Percepção de Saúde Bucal dos Usuários do Sistema Único de Saúde do Município de Coimbra/Minas Gerais

The perception of oral health of the population of Coimbra, Minas Gerais

SILVA, Carlos José de Paula*
FERREIRA, Efigênia Ferreira e**
MAGNAGO, Fabiana Milagres*
ALVES, Renata Gomes*

RESUMO

O presente estudo buscou verificar a percepção de saúde bucal da população de Coimbra, Minas Gerais, atendida pelo Sistema Único de Saúde. Foram feitas entrevistas semi-estruturadas a partir de perguntas que focavam o que é saúde bucal, sua importância e sua presença na vida do paciente. Percebeu-se que a saúde bucal para os entrevistados está relacionada aos cuidados com os dentes e com a gengiva, à dieta e a ida ao dentista. Sua importância é tanto pela saúde sistêmica quanto pela possibilidade de se relacionar bem com as outras pessoas. A presença da saúde bucal alia-se a manutenção da dentição e o não uso de prótese. Todas as falas retrataram o discurso oficial da odontologia , apesar de antigo e com pouca sustentação científica. Percebeu-se também claramente, a falta de acesso ao tratamento e a autoculpabilização pelo estado de saúde bucal. O trabalho educativo da odontologia necessita mudar de rota para que a população possa compreender mais claramente como é o processo. Talvez deste modo, o autocuidado possa efetivamente acontecer.

PALAVRAS CHAVE:
Pesquisa qualitativa. Saúde oral. Percepção.

INTRODUÇÃO

Quando nós profissionais da saúde estamos diante do paciente que procura pelo tratamento, somos levados pela nossa prática diária a estabelecermos um julgamento sobre o seu estado de saúde ou doença, formulando um diagnóstico de acordo com o nosso conhecimento adquirido e com nossa experiência pessoal. Assim desconsideramos os aspectos sócio-comportamentais ignorando a visão do indivíduo e a maneira como ele vê e interpreta as sensações de saúde ou doença.

Etimologicamente percepção é um termo derivado do latim *percebere* e significa observar ou conhecer por meio dos sentidos. Para muitos, se sentir doente ou ter a percepção do estado de doença quase sempre se traduz em sintomas e, em grande parte dos relatos um sintoma está sempre presente na odontologia: a dor (CUNHA, 1982).

O Ministério da Saúde concluiu recentemente o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal (BRASIL, 2003), em nível nacional. No item que trata da percepção de saúde, a percentagem de pessoas que se consideraram com uma saúde bucal péssima, ruim ou regular foi de 44,7%, 59,2% e 43,6% nas faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos respectivamente. Dessa pesquisa podemos extrair também que 13% dos adolescentes nunca foram ao cirurgião-dentista e entre a população adulta quase 3% nunca teve acesso aos serviços de saúde bucal o que pode ocorrer por fatores sociais, psicológicos, biológicos e dificuldade de acesso ao sistema público de saúde. A prevalência de dor dentária nos últimos meses foi de 35,7% em adolescentes, 34,8% em adultos e 22,2% em idosos.

É pertinente considerar que a percepção do indivíduo sobre sua saúde bucal pode fazer com que ele busque ou não o atendimento, ou seja, a forma como se traduz a percepção desse indivíduo está intimamente relacionada com a busca pelo atendimento e pela cura. Portanto, a autopercepção sobre saúde e doença bucal possui um caráter subjetivo e demonstra com clareza que o conceito de saúde e doença é relativo e pode ser definido como a experiência subjetiva de um indivíduo acerca de seu bem-estar funcional, social e psicológico, com forte influência cultural.

É mister ressaltar que conhecer a percepção das pessoas sobre sua saúde bucal deveria ser o primeiro passo na elaboração de programas educativos voltados para o autodiagnóstico e o autocuidado, além de ações preventivas e curativas (SILVA; FERNANDES, 2001). Além disso, pode conduzir o comportamento do profissional de saúde, de uma visão mecanicista de saúde e doença para uma visão de construção social.

Geralmente aquilo que o profissional da odontologia considera processo de doença muitas vezes não é assim percebido pelo paciente. Esta percepção do paciente faz com que ele busque o serviço de odontologia quando seu estado de saúde já se encontra comprometido. Seu foco está nas medidas curativas que pode encontrar no atendimento de saúde. São ignoradas as medidas preventivas de autocuidado concernentes à saúde geral.

Nos programas de atenção em saúde bucal, implementados no país e no desenvolvimento de pesquisas percebe-se que a consciência quanto ao autocuidado e ao valor da saúde bucal não têm sido incorporados à prática cotidiana dos indivíduos das classes populares. E estes não a percebem enquanto direito adquirido. O que fica explícito no resultado do SB-Brasil (2003) exposto anteriormente.

