

PERCEPÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS ADULTOS DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITORINO, PARANÁ

Raquel Yamada; Edival Sebastião Teixeira

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UTFPR, polo Pato Branco; Professor Doutor Edival Sebastião Teixeira do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional da UTFPR, polo Pato Branco

Resumo - O presente ensaio trata de um estudo preliminar sobre a saúde bucal de usuários adultos do Sistema Público de Saúde do município de Vitorino, Paraná, com o intuito de conhecer as representações sociais da saúde bucal. Uma abordagem teórica do conceito de saúde, abrangente, considerando os determinantes sociais, as atuais políticas públicas de saúde e o conhecimento do território, contribuiu para contextualizar o problema, que se refere às mutilações provocadas por perdas de elementos dentários precocemente, decorrentes não somente da doença cárie, mas também da dificuldade de acesso aos serviços, da privação decorrente da limitação nas liberdades instrumentais. Compreender o sujeito-ator, "que modifica o meio ambiente material e, sobretudo social no qual está colocado", o conteúdo de seus pensamentos e o modo de interação com o ambiente, é uma incógnita a ser investigada.

Palavras-Chave: saúde bucal, percepção, representação social, determinantes sociais, meio ambiente.

Abstract- This essay is a preliminary study on the oral health of adult users of public health system in the municipality of Vitorino in order to know their social representations. A theoretical approach to the concept of health, comprehensive, considering the social determinants, the current public health policies and the knowledge of the territory contributed to contextualize the problem which refers to the mutilation caused by loss of teeth prematurely, resulting not only from caries, but also from the difficulty of access to services, deprivation resulting from the limitation in instrumental freedoms. understanding the subject-actor, "which modifies the material environment, and especially social in which it is placed", the content of their thoughts and the way of the interaction with environment, is a mystery to be investigated.

KeyWord: oral health, perception, social representation, social determinants, environment

1. INTRODUÇÃO

O papel do sujeito na sociedade, a forma como ele age e administra seu dia-a-dia, parecem ser fatores que predisõem a condições de saúde diferenciadas. Dentro desse processo de interação ao meio ambiente, considera-se que o homem é obrigado a produzir sua própria vida (SAVIANI, 1992), agindo sobre a natureza e adaptando-a às suas necessidades. Ato de agir, que se aprofunda e se desenvolve em um processo histórico do que se

chama trabalho. Em uma relação de identidade, trabalho e educação são consideradas atividades específicas do homem, em que o homem aprende a produzir sua existência no ato de produzi-la. Esse processo que envolve a educação e trabalho é considerado indissolúvel, no entanto, manifestou-se na história o fenômeno da separação.

"A separação entre instrução e trabalho, a discriminação entre a instrução para os poucos e o aprendizado de trabalho para muitos..."

(MANACORDA, 1989 apud SAVIANI,1992, p.156)

...poderia interferir na qualidade de vida das pessoas? E no modo como o sujeito percebe sua saúde? Conhecer, portanto, o universo e a percepção que este indivíduo tem, é um desafio que se apresenta e que alguns pesquisadores (SEGRE e FERRAZ,1997; PORTO E ALIER, 2007), em várias áreas da saúde tentam desvendar. Compreender a saúde bucal e seus reflexos no cotidiano das pessoas poderá auxiliar na compreensão dos problemas decorrentes das dificuldades sofridas por uma população mutilada por falta de dentes, penalizada com uma qualidade de vida insatisfatória.

A integridade da saúde bucal representa uma preocupação às equipes técnicas responsáveis por proporcionar uma qualidade de vida digna aos cidadãos de sua comunidade. Tanto pesquisadores quanto os dirigentes que definem as diretrizes de políticas de saúde e os profissionais, que executam e seguem as linhas de cuidado dirigidas à população, buscam uma solução para o problema, que ultrapassa o limite do fator biológico e entra no campo das ciências humanas e sociais. É o conhecimento da realidade em que vive o indivíduo, seus hábitos e suas crenças, respeitando as diferenças regionais, sociais, econômicas, que pode tornar possível a compreensão do seu modo de vida, dos valores que lhe são mais caros, e dessa forma, tentando não interferir ou impor-lhe uma vontade, promover o cuidado e o autocuidado com sua saúde.

"Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação",

...é o que preceitua do artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). O direito à vida, digna, requer cuidados essenciais inerentes à própria pessoa e ao ambiente onde ela se encontra. Saúde, pela definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946) seria uma "situação de perfeito bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade". De acordo com Segre e Ferraz (1997, p.542): "não se poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?". A condição de perfeição, considerada utópica e subjetiva, leva à busca de um conceito mais abrangente e mais próximo à realidade e ao momento histórico. O pensamento científico moderno teve uma tendência à redução, colocando para si o desafio de alcançar o máximo da precisão e objetividade por meio da tradução dos acontecimentos em esquemas abstratos,

calculáveis e demonstráveis. Segundo Czeresnia (2003), o desenvolvimento da racionalidade científica exerceu significativo poder no sentido de construir representações da realidade, desconsiderando um aspecto fundamental: o limite dos conceitos na relação com o real, em particular para a questão da saúde, o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer. A tendência do pensamento científico moderno pressupõe que a linguagem matemática, com esquemas calculáveis e demonstráveis, seria capaz de expressar as leis universais dos fenômenos.

