 17 (6): 1545-47.

52. Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 2011.
53. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MDSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006 mar; 11(1): 211-18.
54. Fernandes ETP, Ferreira EF. Consciência do direito ao atendimento odontológico entre usuários de uma clínica de ensino. *Saude soc*. 2010 dez ; 19(4): 961-968.
55. Cecilio LCO. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". *Saude Soc*. 2012 jun; 21(2): 280-289.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho do dentista, muitas vezes ainda centrado na resolução de demandas odontológicas específicas, tende a ocultar questões de cunho mais geral que perpassam a vida das pessoas em relação à saúde bucal. Quando o paciente pode pagar, a demanda de tratamento da lesão do dente ou de caráter estético já lhe chega definida, podendo ser utilizada a tecnologia sofisticada, cada vez mais eficaz na recuperação da integridade da boca. Para os usuários do Sistema Público de saúde bucal, o tratamento fica limitado a uma “cesta básica” que exclui tratamentos de restauração, a não ser os mais simplificados, e ainda ficam sob a ameaça de ter o dente arrancado, mesmo podendo ser recuperado.

A saúde bucal deve ser entendida de forma integral, como um princípio ligado à qualidade de vida que, como mostraram as mulheres desta pesquisa, está longe de ser alcançado. Elas não conseguem acesso a procedimentos restauradores, a não ser os mais simplificados. Para conseguirem acesso a tratamentos restauradores, só quando podem, com dificuldades, pagar o tratamento, possibilidade muito rara em razão da baixa renda dessa população. Para seus filhos, mesmo que a prática preventiva do cuidado com os dentes tenha sido incrementada, para o tratamento reparador ainda há limites e para alcançá-los deve-se também arcar com custos.

A relevância do acesso ao tratamento restaurador da boca, mostram as pesquisadas, não é algo supérfluo, mas responde a uma marca de exclusão social que promove a perda da autoestima e impõe barreiras ao convívio social, ao trabalho e mesmo à paquera, como diz uma entrevistada.

Os resultados encontrados na pesquisa indicam que o direito à saúde bucal deve ser reconhecido como um direito de cidadania, não apenas por suas implicações biológicas na qualidade de vida das pessoas, mas também por sua dimensão simbólica, com importante repercussão nas relações sociais do indivíduo. Embora não seja ainda percebido e reivindicado pelas pessoas como direito de cidadania, por limitações do sistema e resignação proveniente de um *habitus*, o tratamento odontológico manifesta-se como uma importante necessidade entre as mulheres pesquisadas. Necessidade que ainda não é traduzida em demanda pelos serviços públicos, mas que deve figurar no rol das denúncias e na pauta de discussões da Bioética de Intervenção, por potencializar a instauração e manutenção de iniquidades.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

TABELA 1 – Caracterização socioeconômica das entrevistadas, Diamantina, MG, 2012.

<i>Entrevistada</i>	<i>Idade</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Nº Filhos</i>	<i>Renda familiar</i>	<i>Origem</i>
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	Ensino médio 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

## APÊNDICE B

### ***Termo de Consentimento Livre e Esclarecido***

#### ***Usuário***

---

**Introdução:** Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “**Cuidados em Saúde Bucal na Atenção Primária: Uma Reflexão Bioética**”, para a qual foi escolhido por ser usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) deste município.

**Objetivo:** O objetivo deste estudo é conhecer a opinião da população sobre a saúde bucal e o atendimento odontológico do SUS.

**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista individualmente. As sua entrevista será gravada porque o pesquisador não consegue anotar tudo o que será falado, entretanto, apenas os pesquisadores terão acesso à fita, que não será divulgada de nenhuma forma.

**Riscos e Benefícios:** O risco que essa pesquisa poderá ocasionar seria a identificação de seu (sua) filho (a), porém os pesquisadores se comprometem com a sua privacidade, deste modo, sua identidade será mantida no mais completo sigilo.

O benefício relacionado com a sua participação será no conhecimento, por parte de todos, das opiniões dos usuários sobre o atendimento odontológico que o SUS oferece à população.

**Confidencialidade das informações:** As informações obtidas por meio desta pesquisa poderão ser divulgadas em encontros científicos, como congressos, ou em revistas científicas, mas não possibilitarão sua identificação. Dessa forma, garantimos o sigilo sobre sua participação não informando nenhum dado pessoal.

**Desligamento:** Você poderá desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Você não receberá nenhuma compensação financeira pela participação nesta pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo em que constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Prof<sup>ª</sup> Luciara Leão Viana Fonseca



Prof. Dra. Patrícia Furtado Gonçalves

Rua da Glória, 187, Centro, Diamantina – MG

Telefone: 38-35311811

Prof. Dr. Joaquim Antônio César Mota

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente UFMG.

Departamento de Pediatria da UFMG pelo telefone 3409-9773

**Comitê de Ética da UFMG-COEP**

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha

Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005 Belo Horizonte-MG (31)3499-4592 –  
*coep@reitoria.ufmg.br*

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: \_\_\_\_\_



Assinatura: \_\_\_\_\_

---

**Testemunha**

---

**Pesquisador**

**ANEXO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 0646.0.203.000-09

**Interessado(a): Prof. Joaquim Antônio César Mota**  
**Departamento de Pediatria**  
**Faculdade de Medicina - UFMG**

**DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 06 de abril de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Cuidados em saúde bucal na Atenção Primária: uma reflexão bioética**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**