Do lado do paciente, a percepção e valoração da saúde bucal são dificultadas pelas condições socioeconômicas e culturais vigentes, principalmente quando se trata de população de baixa renda. Para o profissional da odontologia que se encontra no sistema único de saúde, a grande dificuldade é como influenciar a percepção e valoração apresentada pelo paciente quanto à sua saúde bucal. Ao contrário, ele precisa responder à grande demanda por medidas curativas e com isto contribui para a manutenção do paradigma existente com relação à saúde bucal. Muitas vezes o paciente já chega solicitando a exodontia ou múltiplas extrações desconhecendo o que seja manutenção de saúde bucal por não terem incorporado conhecimento sobre o processo saúde/doença.

Para que este quadro da saúde bucal se modifique e a promoção da saúde se torne

* Especialistas em Saúde coletiva pela UFJF.
** Professora adjunta da Faculdade de Odontologia da UFMG. Doutora em epidemiologia pela Faculdade de Odontologia da UFMG.

mais eficaz é necessária à participação concreta da população e dos profissionais que atendem à saúde coletiva. A estes cabe propor medidas que estimulem a conscientização, a construção do valor da saúde bucal da população com o objetivo de contribuir para a melhoria do acesso aos serviços prestados à população e às informações ligadas à saúde que podem difundir conhecimento e promover a mudança de atitudes e comportamentos dos usuários.

Alguns estudos têm sido feitos para verificação da percepção de saúde/doença bucal dos usuários dos serviços de saúde. Dentre os estudos sobre percepção de saúde pode-se citar Santos et. al (1981) que realizaram uma pesquisa em cinco comunidades de baixa renda, em Belo Horizonte. O objetivo da pesquisa foi analisar e conhecer as manifestações das pessoas em relação à saúde bucal. Os sujeitos de pesquisa foram escolhidos arbitrariamente dentro da população pesquisada. Como conclusão do estudo os autores reconheceram a relevância do discurso popular para a adequação e implementação dos serviços de odontologia dentro da realidade social das localidades estudadas.

Paixão (1986) realizou um estudo na comunidade da barragem Santa Lúcia em Belo Horizonte com o objetivo de entender como a população encara os problemas de saúde e doença e de que maneira ela os resolve com os recursos pessoais e institucionais. Trinta e nove mulheres foram entrevistadas. Como resultado a autora encontrou que a percepção de saúde estava relacionada à capacidade de trabalho e sobrevivência, além de aspectos religiosos, pois as entrevistadas viram a falta de saúde associada à punição divina.

Outro estudo foi desenvolvido por Ferreira et al. (1987) no bairro São Geraldo em Belo Horizonte. Foi aplicado um questionário a quarenta famílias com o objetivo de fazer um levantamento das condições sócioeconômicas e investigar as representações em relação ao processo saúde-doença. Percebeu-se que o processo saúde-doença, neste local, estava relacionado à dor, à estética e ao trabalho.

Martins (1999) realizou uma pesquisa entrevistando vinte pessoas, com idade entre 19 e 55 anos, que buscavam atendimento na clínica São Geraldo do departamento de odontologia da PUC Minas. A maioria delas era migrante de outras regiões do estado e, a mudança para capital mineira pode ter favorecido a mudança dos valores desses pacientes em relação à saúde bucal, pois tiveram acesso aos cuidados de higiene dental e ao tratamento odontológico. A autora concluiu que a percepção de saúde/doença bucal estava relacionada diretamente com a dor, com o incomodo e com a incapacidade e não por manifestações como cárie, tártaro e sangramento gengival, manifestações estas consideradas pelos pacientes como suportáveis ou normais, insuficientes para estimular a busca de ajuda ao cirurgião dentista.

Abreu et al. (2002) a partir de estudo realizado em meio rural, com 29 mães de escolares concluiu que as representações sociais sobre saúde/doença estavam vinculadas à alimentação e utilização de serviços médicos. Quanto à saúde/doença bucal o discurso se associou às normas odontológicas de higiene e dieta. A cárie dentária foi vista como inevitável, o mesmo não ocorrendo para a perda dentária. Essas mães eram cobradas quanto ao cuidado com os filhos apesar de as condições materiais do meio rural dificultarem a adoção de práticas favoráveis à saúde bucal. Essa contradição provocava nas mães um sentimento de culpa, pois ao mesmo tempo em que possuíam informação sobre o cuidado bucal e desejarem cuidar bem dos filhos, fatores econômicos, sociais e culturais não favoreciam a promoção da saúde. O autor concluiu que o planejamento das ações de saúde bucal coletiva deveria levar em consideração as representações sociais sobre saúde bucal e não somente dados epidemiológicos quantitativos.