A Organização Mundial de Saúde (2011), atualmente, com uma visão holística e voltada às questões sócio-ecológico-ambientais, declara que

os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo o sistema de saúde. Estas circunstâncias são formadas pela distribuição de dinheiro, poder e recursos aos níveis global, nacional e local, e que são eles próprios influenciados por opções políticas. Os determinantes sociais são os principais responsáveis pelas desigualdades na saúde – as diferenças injustas e evitáveis no estado de saúde visto dentro e entre países (OMS, 2011).

Segundo Porto e Alier (2007), processos de desenvolvimento marcados por desigualdades econômicas e sociais estão subjacentes a diversos problemas de saúde pública de um país ou região, afetam territórios e grupos populacionais específicos, determinando ou condicionando a forma como tais pessoas adoecem e morrem. A questão ambiental relacionada à economia ecológica e à ecologia política deve integrar-se ao campo do conhecimento da saúde coletiva para que se possa conhecer os processos e as alternativas de intervenção para a promoção de cuidados à saúde. Os indicadores de saúde ambiental devem incorporar-se a outros de natureza sócio-ambiental permitindo uma visão mais precisa e abrangente sobre as atuais e futuras consequências das opções de desenvolvimento econômico para diferentes territórios e populações. Muitos dos problemas de saúde das populações são também expressões dos conflitos ecológicos.

O movimento pela promoção da saúde só tem a ganhar por meio de uma interação mais orgânica com os movimentos e redes sociais e intelectuais que, através da discussão ambiental, relacionam o local e o global e pensam holisticamente os processos de desenvolvimento. Segundo Rigotto e Augusto (2007), as transformações ambientais produzidas na relação sociedade-natureza, e suas implicações para a saúde, começam a se configurar como problemas na agenda sócio-política internacional. Estes problemas passam a ser

construídos como tal e difundidos no mundo social por vários atores sociais, buscando o reconhecimento por um conjunto amplo de indivíduos e instituições. Para MacDonald (1998), o processo de promoção de saúde é mais abrangente e contínuo, pois envolve educação, prevenção e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que tornem efetiva a prática da educação para a saúde. Dessa forma, a promoção de saúde transcende as atividades e as decisões individuais para tornar-se uma atividade coletiva. De acordo com Woolcock (1998), o capital social seria um importante elemento para o desempenho político e o funcionamento da democracia, para a prevenção do crime e da delinquência, proporcionando um benefício mútuo entre Estado e comunidade. A existência de laços sociais, a confiança mútua e respeito entre diferentes setores da sociedade geram impacto positivo em diversos setores como economia, educação e saúde.

Sob o ponto de vista territorial, para Lacaz (1972, p.1), o estudo do enfermo é inseparável do seu ambiente, do biótopo onde se desenvolvem os fenômenos de ecologia associada com a comunidade a que ele pertence. Quando se estuda uma doença, principalmente as metaxênicas (doenças que possuem um reservatório na natureza e um vetor biológico no qual se passa uma das fases do ciclo evolutivo do agente infectante), sob a ótica da Geografia Médica, deve-se considerar, ao lado do agente etiológico, do vetor, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do homem susceptível, os fatores geográficos representados pelos fatores físicos (clima, relevo, solos, hidrografia, etc.), fatores humanos ou sociais (distribuição e densidade da população, padrão de vida, costumes religiosos e superstições, meios de comunicação) e os fatores biológicos (vida vegetal e animal, parasitismo humano e animal, doenças predominantes, grupo sanguíneo da população, etc.).

Sem a base intelectual desses novos campos e a concretude desses conflitos e redes, os discursos sobre a criação de ambientes saudáveis, da intersectorialidade e da participação comunitária podem cair numa espécie de vazio intelectual e político (Porto e Alier, 2007). A ampliação da compreensão da comunidade, do ambiente, das instituições e o papel da ciência a partir das contribuições da ecologia política e da economia ecológica podem ocorrer através de discussões sobre promoção de saúde.