Quanto à percepção de saúde e doença como determinante social tem-se os estudos de Ferreira (1998), Bergendal (1998) e Iylda (1998). Ferreira (1998) conclui que a noção de saúde e doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa. Estudos realizados por Bergendal (1998) mostraram que a maioria dos indivíduos entrevistada percebia a perda dentária e uso de dentadura como tão importantes em termos de ajuste social quanto casamento e aposentadoria.

Iylda (1998) ressalta que a boca, ingestora de alimento, emissora de sons, da transmissão verbal dos símbolos guarda hoje os séculos dessa práxis social. Neste sentido, as estruturas dentárias não são fenômenos naturais, mas resultam de um processo da produção e reprodução dos homens de suas condições materiais e de sua inserção nesta produção. São, portanto, socialmente investidos, apresentando-se diferentemente entre as classes e categorias sociais.

Face ao exposto, este estudo buscou verificar a percepção de saúde bucal da população de Coimbra, Minas Gerais, atendida pelo Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Adotou-se nesse trabalho uma metodologia qualitativa pela importância da percepção de saúde bucal como indicador de saúde, pois, as questões subjetivas do usuário, os valores e as características culturais e sociais, no contexto social em que a pessoa está inserida, são fatores relevantes nos processos de saúde e doença. A pesquisa qualitativa se faz relevante para o presente estudo, pois "*ela trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (*MINAYO, 2001*).*

O município de Coimbra está situado na região da zona da mata mineira, na micro região de Viçosa e possui uma população de 7.000 habitantes. Cabe ressaltar que o maior empregador da cidade é a prefeitura, sendo que nem todos os funcionários são concursados. Este fato faz com que a equipe de trabalho mude a cada gestão de governo, o que diretamente influencia na continuidade do planejamento do trabalho em saúde bucal. As principais atividades econômicas do município são a agricultura e pecuária.

Foi selecionada uma amostra por conveniência, de 15 pacientes, composta por adultos de ambos os sexos que buscam atendimento odontológico na unidade básica de saúde local. Esta amostra, por se tratar de pesquisa qualitativa, é considerada adequada em termos metodológicos, pois esse tipo de pesquisa não se preocupa com o número de entrevistados, uma vez que esse método trabalha com amostras pequenas e intencionalmente selecionadas (SANTOS, 1999).

A escolha do local é justificada pelo grande afluxo de pacientes, já que a maioria da população, por razões econômicas tem acesso apenas ao serviço publico de saúde.

Os 15 sujeitos de pesquisa foram selecionados entre os pacientes que se encontravam na sala de espera do consultório odontológico do posto de saúde, os quais foram convidados a participar da pesquisa tendo a liberdade de responder ou não à entrevista.

A percepção de saúde neste estudo foi avaliada através de entrevista semi-estruturada a partir das seguintes perguntas norteadoras: Para você o que é ter saúde bucal e qual a importância dessa saúde? Você considera que possui saúde bucal? Nesse estudo utilizou-se entrevista semi-estruturada, que é caracterizada pela "*... formulação da maioria das perguntas previstas com antecedência e sua localização é provisoriamente determinada.*" (COLOGNESE; MÉLO, 1998). Na entrevista semi-estruturada o entrevistador tem uma participação ativa, apesar de observar um roteiro Ele pode fazer perguntas adicionais para esclarecer questões, que possibilitem uma melhor compreensão do contexto e ao mesmo tempo facilita ao entrevistado, a liberdade das respostas (MINAYO, 1992; ABREU et. al, 2002).

Para os registros foi utilizado como recurso um gravador e fita cassete e, em todas

as entrevistas, manteve-se um caráter informal, a fim de permitir que os pacientes relatassem suas impressões com naturalidade, inclusive com a utilização de suas expressões cotidianas de vocabulário.

A apuração dos dados qualitativos foi feita através da técnica de analise de conteúdo a partir da qual se buscou sintetizar as unidades de significado emergentes na fala dos pacientes, a fim de compreender os significados atribuídos por eles à percepção de saúde e doença. Ela possibilita a descoberta daquilo que se encontra por trás dos conteúdos manifestos (aquilo que a pessoa verbaliza diretamente) indo além das aparências do que está sendo comunicado (conteúdo latente) além da verificação de hipóteses e ou questões levantadas.

Após serem transcritas as entrevistas, passou-se para a análise de conteúdo (BARDIN, 1977; MINAYO, 2001). Após a leitura exaustiva das entrevistas o material foi organizado segundo as unidades de contexto a fim de levantar as categorias de análise de acordo com a literatura consultada, para finalmente, a partir da consolidação ou redefinição dessas categorias, conhecer a percepção de saúde bucal do grupo estudado. A apresentação das falas transcritas respeitou a grafia e a sintaxe utilizada pelos entrevistados.