Desvincular a boca do restante do corpo é um fato que não se pode aceitar, porque a saúde oral afeta a saúde geral (SHEIHAM, 2005), fazendo com que dor e sofrimento possam alterar o que as pessoas comem, seu discurso, sua qualidade de vida e o bem-estar. A saúde bucal também tem efeito sobre

outras doenças crônicas. Milhões de pessoas sofrem de dor de dente, sem tratamento, qualidade de vida precária e acabam com poucos dentes devido a incapacidade de enfrentar os determinantes sociais e materiais e incorporar a saúde bucal com o objetivo maior de promoção da saúde geral.

A saúde bucal pode proporcionar diferentes reflexos no cotidiano das pessoas, Leão e Sheiham (2005) ressaltam ser desejável a análise das dimensões sociais e psicossociais simultaneamente à condição clínica, nos estudos das necessidades em saúde bucal dos indivíduos. Considerando que a saúde bucal afeta as pessoas física e psicologicamente e que influencia como crescem, aproveitam a vida, olham, falam, mastigam, apreciam o sabor dos alimentos, se socializam, e como percebem o seu bem-estar social. Cáries severas diminuem a qualidade de vida de crianças e adultos de modo semelhante; os quais experimentam desconforto, dor, desfiguração, infecções agudas e crônicas, perturbação do sono e da alimentação. Além do fato de correrem maior risco de internação, de ter tratamento a custos elevados e de perder dias de trabalho ou de aula, com o agravante de diminuir a capacidade para aprender.(SHEIHAM, 2005)

SAÚDE BUCAL DO BRASILEIRO

Dentro deste contexto, pode-se afirmar que a saúde bucal das pessoas sofre influência dos mesmos fatores biológicos e sociais que a saúde geral. A cárie dentária, a doença bucal mais prevalente na população global, de natureza multifatorial, continua a promover mutilações, e condenar o Brasil a ser um país de desdentados. Dados do Ministério da Saúde, da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - 2010, confirmam que a cárie dentária continua sendo o principal problema de saúde bucal dos brasileiros. O levantamento conhecido como projeto SB Brasil 2010, foi realizado em 177 cidades das cinco grandes regiões do país. A amostra de 38 mil pessoas, considerada estatisticamente significativa, abrangia as faixas etárias de 5 anos, de 12 anos, de 15 a 19 anos, de 35 a 44 anos e de 65 a 74 anos (BRASIL, 2010, p. 1). As bases metodológicas foram as mesmas utilizadas nos levantamentos realizados em 1986, 1996 e 2003, de maneira a construir uma série histórica, contribuindo para as estratégias de avaliação e planejamento dos serviços (BRASIL, 2009, p.4). O índice CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados), utilizado no levantamento para avaliação da situação de saúde bucal, é cumulativo, recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para medir e comparar a experiência de cárie dentária em populações, seu valor expressa a média de dentes cariados, perdidos e obturados em um grupo de indivíduos (OMS, 2011).

Os resultados obtidos pelo levantamento SB Brasil em 2010 apontam uma melhora, que corresponde a uma diminuição no índice de dentes com história de cárie, em relação ao SB Brasil 2003; aos 5 anos de idade, houve uma redução de 2,8 para 2,3 dentes decíduos com experiência de cárie, entretanto, verificou-se um fator negativo, o percentual de 80% de dentes não tratados, que manteve o mesmo patamar de 2003. O índice CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), aos 12 anos, reduziu de 2,8 para 2,1. Entre os adolescentes de 15 a 19 anos, a média de dentes afetados é de 4,2, exatamente o dobro do número médio encontrado aos 12 anos. Para o grupo de 35 a 44 anos, observou-se que o CPOD caiu de 20,1 para 16,3 – um declínio de 19%. Entretanto, entre os idosos de 65 a 74 anos o CPOD praticamente não se alterou, ficando em 27,1 em 2010, enquanto que, em 2003, a média era de 27,8, com a maioria correspondendo ao componente “extraído”. Foram observadas diferenças regionais, na faixa etária de 12 anos, registrou-se um acréscimo de 27% de prevalência de cárie nos municípios do interior em relação às capitais; da mesma forma, entre as regiões nordeste e sudeste, onde os extremos foram encontrados, a diferença foi de 90%, indicando que o maior ataque de cárie combina-se com o menor acesso aos serviços odontológicos. (BRASIL, 2010, p.2).

Curitiba, a capital do Estado do Paraná, tem uma história de sucesso e muitas conquistas na saúde bucal comunitária; com um dos melhores índices de saúde bucal do país, cuja trajetória pode ser conferida no livro “Os Dizeres da Boca em Curitiba” (MOYSÉS, 2002). Todo o processo histórico, desde 1.918 até a data de sua publicação é relatada de modo que podem ser acompanhados os reflexos das políticas públicas adotadas durante os diversos governos, e a integração e a consolidação do trabalho de uma equipe preocupada e sensível ao ser humano e sua comunidade, indo além de exclusivamente “tratar” os dentes.

As políticas públicas de saúde têm diretrizes nacionais, as quais são adequadas e adaptadas ao contexto regional, de acordo com os recursos de cada localidade e da gestão destes recursos públicos. No sudoeste do Paraná, especificamente no município de Vitorino, a realidade encontrada difere de Curitiba. Na Capital do Estado, que reúne uma elite de pensadores ligados a Instituições de ensino de Odontologia e gestores públicos estaduais, sensibilizados pela causa social e pelas questões ambientais, atingiu-se um nível de atenção e cuidado com a saúde bucal que é reconhecido como um modelo no país.

VITORINO, O TERRITÓRIO

Vitorino, por sua vez, um município com 6.513

habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2010), distante 453 km da capital, Curitiba, apresenta uma realidade diferente com relação à atenção dada à saúde bucal. A população urbana representa 61% e a rural 39% de toda população, mas Vitorino já teve uma população rural maior e passa por uma fase de migração do campo para a cidade. Apresenta incidência de pobreza de 35,14%; índice de idosos, 35,74%; analfabetismo de 15 anos ou mais, 12,5%; coeficiente de Gini, 0,36 e IDH, 0,785. Economia baseada em: Agropecuária: 41,01%, Indústria: 2,73% e Serviços: 56,27% (IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2010). A equipe de saúde bucal contava com 2 dentistas e 2 TSB (técnicos em Saúde Bucal) de 1980 até 2008. O sistema incremental (que se caracterizava por prestar serviço a escolares de 6 a 13 anos, de modo a ir progressivamente ampliando o atendimento às séries escolares da primeira à quarta séries) foi adotado até 1995, sendo a atenção dirigida quase que exclusivamente aos escolares. A partir de 1996 iniciou-se o atendimento aos bebês, que fazia parte de um programa do Governo do Estado do Paraná, sob coordenação do Prof. Léo Kriger (coordenador de saúde bucal naquele período), com a implantação de diversas unidades de “clínicas do bebê” em todo o Paraná, uma delas em Vitorino. Entretanto, os adultos, na época, recebiam atenção somente em casos emergenciais, seguindo as orientações recebidas pela Regional de Saúde, visto que a capacidade instalada era insuficiente para oferecer a atenção necessária a toda população. A partir de 2008, após concurso público, a contratação de dois odontólogos viabilizou a inclusão de adultos aos programas de saúde bucal, que passaram a receber atendimento de forma regular e ter tratamentos concluídos, ao invés de atendimentos de urgência e emergência, apenas.

Com relação à saúde, o índice de desempenho na área de saúde do município de Vitorino, passou de 0,70 em 2007 a 0,84 em 2008 (IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2010). Este índice, que varia de 0 a 1, é um dos componentes do Índice IPARDES de Desempenho Municipal (IPDM) e avalia os municípios em três áreas: emprego, renda e produção agropecuária; educação e saúde. Sendo o componente saúde composto por três variáveis: número de consultas pré-natais, óbitos infantis por causas evitáveis, e óbitos por causas mal-definidas. Esses dados refletem o acesso aos serviços de saúde, a disponibilidade de recursos médico-assistenciais e, quanto mais próximos de 1, maior o nível de desempenho do município. A melhora do índice de 2007 para 2008 decorre da ampliação do atendimento às gestantes na dimensão saúde. Pode-se considerar que a saúde do vitorinense é boa, apresentando um nível médio de desempenho.

Em contrapartida, a saúde bucal do Vitorinense em 2001, com índices alarmantes, apresentava CPOD 5,37 aos 12 anos; 11,63 aos 18 anos e 25,09 para a faixa etária de 35 a 44 anos. Neste período de dez anos, de 2001 a 2011, pode-se afirmar que as crianças até 14 anos tiveram significativa melhora decorrentes da atenção odontológica oferecida a esta faixa etária. Fato que não pode ser verificado em adultos, que foram incluídos nos programas de saúde bucal a partir de 2008.

A estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), proposto pelo governo federal aos municípios para implementar atenção primária, traz na sua essência um aspecto fundamental que é o conhecimento do território, que não pode ser compreendido apenas como um espaço geográfico, delimitado para constituir a área de atuação dos serviços. Este "Espaço Social" onde, ao longo da história, a sociedade foi se constituindo e, por meio do processo social de produção, dividindo-se em classes diferenciadas, com acessos diferenciados aos bens de consumo, incluídos os serviços de saúde (BRASIL, 2006). Dentro da estratégia do PSF, conhecer o território implica em um processo de reconhecimento e apropriação do espaço local e das relações da população da área de abrangência com a unidade de saúde, levando em consideração dados como perfil demográfico e epidemiológico da população, contexto histórico e cultural, equipamentos sociais (associações, igrejas, escolas, creches...), lideranças locais, e outros considerados relevantes para intervenção no processo saúde-doença. O conhecimento deste território se torna fundamental aos profissionais de saúde e à população para que tenha oportunidade de desencadear processos de mudança das práticas de saúde, tornando-as mais adequadas aos problemas da realidade local. Conhecer a realidade local e a percepção que a comunidade tem de sua saúde é um ponto importante a ser considerado, visto que o processo de construção conjunta necessita que todos sejam ouvidos e se chegue a um determinante comum.