Após essa etapa foi efetuada uma análise comparativa desses dados com o prontuário dos pacientes para estabelecer uma relação entre a percepção do individuo e sua real condição clínica. Assim teríamos uma compreensão da percepção de saúde-doença e verificaríamos se existe discrepância entre a avaliação pessoal e a condição clínica dos pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos conteúdos das entrevistas, os resultados foram agrupados em três temas: conceitos relatados, saúde e sociedade e o cuidado odontológico. Em cada um foram identificadas algumas categorias que serão relatadas a seguir.

1. Conceitos relatados

Neste tema foram agrupados os relatos que contêm conceitos, a maioria deles trabalhados pelos profissionais da odontologia, em programas educativos. As categorias identificadas se referiram ao cuidado com os dentes, hábitos alimentares e dieta, a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica e o uso do medicamento e a saúde bucal.

Ressalta-se que, foram apenas relatos e, como conceitos, podem ser apenas teóricos, e inclusive estar encobrindo percepções diferentes do que foi dito.

1.1. O cuidado com os dentes

Quanto a esta categoria percebemos a predominância da visão de que ter saúde bucal está sempre vinculado aos hábitos de higiene e cuidado com os dentes e com a gengiva.

Ter saúde na boca, ah, é cuidar dos dentes, né? Cuidar bem dos dentes pra ter saúde, né? Nos dentes. (41 anos, feminino).

Ah! Saúde na boca?Principalmente escovar os dentes direitinho, né? Às vezes, até antigamente a gente não cuidava tanto dos dentes, né? Dentes escovados ir ao dentista, né? (52 anos, feminino).

A gente ter o dente limpinho, conservado, ter gengiva sadia. (35 anos, masculino).

É cuidar dos dentes sempre, uai. Sempre ir ao dentista. (36 anos, feminino)

Escovar e ir ao dentista. É saúde não é? Saúde bucal? (28 anos, feminino).

Moraes e Ongaro (1998) afirmam que ser vigilante com a própria saúde implica a capacidade de auto-observação e interiorização de interdições sociais. No entanto, podemos perceber que a saúde está condicionada á higiene e à consulta odontológica. Os entrevistados incorporaram um valor que é passado pelo dentista: escovar para ter saúde. O cuidado com a saúde aqui surge vinculado a uma ordem do profissional.

Por outro lado, o que pode parecer uma autonomia do indivíduo em relação a sua saúde o expõe a uma questão que deve ser abordada: a responsabilização do indivíduo. Abreu et al. (2002) retrata claramente essa questão e afirma, citando Bernd (1992), Carneiro (2001), Mendonça (2001) e Vargas (2002), que na medida em que as normas de higiene são prescritas para toda a sociedade, quando a pessoa adoece, ela se culpa pelo "descuido pessoal". Deste modo, considera ser ela mesma, a grande responsável pelo adoecimento bucal.

1.2. Hábitos alimentares e dieta

Um entrevistado estabeleceu uma relação entre saúde e dieta vinculando saúde bucal ao ato de alimentar-se evitando alimentos "doces e salgados"... *Evitar o máximo comidas que tenham doces, salgadinhos e comer mais verduras legumes e frutas (34 anos, masculino).*

De acordo com Meneghim (2003) hoje existem estudos que corroboram o fato de frutas frescas consistentes e vegetais como cenouras podem ajudar a prevenir a cárie dentária através da estimulação da saliva, mas não há consistência na afirmação de que o simples fato de se comer frutas possa melhorar a saúde gengival.

Quanto à dieta Assaf e Pereira (2003) afirmaram que os efeitos sistêmicos no período da odontogênese devido às deficiências nutricionais bem como deficiências no balanço energético protéico afetam a formação dos dentes. Cabe ressaltar que quadros de subnutrição podem levar a uma diminuição de secreção de saliva e alteração de sua composição influenciando na progressão da cárie.

Percebemos que há, no discurso dos entrevistados, uma junção de conhecimentos do senso comum, daqueles transmitidos pelo serviço de saúde bucal (são ministradas palestras de orientação para saúde bucal pelos dentistas, acompanhamento pelos ACS's da população, escovação orientada etc.) e da ordem do profissional que faz o atendimento. E na ordem, "comidas doces" devem ser "evitadas".

1.3. A inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica

Percebe-se na fala de entrevistados a noção de que saúde bucal não é algo restrito à boca, mas que pode afetar outros órgãos e gerar outros problemas.