Conhecer o território, com uma visão mais abrangente, um retrato fiel das reais necessidades da população, é parte desse novo modo de ver e fazer saúde. Sem, no entanto, deixar de lado os componentes biológicos das doenças, que devem ser bem conhecidos de modo a poder preveni-las e contidas. Sendo assim, entender a cárie dentária, como uma doença que mutila e tem elevada prevalência na população brasileira, é um dos componentes desta estratégia de promoção de saúde.

A DOENÇA CÁRIE DENTÁRIA

A cárie dentária é uma doença bucal de caráter multifatorial (GROISMAN E MEDEIROS, 2003), em

que os fatores primários (dentes, microflora cariogênica e substrato local – sacarose) associados a fatores secundários e terciários, como saliva, idade, sexo, saúde geral, nível socioeconômico, interação e inicia-se a formação e progressão da lesão cariosa. A atividade cariogênica promove uma desmineralização dos tecidos dentários, que se não tiver o processo interrompido, provoca a cavitação na estrutura dentária, ocasionando o aparecimento da lesão visível. Trata-se de uma doença que pode ser prevenida, de modo primário, na tentativa de diminuir a contaminação do bebê pelos pais, ou de modo tradicional, cujos pilares são a profilaxia (limpeza profissional dos dentes), fluoroterapia (aplicações tópicas de flúor com finalidade preventiva e curativa), controle da dieta e ênfase na higienização (utilização de métodos de escovação e de fio dental). Do mesmo modo que outras doenças, a avaliação do risco, que é a probabilidade de sua ocorrência, é indicada para conhecer a suscetibilidade e o grau de risco de incidência e desenvolvimento da doença na população e como atuar de forma preventiva.

Perda de peso, problemas com nutrição e com crescimento foram relatados por Sheiham (2005), em crianças de 3 anos em virtude de infecção e dores de dente. Entre adolescentes brasileiros, 33% relataram dor nos dentes, destes, 9% consideraram a dor torturante. Na Tailândia, 74% da população de 35 a 44 anos, tiveram o desempenho diário afetado por problemas bucais, 46% deles tiveram a estabilidade emocional afetada em função disso (SHEIHAM, 2005).

O acesso a muitas informações sobre Saúde Bucal nos meios de comunicações de massa, como a publicidade institucional de escovas de dente, creme dental e fio dental, e programas específicos de saúde bucal para as gestantes e recém-natos – antes mesmo da erupção do primeiro dente, são facilmente encontrados. As escolas públicas de ensino fundamental do município de Vitorino estão todas inclusas em programas de atenção odontológica e recebem orientações de caráter informativo e educativo, prática de higienização supervisionada e bochechos semanais com flúor, por profissionais capacitados como dentistas e técnicos em saúde bucal. Além disso, a Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar) realiza a fluoretação (adição de flúor, cujo nível mínimo/máximo permitido varia de 0,6 a 1,1 mg/l) da água na zona urbana.

Diante de tais programas, os problemas bucais persistem. Desta forma, parece importante perguntar pelos motivos que levam alguns indivíduos adultos a não obter sucesso na preservação de sua saúde bucal e chegar à perda de vários elementos dentários. Como explicar alguns fatos ocorridos durante o dia a dia da prática

nos consultórios odontológicos? Como explicar o porquê da resposta de uma jovem que chega ao dentista e diz: “Agora que completei 18 anos posso tirar meus dentes...”. E o adulto, com seus 41 anos, que vai ao “posto de saúde” em um dia de chuva, de moto (a estrada não permite que ele vá de carro), atordoado pela dor e quer um “remédio” para aliviar aquela angústia. Ele tem pressa, tem que buscar seus filhos na escola. Ao tomar conhecimento que necessitava de “tratamento de canal”, ele já tinha a resposta pronta: “Eu quero extrair, porque assim não vai doer mais”. E a mãe desdentada que comparece à Bebê Clínica (atenção odontológica aos menores, a partir do nascimento) com seu filho ardendo em febre –“para não perder a consulta”, mas não aceita o tratamento reabilitador oferecido a ela. Quais as reais implicações da perda de dentes no cotidiano dos adultos? Como compreender melhor as razões que levam certos indivíduos a perdas dentárias na fase adulta? Destas e muitas outras inquietações surge o interesse pela pesquisa, da qual se apresenta neste trabalho seus passos iniciais. Mas, com o interesse nasce um dilema: como dar conta de um questionamento complexo utilizando uma investigação disciplinar? Certamente as respostas encontradas seriam fragmentadas e desconectadas cientificamente.

A principal dimensão a ser tratada na pesquisa é a importância dos dentes no dia a dia, isto é, qual a relação dos dentes na vida pessoal, familiar, profissional e social. Por isso indaga-se: Que razões levam a perda dos dentes? Quais seriam os reflexos da ausência de dentes na qualidade de vida destes indivíduos?

Estas questões servirão como base para orientação da pesquisa, a qual parte de duas hipóteses: a) O usuário perde seus dentes por falta de atendimento e/ou dificuldade de acesso ao Sistema Público de Saúde Bucal; b) O usuário perde seus dentes por não se importar com os mesmos no dia a dia.

A segunda hipótese sugere uma investigação sobre as representações de saúde bucal dos usuários dos serviços públicos. A compreensão dessas representações tem sua importância na medida em que poderão sugerir procedimentos que impliquem a manutenção da saúde da população em todos os ciclos da vida, a fim de que se atinja a terceira idade em boas condições de saúde, preservando elementos que assegurem a dignidade da pessoa humana. A boca e os dentes saudáveis proporcionam condições para que se tenha uma alimentação adequada, prevenindo outras doenças sistêmicas através de uma boa mastigação. O componente estético de dentes harmoniosamente alinhados é um fator relevante nos relacionamentos sociais.

Segundo Rodrigues et al (2008), o objeto das representações sociais se encontra em um contexto dinâmico e ativo, concebido pelo sujeito ou pela

coletividade como um prolongamento de seu comportamento, sendo que seu estudo deve apreender a complexidade deste objeto, neste caso, a saúde bucal. Pode-se considerar que o fator estético dos dentes é um dos componentes que definem, no senso comum, uma boca saudável. Se a imagem corporal (SECCHI et al, 2009) é uma percepção que integra os níveis físico, emocional e mental, quais os reflexos provocados pela perda de dentes nestes três níveis? Se a aparência for indicadora de potencialidades no campo pessoal e profissional, quais os efeitos na inserção deste sujeito no meio social e no mercado de trabalho? Qual a relação entre o nível de escolaridade, a função laboral e a saúde bucal? Que consequências teria na vida de um sujeito mutilado pela falta de dentes e qual a relação deste sujeito com o ambiente?

“Representações sociais é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento”(MINAYO, 2008, p. 89).

Se estas lembranças representam a realidade, conhecer o conteúdo destes pensamentos, poderá servir de subsídio na elaboração de projetos de promoção de saúde, quiçá, projetos interdisciplinares que envolvam pessoas e profissionais realmente interessados em cuidar e em proporcionar uma melhor qualidade de vida à população.

Desta forma, a necessidade de encontrar respostas ou indícios que possam explicar os motivos que levaram alguns indivíduos a perda de dentes na vida adulta, justifica uma pesquisa que auxilie na melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente tendo-se em vista que os resultados poderão sugerir procedimentos que reduzam ou eliminem estas perdas dentais.

ESTUDO PRELIMINAR

Diante do exposto, para a realização de estudos preliminares, foi aplicado um questionário composto por 36 itens, que se propõe a apresentar o impacto psicossocial da condição de saúde bucal na qualidade de vida das pessoas. Denominado DIDL (Dental Impact of Dental Living), foi proposto por Leão e Sheiham (1995) e envolve cinco dimensões relativas aos dentes: aparência, dor, conforto, restrição alimentar e desempenho geral.

O índice DIDL (Dental Impact of Daily Living) envolve as seguintes dimensões de impacto: dimensão - aparência, que trata da satisfação com os dentes, com a sua coloração, com seu posicionamento e com sua aparência; dimensão - dor, se refere dor espontânea, ao se alimentar, com alimentos quentes ou frios ou dor na articulação

têmporo-mandibular (ATM); dimensão – conforto, que se preocupa em conhecer a preocupação com dentes, próteses parciais ou próteses totais, impacção de alimentos entre os dentes, halitose, perda de dentes, satisfação com as gengivas, sangramento gengival, sensibilidade ao frio ou calor em decorrência de retração gengival; dimensão – restrição alimentar, que se refere à capacidade de mastigar, satisfação com a mastigação, capacidade de morder, satisfação com a mordida, alteração no modo de preparo do alimento, alteração no tipo de alimento por causa dos dentes e, a dimensão - desempenho geral, que verifica se a capacidade de trabalhar é afetada pela aparência dos dentes, se a capacidade de trabalhar é afetada pela alimentação ou pela conversa (para falar), se o relacionamento pessoal ou amoroso é afetado pela aparência dos dentes, se o relacionamento pessoal ou amoroso é afetado pela alimentação ou pela conversa, se a autoconfiança é afetada pelos dentes, se sofreu constrangimento por causa dos dentes, se teve relacionamento amoroso afetado pela aparência dos dentes, se evitou mostrar os dentes ao sorrir, se há satisfação com o sorriso, se a dor afetou no trabalho, se teve estresse ou deixou de dormir por causa dos dentes.