... *Porque saúde é muito importante, se tiver problema no dente ou na gengiva pode atacar outros problemas (31 anos, feminino).*

... Tudo é ingerido, né? Tudo passa pela boca e vai para o organismo da gente (63 anos, feminino).

Rodrigues, Vargas e Moreira (2003) afirmaram sobre a necessidade de atendimento integral à saúde bucal, pois doenças bucais podem ocasionar complicações sistêmicas e diminuição da qualidade de vida. Como exemplo de complicações sistêmicas temos periodontites que podem ser fator de risco para doenças coronarianas e respiratórias e no nascimento de bebês prematuros de baixo peso. Como exemplo da queda na qualidade de vida temos o fato de que uma doença periodontal pode dificultar o contato do paciente com seu grupo, devido ao mau hálito e uma indisposição física, devido à dor. Esta última pode interferir no desenvolvimento de tarefas cotidianas.

1.4. Uso de medicamentos e saúde bucal

Foi verificada na fala dos entrevistados a associação de cárie dentária e uso de medicamentos.

Meus dentes não são bons pelos remédios que eu tomei, não são de muito boa qualidade (31 anos, feminino).

No entanto, do ponto de vista científico esta afirmação não é corroborada por pesquisadores da área de odontologia. O que se percebe é que o uso contínuo de medicamentos que trazem associados edulcorantes, como glicose, frutose e sacarose, pode ser considerado um risco para o início e desenvolvimento de cáries em crianças (MIALHE; PEREIRA, 2003). O uso do antibiótico tetraciclina em crianças pode levar a manchamentos nos dentes o que é percebido pela população como cárie (ABREU et al, 2002).

Assim, com relação aos conceitos relatados, a população incorporou todas as normas prescritas pelo dentista, com relação á higiene, dieta e conseqüências da saúde bu-

cal para o corpo. A causalidade da doença na boca continua sendo, portanto a sacarose e a falta de escovação. Inclui-se aqui o medicamento como causa de problemas, generalização popular aos efeitos provocados na dentição, pela tetraciclina, em períodos de formação dos dentes (MIALHE; PEREIRA, 2003).

2. Saúde e sociedade

Neste tema foram agrupadas as categorias que destacam a saúde bucal e seu impacto nas relações sociais, ou o impacto destas relações na saúde bucal. .

2.1. O papel da família

Através das experiências negativas do passado as mães tentam orientar e intervir na questão da saúde de seus filhos. O fato de terem perdido seus dentes por "falta de cuidado" tende a aumentar o cuidado delas com relação à saúde bucal dos filhos. A construção do saber sobre o cuidado com a saúde é construída socialmente, como proposto por Tezoquipa et al (2001) quando afirma que este se dá inclusive pela própria experiência do indivíduo no âmbito doméstico. No entanto, a culpabilização da família acontece, como no caso individual. Alguém tem culpa e se é uma criança, a culpa é de quem cuida dela. Algumas falas são ilustrativas:

Não tenho nem dente mais porque meu pai não cuidou da minha saúde quando era criança. Então eu ia ao dentista quando tinha problemas, aí arrancava os dentes. ... Hoje os meus filhos já tratam de dentes. O Lidse (filho que a acompanhava) tem muita higiene, limpa, escova, todos os dias e olha se está tudo limpinho e passa fio dental. (63 anos, feminino).

Afirma uma mãe:

Diz mãe que eu nasci e tive dente com três anos. Só que estragou rapidinho. Então hoje eu não tenho os meus dentes. Agora vou cuidar dos filhos... Depois que ele entrou na escola peguei a arrumar aqui, precisa ver, tá tudo bonito agora. Agora quero cuidar do deste (menino que estava ao seu lado). (37 anos, feminino).

O ambiente familiar deve ser considerado como um importante modificador e multiplicador das informações sobre a saúde da população. No entanto, estas informações devem contemplar todos os outros determinantes para que a construção da saúde seja viabilizada. A higiene e a dieta são dois deles, mas, não se pode dizer que são a solução para a doença. Isto não quer dizer que se desconsidera o papel da mãe, que usualmente passa maior tempo com a criança e a quem é culturalmente delegado o papel de cuidador e instrutor da mesma.

2.2 A estética e o convívio social

A fala de algumas pessoas revelou uma grande preocupação com a estética, com a imagem pessoal, com a forma de se relacionar e ser aceita no grupo social.

Parte fundamental para mim! Porque desde criancinha eu olho muito isto. Eu olho no rapaz, no colega. Eu acho assim, seja para conversar, seja para beijar tem que ter um hálito bom. Eu acho muito importante no relacionamento e em tudo (25 anos, feminino).