A entrevista e os questionários (LEÃO E SHEIHAM, 1997) foram aplicados em duas moradoras de Vitorino, cujos nomes serão mantidos em sigilo mediante a utilização de nomes fictícios: Ana e Carla, usuárias do Sistema Público de Saúde. Ambas tiveram em comum a origem, a zona rural do município de Vitorino. Ana tem 27 anos, casada a 15 anos, três filhos, cursou o 1º grau, e atualmente reside na zona rural, onde trabalha com o marido em 1 alqueire de terra que pertence à família e de onde provém a renda familiar. Carla, 24 anos, solteira, curso superior completo, concluindo pós-graduação, tem renda mensal semelhante à de Ana, porém exerce sua atividade laboral, como auxiliar de saúde, em zona urbana. Ambas, em tese, tiveram as mesmas oportunidades, mas a trajetória de cada uma delas foi diferente, e, da mesma forma a saúde bucal de ambas apresenta contrastes gritantes, conforme ilustram as fotografias a seguir:



Foto 1 – Ana, 27 anos.
Fonte: pesquisa de campo, 2011.



Foto 2 – Carla, 24 anos.
Fonte: pesquisa de campo, 2011.

Frente ao questionário, Ana relatou ter sentido dores que limitaram seu cotidiano, impedindo-a de dormir, de trabalhar, sentiu-se estressada, evitou mostrar os dentes ao sorrir, teve sua autoconfiança afetada, evitou conversar com algumas pessoas, teve dificuldade na mastigação, tendo que alterar sua dieta, sente-se insatisfeita em todas as cinco dimensões apresentadas: aparência, dor, conforto, restrição alimentar e desempenho geral. As respostas de Ana tem correlação direta com sua saúde bucal que se encontra deteriorada, com perda de alguns elementos dentários e grande necessidade de tratamento. Um fato, porém, é preocupante: ela prefere extrair alguns dentes a ter que realizar tratamentos prolongados e que possa vir a sentir dor.

Situação oposta se apresenta com Carla, que se sente muito satisfeita com seus dentes, e que nunca a limitaram no dia-a-dia. Além de não admitir a ideia de extrair dentes.

As consequências destas diferenças refletem-se na percepção com relação à saúde bucal e nas relações sociais de ambas. É evidente que o grau de satisfação com relação à aparência, conforto e comodidade são maiores para Carla. Ana, por outro lado, se ressentia das dores sofridas e dos dentes ausentes, que a impede de sorrir em algumas situações (dados obtidos em entrevista e na aplicação do questionário, proposto por Leão e Sheiham (1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em decorrência dos fatos expostos, parte-se do pressuposto que a saúde bucal dos vitorinenses nas fases adulta e da terceira idade é precária, uma vez que encontram-se situações de “saúde bucal” como os de Ana, aos 27 anos. Sabe-se que a cárie dentária é uma doença que, após instalada, deixa sequelas permanentes. Um dente com experiência de cárie, jamais voltará a ser hígido. Portanto, casos como os de Ana podem se agravar aos 35, aos 44 e aos 60 anos, correndo o risco de tornar-se mais uma desdentada em um país de desdentados. Que fatores influenciaram a instalação e a progressão de

lesões que levaram à perda de dentes?

A atual política de saúde bucal visa reverter esse quadro utilizando-se de estratégias que envolvem o trabalho em equipe multidisciplinar, no campo de atuação território-família-comunidade. Indo de encontro à reflexividade da vida social moderna que consiste em práticas sociais que são constantemente examinadas e reformadas à luz de informações renovadas sobre as próprias práticas (GIDDENS, 1997 p.45).

Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, em consonância com o princípio da equidade. A ampliação das liberdades instrumentais é o principal meio de desenvolvimento, onde a saúde e a educação fazem parte das oportunidades sociais. (SEN, 2000, p. 56)

Estimular a participação popular e o controle-social. A transformação do indivíduo em ator, segundo Touraine (1994, p.220) "ator é aquele que modifica o meio ambiente material e, sobretudo social no qual está colocado". O sujeito social que considera que

"há clara desigualdade social na exposição aos riscos ambientais, decorrente de uma lógica que extrapola a simples racionalidade abstrata das tecnologias" (ACSELRAD, 2002, p. 51),

...que valoriza o exercício da cidadania e a capacidade da sociedade se defender de injustiças ambientais, é o ator que tem papel decisivo no processo de superação de desigualdades e melhoria na qualidade de vida.

A promoção de saúde é um dos fundamentos da atenção básica em saúde, visando melhorar a qualidade de vida do paciente, redução da vulnerabilidade aos riscos à saúde, por meio da construção de políticas públicas saudáveis que levem a melhoria nas condições de vida do indivíduo. Para que este procedimento seja assimilado é necessária a consciência sanitária do usuário do Sistema Único de Saúde, a compreensão das percepções positivas, benéficas da saúde bucal, bem como a representação social na manutenção da higiene dentária. No que se refere à Teoria das Representações Sociais de Moscovici, este modernizou substituindo a magia pela ciência, sendo sua teoria adequada à investigação empírica das concepções leigas das ciências (FAR, 2008, p. 45).

Deste modo, conhecer as representações sociais da saúde bucal dos usuários do Sistema Único de Saúde do município de Vitorino é uma tarefa que, a partir deste estudo preliminar, merece uma pesquisa mais aprofundada.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, H. Justiça ambiental e construção social do risco. Desenvolvimento e Meio Ambiente. n.5. Curitiba: Editora UTFPR, 2002. p. 49-60.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF. 1988. Cap.II – Da Seguridade Social, Seção II – Da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm. Acesso em: 15 mai. 2011.
- BRASIL. Projeto SB Brasil 2003. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 6-16.
- BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 92p.
- BRASIL. Saúde Brasil 2008, 20 Anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 416p.
- BRASIL. Projeto SB Brasil 2010: Nota para a imprensa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, dez. 2010. Disponível em: http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrasil2010_Nota_Imprensa.pdf. Acesso em 15 mai. 2011.
- CZERESNIA, D.F. The concept of health and the difference between promotion and prevention. Cadernos de Saúde Pública. v.15. n.4. Rio de Janeiro. 1999. p. 701-709.
- FARR, R. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org). Textos em representações sociais. 10. Ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 31-62.
- GIDDENS, A.; BECK, U.; LASCH, S. Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Unesp, 1997.
- GROISMAN, S.; MEDEIROS, U. Cariologia e Clínica. In: KRIGER, L. ABOPREV: Promoção de Saúde Bucal. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2003.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Dados estatísticos do município de Vitorino, Paraná. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 15 mai. 2011.
- INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - IPARDES. Índice IPARDES de Desempenho Municipal: Metodologia. Curitiba, 2010.
- INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL - IPARDES. Índice IPARDES de Desempenho Municipal: Comentários sobre o IPDM. Curitiba, 2010.
- LACAZ, C.S. Conceituação, atualidade e interesse do tema, sùmula histórica. In: LACAZ, C.S. et al. Introdução à geografia médica do Brasil. São Paulo: EDUSP, 1972. 568p.
- LEÃO, A.T.; SHEIHAM, A. The dental impact on daily living. In: SLADE, G.D. Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapell Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997. p. 121-134.
- LEÃO, A.T.; SHEIHAM, A. Relation between Clinical Dental Status and Subjective Impacts on Daily Living. Journal of Dental Research. v.74. n. 7. p. 1408-1413, jul. 1995.
- MACDONALD, T. Rethinking Health Promotion: A Global Approach. London: Routledge, 1998.
- MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH. (Orgs.). Textos em representações sociais. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 89-111.
- MOYSÉS, S.J. Dizeres da Boca em Curitiba. Boca Maldita, Boqueirão, Bocas Saudáveis. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)/ Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constitution of the World Health Organization. New York. 1946. Disponível em: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Acesso em: 15 mai. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Significant Caries Index.

Disponível em: <http://www.whocollab.od.mah.se/sicdata.html>. Acesso em 15 mai. 2011.

PORTO, M.F.; ALIER, J.M. Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde. Cadernos de Saúde Pública. v.23. n.4. Rio de Janeiro, 2007. p.503-512.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. Ciência e Saúde Coletiva. v.13, n.1. Rio de Janeiro, 2008. P. 71 – 82.

RIGOTTO, R.M.; AUGUSTO, L.G.S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. Cadernos de Saúde pública. v.23. n.4. Rio de Janeiro, 2007. p.475-501.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. Revista Brasileira de Educação. v. 12 n.34 jan./abr.

2007, p. 152-165.

SECCHI, K.; CAMARGO, B.V.; BERTOLDO, R.B. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. Psicologia: teoria e pesquisa. v.25. n.2. Brasília, 2009. p.229 – 236.

SEGRE, M.; FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. Revista de Saúde Pública. v.31. n.5. São Paulo: USP, out. 1997. p. 538-542.

SEN, A.K. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of World Health Organization. v. 83. n. 9. sept. 2005.

TOURAINÉ, A. Crítica da Modernidade. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.213-268.

WOOLCOCK, M. Social Capital and Economic Development: Toward a Theoretical Synthesis and Policy. Theory and Society. v. 7. n.2. Springer, 1998. p.151-208.