Um aspecto que emergiu da fala dos entrevistados e que deve ser considerado é a importância da saúde bucal no sucesso dos relacionamentos.

Ah! Porque é bom a gente ficar mais velha com a boca perfeita, não usar dentadura, não precisar usar ponte no dente, porque conheço pessoas da minha idade que usam dentadura, né? (28 anos, feminino).

A melhor coisa é o dente, se tirar o dente e por dentadura não é legal. ... Eu já arranquei bastante, uai. (36 anos, feminino).

De certa maneira, estamos diante do que parece ser uma mudança na visão popular, que passa a buscar a manutenção da dentição, evitando a utilização de dispositivos protéticos, o que em períodos anteriores era visto como a solução mais utilizada e apropriada. A perda dos dentes era vivida como algo natural caso houvesse alguma doença.

É interessante perceber que os entrevistados apesar de acreditarem ser importante a manutenção da dentição relatam sua perda. Isto pode estar relacionado a outro determinante da saúde, o acesso. Pela falta de acesso muitas vezes, o indivíduo é forçado a aceitar a perda, por não ter outro recurso.

Como afirma Faria (2005), na sociedade contemporânea o indivíduo busca mais e mais a beleza estética para afirmação de si mesmo no social. Foi desenvolvido o termo corpolatria para descrever o culto ao corpo revelado pelo espelho. A boca se apresenta então como "um cartão de visita" para o indivíduo. Deste modo a perda pode ter um significado bem maior do que um dente perdido.

2.3. Não ter mau hálito

O mau hálito aqui é considerado indesejável e se presente pode criar uma barreira nas relações sociais. Vemos mais uma vez a importância dada pelos entrevistados, a estas relações.

É muito constrangedor você conversar com uma pessoa que tem mau hálito, que tem assim uma coisa desagradável e às vezes, não suporto aquele cheiro e fico sem graça de falar com a pessoa. (31 anos, feminino).

Eu acho assim, seja para conversar, seja para beijar tem que ter um hálito bom. Eu acho muito importante no relacionamento e em tudo. (25 anos, feminino).

É interessante ressaltar que o constrangimento não está associado simplesmente ao fato de se apresentar o mau hálito, mas também de ter que delatá-lo na vida do outro.

Martins (1998) aborda a preocupação do homem primitivo que mastigava madeira com fragrância para perfumar o hálito. Hoje as pessoas substituem esta prática pelo uso de substancias para bochecho e balas quando objetiva um encontro íntimo ou o convívio social.

3. O cuidado odontológico

Neste tem foram agrupados relatos relacionados ao atendimento odontológico.

3.1. A relação entre tratamento odontológico e paciente

O tratamento odontológico foi visto por alguns como ameaça, mas na fala da maioria dos entrevistados a ida ao dentista foi vista como uma forma de se cuidar dos dentes.

Precisando de arrumar, mas eu tenho medo de arrumar. Eu gosto de dentes bem cuidados, eu adoro, mas nunca quis ir ao dentista. (37 anos, feminino).

Isto não é comigo não. Você perguntou para a pessoa errada, porque eu corro de dentista. (21 anos, feminino).

Sempre ir ao dentista. (36 anos, feminino).

Dentes escovados, ir ao dentista, né? (52 anos, feminino).

Escovar e ir ao dentista. (28 anos, feminino).

Moraes e Ongaro (1998) afirmam que o paciente odontológico, diante da consulta odontológica, está exposto a uma situação aversiva podendo levar a um conflito e a uma evitação, associada à percepção de possível dano físico ou psicológico. O tratamento odontológico gera no paciente uma situação de impotência, pois é um problema que não pode resolver sozinho e necessita da intervenção do profissional de odontologia. O paciente está assim submetido a ações as quais não pode controlar. Isto gera no mesmo a ansiedade voltada para a situação de tratamento como proposto por Moraes e Ongaro e também uma angústia diante do desconhecimento do que lhe ocorrerá.

No entanto para aqueles que desejam o tratamento, não existe muito acesso, sobretudo com relação à necessidade de tratamento verificada em adultos. As perdas relatadas, dificilmente terão solução no serviço público, local de convergência dos indivíduos entrevistados.

3.2. Acesso ao serviço odontológico

De acordo com alguns entrevistados o acesso ao serviço odontológico privado se configura como um problema. As falas a seguir confirmam a análise feita anteriormente, com relação ao rol de atendimento possibilitado em serviços públicos.

Primeiro porque não tenho dinheiro para pagar particular. (21 anos, feminino).

Quando eu peguei meu filho e levei lá na rua no consultório fui pagar cem reais para

arrumar os dentes, aí eu peguei e vou desistir... Depois que ele entrou na escola peguei a arrumar aqui (posto saúde). (37 anos, feminino).

Quanto a esta categoria trazemos à discussão a questão da prioridade para determinados grupos populacionais. A maioria dos programas e serviços públicos odontológicos ainda atende exclusivamente crianças na faixa etária de idade escolar e isto reafirma a dívida social dos serviços públicos de odontologia a uma parcela da população. População esta a que muitas vezes se referem como sendo "uma geração perdida". Segundo Manfredini (2003) esta denominação é reproduzida por dentistas e coordenadores de saúde bucal no Brasil, servindo como desculpa para se priorizar a faixa etária infantil em detrimento das demais. De tal forma que, aquela tenha uma boa saúde bucal quando for uma geração adulta futura. As outras faixas etárias, sendo excluídas, são finalmente rotuladas de geração perdida.

Cabe ressaltar que o posto de saúde da cidade de Coimbra se localiza ao lado de uma escola pública sendo que as crianças da mesma recebem atendimento prioritário. Os adultos precisam "agendar" e vêem isto como um problema.

Só que no posto de saúde, você tem que acordar cedo para pegar a ficha, aí fica muito difícil. (21 anos, feminino).

A universalidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde que mais marcou a mudança de um modelo excludente adotado anteriormente no Brasil para esse novo modelo garantido constitucionalmente e que resgata a cidadania. Entretanto, em Coimbra como na grande maioria dos municípios do Brasil o acesso aos serviços de saúde ainda se constitui num problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Naquilo que compete à percepção de saúde bucal os entrevistados a relacionaram ao cuidado com os dentes e com a gengiva, aos hábitos de higiene (limpar, escovar, usar fio dental) à dieta e a consulta odontológica. Sua importância é tanto pela saúde sistêmica quanto pela possibilidade de se relacionar bem com as outras pessoas.

A presença da saúde bucal alia-se a manutenção da dentição e o não uso de prótese.

Todas as falas retrataram o discurso oficial da odontologia, apesar de antigo e com pouca sustentação científica. Percebeu-se também claramente, a falta de acesso ao tratamento e a auto-culpabilização pelo estado de saúde bucal. Se considerarmos percepção algo que acontece através dos sentidos (CUNHA, 1982), somente esta culpa pode ser considerada efetivamente como percepção.

O trabalho educativo da odontologia necessita mudar de rota para que a população possa compreender mais claramente como é o processo. Talvez deste modo, o autocuidado possa efetivamente acontecer.

ABSTRACT

The present study has searched to identify how the community from Coimbra, Minas Gerais, Brazil, has perceived Oral Health. This community has been assisted by Sistema Único de Saúde (SUS). Semi-strutured interviews had been designed with questions about oral health concept, importance and presence in patient's daily cares. After that it was carried a comparative analysis between patient and dentist perceptions. It was observed that interviewers had related Oral Health to teeth and gum care and regular dental visit. In this way, the relevancy of such perception was not linket only to Systemic also Aesthetic Health, once the presence or Oral Health procedures contributed to dentition preservation and can avoid or reduce usage of dental prostheses. Also, It was noted differences between patient's perception and his/her real clinical condition according his/her clinical odontological prontuary.

KEYWORDS:

Oral Health. Systemic and aesthetic health. Sistema Ùnico de Saúde (SUS)

REFERÊNCIAS

ABREU, M. H. N. G; PORDEUS, I. A; MODENA, C. M. **Representações Sociais de Saúde Bucal entre Mães no Meio Rural de Itaúma (MG),** 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232005000100003&script=sci_arttex&>. Acesso em 22 set. 2005.

ASSAF, A. V; PEREIRA, A. C. Avaliação de Risco em Odontologia. In: PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em Saúde Coletiva:** Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre : Artmed, 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Setenta, 1977.

CARNEIRO, A. M. O. **Percepção em Saúde Bucal: Valores, Atitudes e Problemas de um Grupo de Pessoas Residentes na Área de Brazilândia – DF.** 2001. 101f. Dissertação (Mestrado em Odontologia). Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Belo Horizonte.

CHAVES, M. M. **Odontologia Social**. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

COLOGNESE, S. A; MELO, J. L. B. A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social. In: _____. **Pesquisa Social Empírica:** Métodos e Técnicas. Porto Alegre: PPGS/UFGRS, 1998. (Cadernos de Sociologia, 9).

CUNHA, A. G. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – Princípios. In: CAMPOS, F. E; OLIVEIRA, Jr. M; TONON, L. M. (Org). Belo Horizonte: Coopmed, 1998. P. 11-26. (Cadernos de Saúde, I).

FARIA, C. N. G. **Corpolatria:** Uma Busca de Relação. 2005. 89 f. Monografia (Trabalho apresentado para obtenção da graduação do curso de Psicologia). Universidade Estadual de Minas Gerais, Instituto de Ensino Superior, Departamento de Psicologia, Divinópolis.

FERREIRA, A. G. O Processo de Municipalização da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Curricular para a Formação do Atendente de Consultório Dentário para Atuar na Rede Básica do SUS.** Brasília, 1998. 2v. P. 267-279. V.2.

FERREIRA, A. G; CARVALHO, C. L; PEDROSO, M. A. G. **Processo Saúde Doença Bucal:** Uma Percepção Popular. Belo Horizonte, Faculdade de Odontologia da PUC/MG, 1987.

FERREIRA, J. O Corpo Sígnico. In: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. **Saúde e Doença:** Um Olhar Antropológico. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 1994.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO et al. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. 19. ed. Rio de Janeiro : Vozes, 2001.

IYDA, M. Saúde Bucal: Uma Prática Social. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. (Org). **Ciências Sociais e Saúde Bucal:** Questões e Perspectivas. São Paulo : Unesp, 1998.

LEI 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

MANFREDINI, M. A. Abrindo a Boca: Reflexões Sobre Bocas, Corações e Mente. In: CAMPOS, F. C. B; HENRIQUES, C. M. P. (Org). **Contra a Maré à Beira**

Mar – A Experiência do SUS em Santos. São Paulo : Hucitec, 1997.

_____Planejamento em Saúde Bucal. In: PEREIRA, A C. et. al. **Odontologia em Saúde Coletiva:** Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre : Artmed, 2003.

MARQUES, C. M. S. **Processo Saúde-Doença**. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, Módulo I, 2005.

MARTINS, E. M. Construindo o Valor Saúde Bucal. **Ação coletiva**, Brasília, v. 2, abr./jun. 1999.

_____ **Saúde Bucal, Uma Necessidade Socialmente Construída:** Um Estudo da Experiência da Clínica Odontológica São Geraldo. 1993. 154f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerias, Belo Horizonte.

MENEGHIM, M. C. Dieta, Nutrição e Cárie Dentária. In: PEREIRA, A. C. et. al. **Odontologia em Saúde Coletiva:** Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre : Artmed, 2003.

MIALHE, F. L; PEREIRA, A. C. Diagnóstico da Doença Cárie. In: PEREIRA, A. C. et. al. **Odontologia em Saúde Coletiva:** Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre : Artmed, 2003.

MINAYO, M. C. S. et. al. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. 19. ed. Rio de Janeiro : Vozes, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde:** Resgate Histórico do Controle Social no SUS. Histórica da Saúde no Brasil; n. 1. – 2ª reimpressão. Brasília, DF, 2002. (Série Histórica do CNS, 3). Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: **Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003.** Resultados principais. Brasília, 2004.

MORAES, A. B. A; ONGARO, S. Contribuição da Psicologia à Odontologia. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, S. F. T. **Ciências Sociais e Saúde Bucal:** Questões e Perspectivas. São Paulo : EDUSC, 1998.

PAIXÃO, H. H. Saúde e Doença: Um Estudo de Representação Social. **Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia.** Belo Horizonte, v. 23, n. 1-2, p. 9-17, 1986.

PEREIRA, A. C. **Odontologia em Saúde Coletiva:** Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre : Artmed, 2003.

PEREIRA, J. C. Medicina, Saúde e Sociedade. In: _____. **Estudos de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RODRIGUES, S. M; VARGAS, A. M. D; MOREIRA, A. N. Percepção de Saúde Bucal em Idosos. In: **Arquivos de Odontologia,** Belo Horizonte, v. 39, n. 3. jul./set., 2003.

SANTOS, S. R. **Métodos Quantitativos e Qualitativos na Pesquisa Biomédica**. Jornal de Pediatria, São Paulo, v. 75, n. 6, p. 406-410, nov./dez. 1999.

SILVA, S. R. C. ; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das Condições de Saúde Bucal por Idosos. In: **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 35, n. 4., p. 349-355, ago., 2001.

SILVEIRA, M. L. **O Nervo Cala, o Nervo Fala:** A Linguagem da Doença. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2000.

TEZOQUIPA, I. H; MONREAL, M. L. A; SANTIAGO, R. V. **El Cuidado a la Salud em el Âmbito Doméstico: Interacción Social y Vida Cotidiana.** R. Saúde Públ., São Paulo, v. 35, n. 5, p. 443-450, out. 2001.

Endereço para correspondência:
Prof. Carlos José de Paula Silva
Rua Padre João Crisóstomo, 167/203
Coração Eucarístico
Belo Horizonte - MG
CEP: 30535-510